

# spectra

92



## Hausärztinnen und Hausärzte

### 5 Hausärzte und Suchtmedizin

Will man die Suchtmedizin verbessern, muss man auch die suchtmmedizinische Kompetenz und die interdisziplinäre Vernetzung der Hausärztinnen und Hausärzte verbessern. Denn sie sind oft die ersten oder einzigen Ansprechpartner für suchtkranke Menschen. Aus dieser Erkenntnis heraus sind seit 2001 die drei regionalen Netzwerke FOSUMOS, FOSUMIS und COROMA entstanden. Eines ihrer gemeinsamen Angebote ist das internetbasierte Handbuch «Praxis Suchtmedizin Schweiz», das sich vor allem an Grundversorger richtet.

### 8 Tabakprävention

Seit dem März 2012 läuft die zweite Welle der SmokeFree-Kampagne. Waren die Zigaretten-Päckli in der ersten Welle noch leer – getreu dem Slogan «keine Zigarette ist besser» –, sind sie auf den neuen Sujets randvoll mit Geldscheinen, Seifenblasen und Kondomen. Die Botschaft ist klar: Wo nicht geraucht wird, ist Platz für das pralle Leben. Während die SmokeFree-Kampagne mit positiven Nichtraucherbildern wirbt, warnen neue, schockierende Sujets auf den Tabakverpackungen vor den Folgen des Rauchens.

### 12 Kampf gegen HIV

Ein Drittel aller in der Schweiz diagnostizierten HIV-Infektionen stammt aus dem Kanton Zürich. Rund 70 % davon betreffen Ansteckungen durch ungeschützten Sex zwischen Männern. Ebenfalls stark von HIV betroffen ist der Kanton Genf, wo viele Migrantinnen und Migranten aus HIV-Hochprävalenzländern leben. Zürich und Genf sind im Nationalen Programm zur Bekämpfung von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (NPHS) 2011–2017 im Fokus der Anstrengungen. Mehr zur aktuellen HIV & STI-Präventionsstrategie in diesem «spectra».



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG

# Hausärzte sind wichtige Akteure für die öffentliche Gesundheit

**Zusammenarbeit BAG/Grundversorger.** Hausärztinnen und Hausärzte haben eine zentrale Rolle in der medizinischen Grundversorgung. Durch den täglichen Kontakt mit einer heterogenen Klientel sind sie quasi am Puls der Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und können diese massgeblich beeinflussen. Die Abteilung Übertragbare Krankheiten des Bundesamts für Gesundheit (BAG) führt verschiedene gemeinsame Projekte mit den Hausärztinnen und Hausärzten durch. Das Sentinella-Meldesystem und der Grippeimpftag sind zwei Beispiele.

## Sentinella

### Meldesystem für übertragbare Krankheiten

Das seit 1986 bestehende Sentinella-Meldesystem dient der Gewinnung epidemiologischer Daten, der Überwachung übertragbarer und anderer akuter Erkrankungen und der Forschung in der Hausarztmedizin. 150 bis 250 Grundversorgende der Allgemeinmedizin, der Allgemeinen inneren Medizin und der Pädiatrie melden Konsultationen im Zusammenhang mit übertragbaren Krankheiten, die zu häufig vorkommen, um eine Vollerhebung durchführen zu können. Diese übertragbaren Krankheiten sind entweder von hoher Public-Health-Relevanz (z.B. Influenza) oder unterliegen einem Präventionsziel (z.B. Mumps oder Keuchhusten). Im Sentinella-System werden aber auch Informationen zu nichtübertragbaren Krankheiten erfasst. So werden dieses Jahr Konsultationen von Patientinnen und Patienten mit saisonaler



Grippe, Mumps, Keuchhusten, Mittelohrentzündung und Lungenentzündung (Antibiotikaresistenz-Studie), Zeckenstich und Borreliose, Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) sowie alle Antibiotika-Verschreibungen erhoben.

### Wie ist das System organisiert?

Das Meldeprogramm von Sentinella wird jährlich von einer Programmkommission unter der Leitung von Dr. med. Charles Dvořák (Hausarzt in Vallorbe)

festgelegt. Diese Kommission besteht im Wesentlichen aus der meldenden Ärzteschaft, der Abteilung Übertragbare Krankheiten und verschiedenen universitären Instituten. Die teilnehmenden Hausarztpraxen melden wöchentlich anonymisierte Informationen an die Sektion Meldesysteme der Abteilung Übertragbare Krankheiten, wo die Daten aufbereitet werden. Erhoben werden dabei Informationen aus der Anamnese. Neben diesem Monitoring ermöglicht das Sentinella-Netzwerk

punktuell auch Befragungen des Meldekollektivs und bindet es in weiterführende Studien ein.

### Auch nichtübertragbare Krankheiten

Sentinella ist von jeher auch offen für Erhebungen im Bereich der nicht-übertragbaren Krankheiten. Damit leistet das System einen wichtigen Beitrag zur Vernetzung der hausärztlichen Grundversorgung mit PH-Akteuren ausserhalb der Infektionskrankheiten. Zudem dient

## Forum

### Der Hausarzt ist die erste Anlaufstelle – auch bei Suchtproblemen

Als ich angefragt wurde, dieses Forum zum Thema Hausarzt und Suchtmedizin zu schreiben, hat mich das einigermassen erstaunt. Schliesslich gibt es auf diesem Gebiet weitaus erfahrenere Kollegen als mich. Das Elend der offenen Drogenszenen der 1990er-Jahre kenne ich nur vom Hörensagen und aus Fernseh- und Zeitungsberichten. Während meines Medizinstudiums Ende der 1990er-Jahre an der Uni Basel war das Thema Suchtmedizin praktisch inexistent. Auch als Assistenzarzt hatte ich mit Suchtthemen nur am Rande zu tun. Dies wohl auch darum, weil suchtkranke Patienten meinen Chefs eher suspekt waren und man sie möglichst schnell entliess. Ganz nach dem Motto «Aus den Augen, aus dem Sinn». Immerhin konnte ich aber während eines Jahres in der Psychiatrie erste Erfahrungen im Umgang mit Suchtpatienten sammeln.

In der Folge startete ich frisch motiviert meine Praxistätigkeit. Bald wurde ich nicht nur mit den somatischen, sondern auch mit den sozialen Aspekten von Suchterkrankungen konfrontiert. Zum Glück konnte ich damals auf einen versierten, erfahrenen Kollegen zählen, der mir immer wieder wertvolle Tipps geben konnte.

Heute arbeite ich als Leiter einer Gruppenpraxis in Uri. Als Auswärtiger, der vorher nie in dieser Gegend gearbeitet hatte, war ich am Anfang stark damit beschäftigt, mich mit den lokalen Strukturen vertraut zu machen. Wen kann ich fragen, wenn ich ein Problem habe? Wen kann ich um Mithilfe bei der Betreuung eines Patienten bitten? Es ging also primär um Vernetzung mit dem bestehenden System. Genau zu jener Zeit wurde an der Jahresversammlung der kantonalen Ärztesgesellschaft das Projekt FOSUMIS (Forum Suchtmedizin Innerschweiz) vorgestellt. Dieses Projekt hat die Verbesserung der suchtmmedizinischen Ver-

sorgung der Innerschweizer Bevölkerung zum Ziel, einerseits durch die Stärkung der professionellen Kompetenz der im Suchtbereich tätigen Fachpersonen, andererseits durch die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen medizinischen und nichtmedizinischen Fachpersonen bei der interdisziplinären Behandlung von suchtkranken Menschen. Es ging also auch hier primär um Vernetzungsarbeit oder moderner: um integrierte Versorgung. Um sein Ziel zu erreichen, bietet FOSUMIS in den einzelnen Kantonen suchtspezifische Fortbildungen an sowie ein internetbasiertes Nachschlagewerk («Handbuch») und einen E-Mail-Auskunftsdienst. Ostschweizer Kollegen kennen das alles natürlich längst, wurde FOSUMIS doch nach dem Vorbild von FOSUMOS, dem Forum Suchtmedizin Ostschweiz, gegründet.

Als Hausarzt bin ich meist die erste Anlaufstelle bei Problemen meiner Patienten. Wenn diese auch bei heiklen Proble-

men wie Suchterkrankungen offen mit mir reden, ehrt mich das sehr. Und dann möchte ich natürlich auch kompetent helfen können. Im Studium und als Assistenzarzt lernt man auf diesem Gebiet wenig. Meine Mitarbeit in der Projektgruppe FOSUMIS und in der regionalen Gruppe Uri hat mir aber schon viele interessante Gespräche und Ideen gegeben. Darum: Hausärzte und Suchtmedizin? Ja sicher!



Jürg Bollhalder,  
Facharzt FMH für Allgemeinmedizin,  
Altdorf UR



es als Lösungsmodell, wie die Akteure in der Prävention und in der Grundversorgung auf der Basis einer gemeinsamen Datengrundlage zusammenarbeiten können. Ein Beispiel: Die Erhebung «Adipositas und Essstörungen» im Jahr 2008 hatte den Bedarf und die Rolle der Hausärzteschaft im Fokus. Dies als erster Schritt und Grundlage zur Planung von Präventionsangeboten, welche vor allem auch ausserhalb des Sentinella-Netzwerkes entwickelt und verfügbar werden.

### Die Grenzen von Sentinella

Sentinella dient hauptsächlich der Influenzaüberwachung, und darauf ist das System auch ausgerichtet. Für die Überwachung von länger andauernden oder chronischen Krankheiten ist es weniger geeignet, da es die Konsultationen von Patientinnen und Patienten nicht über die gesamte Behandlungszeit erfasst. Im Vordergrund der Sentinella-Erhebungen stehen die Inanspruchnahme und die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte. Trotz dieser Einschränkung ist Sentinella ein wertvolles System: Es ist das einzige Erhebungsinstrument, das einen schweizweiten Einblick in die Grundversorgung gibt.

### Neue Herausforderungen

Die ambulante Gesundheitsversorgung ist einem starken Wandel unterworfen. Es gibt immer mehr Ärztinnen (und Ärzte), die Teilzeit und in Gruppenpraxen arbeiten. Früher kamen die Meldungen vom «Sentinella-Arzt», heute ist es die «Sentinella-Praxis». Die Zunahme der Telefonkonsultationen und der gerade in städtischen Gebieten entstehenden Ambulatorien und Permanenzen wird Sentinella weiter verändern. Eine weitere Herausforderung für Sentinella sind die Entwicklungen im Bereich eHealth. Der geforderte nahtlose elektronische Datenverkehr zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens erfordert auch im Sentinella-System eine Anpassung bezüglich Schnittstellen und Kodierung der medizinischen Daten. Die breite Abstützung des Netzwerkes und etablierte Kontakte wie jene zum Projekt FIRE des Instituts für Hausarztmedizin in Zürich werden helfen, gemeinsam Lösungen zu finden.

Kontakt:  
Maria Schabel und Andreas Birrer,  
Sektion Meldesysteme,  
sentinella@bag.admin.ch,  
www.bag.admin.ch/sentinella

## Der nationale Grippeimpftag

### Impfen ohne Voranmeldung

«Vorbeugen ist besser als heilen» postulierte bereits der griechische Arzt Hippokrates. Für viele Krankheiten gilt diese Aussage noch immer. Besonders die medizinischen Grundversorgenden leisten mit präventivmedizinischen Massnahmen einen wichtigen Beitrag zur Ge-



sunderhaltung der Bevölkerung. Die jährliche Impfung von Risikopersonen gegen die Grippe und die Teilnahme am nationalen Grippeimpftag sind ein Beispiel hierfür. Der nationale Grippeimpftag ist ein niederschwelliges Angebot für alle, die sich vor der saisonalen Grippe schützen wollen. Am Grippeimpftag kann man sich in vielen Arztpraxen ohne Voranmeldung zu einem Richtpreis von 25 Franken impfen lassen. Zudem erinnert der Tag daran, dass es Zeit für die Grippeimpfung ist. Dieser präventivmedizinische Aktionstag wird seit 2004 vom Kollegium für Hausarztmedizin im Namen aller hausärztlichen Fachgesellschaften und mit Unterstützung des BAG jeweils im Herbst durchgeführt.

### Nicht nur Risikogruppen ansprechen

Im Gegensatz zu den meisten übrigen viralen Erkältungskrankheiten verursacht eine «echte Grippe» (Influenza) manchmal ein schweres Krankheitsbild. Vor allem ältere Personen (ab 65 Jahren), Kinder und Erwachsene mit chronischen Erkrankungen, Frühgeborene und schwangere Frauen sind häufiger von solchen Komplikationen betroffen. Ihnen wird die jährliche Grippeimpfung im Herbst empfohlen, ebenso wie Personen, die in ihrer Familie oder in ihrem Beruf regelmässig Kontakt zu Risikopersonen oder zu Säuglingen haben. Oft haben diese Personen die Gelegenheit, sich anlässlich eines Arztbesuchs oder bei ihrem Arbeitgeber gegen die Grippe impfen zu lassen. Die übrigen impfinteressierten Personen, die sich und ihr Umfeld vor einer Grippe schützen möch-

ten, haben hingegen oft wenig Gelegenheit zur Impfung. Am nationalen Grippeimpftag bieten die Hausärztinnen und Hausärzte einen einfachen Zugang zur Grippeimpfung an.

### 43 000 zusätzliche Impfdosen

Der nationale Grippeimpftag hat sich inzwischen im gesellschaftlichen Bewusstsein etabliert. 2009 war er zwei Dritteln der Bevölkerung und einem Grossteil der Ärzteschaft bekannt. Ob schon praktisch alle Hausärztinnen und Hausärzte einen grossen Teil ihrer Patienten mit erhöhtem Komplikationsrisiko bereits in den Wochen vor dem Grippeimpftag impften, nahmen rund 57% aller Grundversorgenden der Allgemeinmedizin (SGAM) und der Inneren Medizin (SGIM) sowie 12% der Kinderärztinnen und -ärzte aktiv daran teil. An diesem Tag verabreichten die teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte schätzungsweise 43 000 zusätzliche Impfdosen. Die relativ grosse Bekanntheit und das Medieninteresse tragen gemäss Umfragen auch dazu bei, dass sich viele Personen nicht nur am Aktionstag, sondern auch davor und danach gegen die Grippe impfen lassen.

Kontakt: Tobias Eckert,  
Sektion Impfprogramme  
und Bekämpfungsmassnahmen,  
tobias.eckert@bag.admin.ch

Links:  
www.kollegium.ch  
www.influenza.admin.ch  
www.impfengegengrippe.ch

## Nächster Grippeimpftag: Freitag, 2. November 2012

Die Adressen der teilnehmenden Arztpraxen sind ab Herbst unter [www.kollegium.ch/grippe](http://www.kollegium.ch/grippe) ersichtlich. Der Richtpreis für die Impfung beträgt 25 Franken.

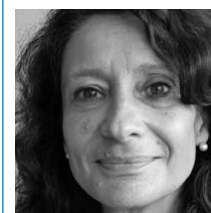
Personen mit einem erhöhten Komplikationsrisiko können den Betrag von ihrer Krankenkasse rückerstatten lassen.

## Aus erster Hand

Die rund 7700 Hausärztinnen und Hausärzte spielen bei der Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger unseres Landes eine Schlüsselrolle. Eine der grossen Herausforderungen ihrer Arbeit besteht darin, auf der Basis unspezifischer Beschwerden das Risiko schwerer Erkrankungen richtig einzuschätzen und angemessene Massnahmen und Abklärungen einzuleiten. Daneben sind die Hausärztinnen und Hausärzte infolge des wachsenden Anteils älterer und mehrfach erkrankter Menschen zusehends mit komplexen Situationen konfrontiert, die nicht allein mit medizinischen Interventionen gelöst werden können. Dies trifft besonders auf Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Krankheiten zu, die eine palliative Begleitung brauchen. In dieser Lebensphase benötigen Menschen eine ärztliche Vertrauensperson mit hohen fachlichen und sozialen Kompetenzen, die gut vernetzt ist mit anderen Fachleuten und sie optimal berät, begleitet und weitere Dienstleistungen vermittelt oder koordiniert.

Eine wachsende Bedeutung in diesem breiten Aufgabenspektrum kommt auch der Prävention zu. Präventive Leistungen sind in der Regel auf eine langfristige Perspektive hin angelegt. Ihre Wirkungen sind meist nicht sofort oder manchmal auch gar nicht messbar. Die Hausärztin oder der Hausarzt ist durch die Kontinuität der Beziehung in der Lage, abzuschätzen, welche präventiven Massnahmen sinnvoll sind und welche Verhaltensänderungen beim Einzelnen erreicht werden können. Das Spektrum möglicher präventiver Untersuchungen und Interventionen verbreitert sich kontinuierlich. Hausärztinnen und Hausärzte sehen sich zunehmend mit besorgten Patienten und Patientinnen konfrontiert, die in vager Kenntnis möglicher Risiken alles und jedes abklären lassen wollen. Auch hier gilt: Es ist die richtige Dosis, die über Nutzen und Schaden der Prävention entscheidet.

In diesem Sinne plädiere ich für eine hoch qualifizierte Hausarztmedizin, denn nur eine solche ist in der Lage, in einem derart breiten Aufgabenspektrum über die jeweils angemessene Intervention zum Nutzen des Patienten und im Interesse der Gemeinschaft zu entscheiden.



Catherine Gasser,  
Leiterin Abteilung Gesundheitsberufe,  
Bundesamt für Gesundheit

# Managed Care: das Wichtigste im Überblick

**Reform des Krankenversicherungsgesetzes.** Am 17. Juni 2012 entscheidet das Stimmvolk über die sogenannte Managed-Care-Vorlage, welche die integrierte medizinische Versorgung im Gesetz verankern will. Was ist Managed Care und was bringt die Vorlage? Ein Überblick.

Bundesrat und Parlament wollen mit der Förderung von Managed Care (integrierte Versorgung) die Qualität und die Effizienz im Gesundheitswesen verbessern. Dank einer besseren Zusammenarbeit und Koordination zwischen allen Leistungserbringern sollen unter anderem unnötige Untersuchungen und Doppelspurigkeiten vermieden werden.

## Was ist Managed Care?

Managed Care ist ein Krankenversicherungsmodell, bei dem die medizinische Versorgung durch ein integriertes Versorgungsnetz sichergestellt wird. Dieses Netz besteht aus einer Gruppe von Leistungserbringern, die sich zum Zweck der besseren Koordination zusammenschliessen. Bei der integrierten Versorgung wird die Behandlung eines Versicherten über die ganze Behandlungskette hinweg definiert und gesteuert. Das Netz muss den Zugang zu allen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sicherstellen.

Dazu gehören nicht nur ärztliche, sondern alle gesetzlich vorgesehenen Leistungen zum Beispiel von Apotheken, Chiropraxen, Hebammen, Laboratorien, Spitälern, Geburtshäusern oder Pflegeheimen. Im definierten Behandlungsprozess können zudem auch zusätzliche Leistungen vorgesehen werden, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung hinausgehen.

## Was bedeutet Managed Care für den Versicherten?

Wer sich für das Managed-Care-Modell entscheidet, profitiert von einer tieferen Kostenbeteiligung: Der Selbstbehalt beträgt höchstens 10% (andere Modelle: 15%) und der jährliche Höchstbetrag liegt bei maximal 500 Franken (andere Modelle: 1000 Franken). Versicherten können zudem zusätzlich Prämienermässigungen oder Rückvergütungen gewähren. Mit dem Entscheid für ein integriertes Modell akzeptiert der Versicherte, Leistungen einzig über das gewählte Versorgungsnetz zu beanspruchen. Es besteht also eine beschränkte Wahlmöglichkeit. Managed-Care-Verträge können wie alle anderen Modelle jährlich gekündigt werden. Es besteht neu aber auch die Möglichkeit für eine längere Vertragsdauer von bis zu drei Jahren zu vergünstigten Prämien und mit gewissen Möglichkeiten, den Vertrag dennoch früher zu kündigen.

## Was bedeutet Managed Care für Versicherer und Leistungserbringer?

Integrierte Versorgungsnetze dürfen nicht von Versicherern geführt werden. Hingegen können Versicherer mit einem oder mehreren integrierten Versorgungsnetzen einen Vertrag abschliessen. Dieser regelt insbesondere die Zusammenarbeit, die Qualitätssicherung, die Vergütung der Leistungen und den Datenaustausch. Die in einem integrierten Versorgungsnetz zusammengeschlossenen Leistungserbringer erklären sich bereit, einen Teil der finanziellen Verantwortung zu übernehmen. Der Umfang der Budgetmitverantwortung wird zusammen mit dem Versicherer festgelegt. Sie soll ein Anreiz für die Leistungserbringer sein, Behandlungen möglichst effektiv und kostensparend zu gestalten. Die Ärzte müssen jedoch alle notwendigen Leistungen zur optimalen Behandlung garantieren, unabhängig von allfälligen Budgetüberschreitungen.

## Jagd nach «guten Risiken» einschränken

Die Vorlage enthält auch eine Neuerung beim Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern. Neu soll neben Alter, Geschlecht und dem Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim ein zusätzliches Kriterium für die Berücksichtigung des Krankheitsrisikos eingeführt

werden. Für die Versicherer wird es somit interessanter, insbesondere für Schwer- und Chronischkranke vermehrt Versicherungsmodelle mit Managed Care anzubieten, statt nach sogenannten guten Risiken zu jagen.

## Kostenbeteiligung bei Mutterschaft

Neu wird für Schwangere die Kostenbeteiligung in jedem Fall vollständig wegfallen. Sämtliche Leistungen, die während der Schwangerschaft, der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden, sind von der Kostenbeteiligung befreit.

Grundsätzlich will die Vorlage jene Elemente gesetzlich festlegen, die für das gute Funktionieren und die Effizienz von Managed Care zentral sind. Dazu gehört etwa die Budgetmitverantwortung der Leistungserbringer. In anderen Bereichen, vor allem bei der internen Organisation des Versorgungsnetzes, lässt die Vorlage den Beteiligten viele Entscheidungsfreiheiten.

FAQ zu Managed Care unter [www.bag.admin.ch/aktuell](http://www.bag.admin.ch/aktuell)

Kontakt: Sandrine Bossy, Stv. Leiterin Sektion Tarife und Leistungserbringer, [sandrine.bossy@bag.admin.ch](mailto:sandrine.bossy@bag.admin.ch)

# Gender ist nicht alles, aber alles ist Gender

**Gendergerechte Suchtarbeit.** 1997 hat das Bundesamt für Gesundheit ein Mandat zur Förderung frauengerechter Suchtarbeit geschaffen. 2001 ist es auf die Förderung gendergerechter und damit auch auf männergerechte Suchtarbeit ausgeweitet worden. Ende März 2012 ist dieses Mandat ausgelaufen. Ein Resümee.

Die Sektion Drogen des Bundesamts für Gesundheit (BAG) verfolgt und fördert das Thema Gender in der Suchtarbeit seit Beginn der 1990er-Jahre. Mit dem Ziel, die Angebote der Suchthilfe und Suchtprävention so zu gestalten, dass sie Frauen und Männern, Mädchen und Knaben gleichermaßen zugute kommen, hatte das BAG Studien zum Thema veranlasst. Dies mündete schliesslich im Mandat zur Förderung gendergerechter Suchtarbeit. Zentrale Aufgaben waren die Beratung, die Weiterbildung und die Öffentlichkeitsarbeit, die Initiierung und Leitung von Projekten, das Erarbeiten von Instrumenten und Dokumentationen sowie die Kontaktpflege und die Vertretung der Schweiz in internationalen Gremien zu Sucht und Gender. Hier die wichtigsten Entwicklungen und Eigenschaften des Mandats:

## Von frauen- zu gendergerechter Suchtarbeit

Zu Beginn des BAG-Engagements be-

stand ein hoher Nachholbedarf, die Angebote der Suchtprävention und Suchthilfe auch für Mädchen und Frauen attraktiv zu gestalten. Viele Projekte entstanden, Instrumente und Dokumentationen wurden erarbeitet. Einer der Höhepunkte war die Aufnahme des Schweizer Vorgehens in die UNO-Publikation «Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned» von 2004.

Theoretische und praktische Weiterentwicklungen führten zur Einsicht, dass das soziale Geschlecht nicht nur bei Frauen, sondern ebenso bei Männern eine zentrale Rolle spielt. Suchthilfe war zwar von Anfang an stärker auf die Männer ausgerichtet, männliche Geschlechtsnormen oder suchtbegünstigende Vorstellungen von Männlichkeit wurden aber kaum näher betrachtet. Massnahmen zur Abhilfe wurden jedoch nur zögerlich entwickelt. In der männergerechten Suchtarbeit steckt nach wie vor viel Potenzial.

## Von punktuellen Beratungen zu nachhaltigen Instrumenten

Beratungen und Weiterbildungen von Institutionen standen von Anfang an im Zentrum des Mandats, und sie haben ihren Stellenwert bis heute bewahrt. Dank dem Engagement verschiedener Fachpersonen konnten jedoch weitere Massnahmen umgesetzt werden. So wurde Gender in das Curriculum diverser



Marie-Louise Ernst

Fachhochschulen aufgenommen, Wissen wurde in Form von Publikationen zur Verfügung gestellt und Instrumente konnten entwickelt werden. Mit dem Einbezug von Genderanforderungen in die Qualitätsnorm für den Suchthilfebereich (QuaTheDA) gelang schliesslich die wichtige Verknüpfung mit der Qualitätsfrage. Zwei Leitfäden für frauen- respektive männergerechte Beratung im Suchtbereich werden demnächst publiziert.

## Von der Deutschschweiz in die Romandie

Die anfänglich auf die Deutschschweiz konzentrierte Arbeit wurde im Laufe der Zeit auf die französischsprachige Schweiz ausgedehnt. Die Entwicklung von Projekten und der Austausch von Wissen und Erfahrungen waren für beide Seiten bereichernd. Als Wermutstropfen bleibt, dass die italienischsprachige Schweiz kaum erreicht werden konnte.

## Neuer Schwerpunkt: Diversität

Neu liegt der Schwerpunkt bei der Förderung eines professionellen Umgangs mit Diversität. Dazu wurde u. a. die nationale Plattform Diversität in der Suchtarbeit geschaffen. Gender bleibt dabei neben Faktoren wie Alter, Schichtzugehörigkeit oder Migrationshintergrund ein zentraler Fokus. Das ist auch unerlässlich, denn nach wie vor überwiegen geschlechtsneutrale Versorgungskonzepte und Massnahmen in der Suchthilfe. Gender ist nicht alles, aber alles ist Gender. Das biologische und das damit eng verknüpfte soziale Geschlecht bleiben einer der wesentlichen strukturierenden Faktoren in unserer Gesellschaft.

Kontakt: Marie-Louise Ernst, Beauftragte des BAG für die Förderung gendergerechter Suchtarbeit, [m.l.ernst@datacomm.ch](mailto:m.l.ernst@datacomm.ch)



# Informationen zur Volksinitiative Hausarztmedizin

**Hausarztinitiative.** In seinem Gegenentwurf zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» nimmt der Bundesrat die berechtigten Anliegen der Initianten auf. Er vermeidet es jedoch, einer einzelnen Berufsgruppe eine Sonderstellung in der Verfassung einzuräumen.

Am 1. April 2010 hat der Berufsverband der Haus- und Kinderärzte die Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» mit gut 200 000 Unterschriften eingereicht. Darin fordert er die Aufwertung und die langfristige Sicherstellung einer hochwertigen Hausarztmedizin. Die Hausärztinnen und Hausärzte führen dabei ihre Bedeutung als erste und wichtigste Anlaufstelle in der medizinischen Grundversorgung ins Feld – zu Recht, reicht ihr Leistungsspektrum doch von der Behandlung von Krankheiten und Unfällen über die Gesundheitserziehung bis hin zur Prävention. Die Wichtigkeit der Hausarztmedizin werde jedoch zunehmend verkannt, wie die Initianten monieren. Schon vor Jahren haben die Hausärztinnen und Hausärzte bei ihrem Berufsstand fundamentale Mangelerscheinungen diagnostiziert. Dem Hausarztberuf fehle es an angemessener Förderung im Aus- und Weiterbildungssystem, an attraktiven Berufsbedingungen (z.B. Tarifstruktur) und an Anerkennung. So gebe es in der Schweiz immer weniger Hausärzte, während die Nachfrage nach ihnen stetig steige, weil die Bevölkerung immer älter werde und immer mehr medizinische Leistungen be-

anspruche. In der Schweiz herrscht derzeit ein akuter Ärztemangel, der teilweise mit ausländischen Fachkräften kompensiert wird. Langfristig solle die Schweiz aber um eigenen Ärztenachwuchs besorgt sein, so die Initianten. Die Hausarztinitiative fordert deshalb, dass die Anerkennung, die Förderung sowie die berufliche und finanzielle Besserstellung der Hausärztinnen und Hausärzte mit einem neuen Artikel (118b) in der Bundesverfassung verankert werden.

## Vernetzung statt Fragmentierung

Der Bundesrat hat sich am 16. September 2011 gegen die Volksinitiative und für einen direkten Gegenentwurf entschieden. Er sieht in der Initiative keine nachhaltige Lösung, um eine adäquate, allen zugängliche und hochwertige Grundversorgung sicherzustellen. Er anerkennt zwar die berechtigten Anliegen der Initianten, kritisiert aber die Stossrichtung der Initiative, die ausschliesslich auf die Berufsgruppe der Hausärztinnen und Hausärzte ausgerichtet ist. So würde mit der Initiative die Hausarztmedizin als einzige Berufsgruppe der Grundversorgung in der Verfassung erwähnt. Dies ist allein schon wegen des Gleichbehandlungsgebotes bedenklich. Zudem fördert die Initiative die traditionelle Fragmentierung der Grundversorgung. Dies gilt es aber zu überwinden, nicht zu stützen. Der Bundesrat sieht die Zukunft der Grundversorgung nicht in der alleinigen Verbesserung der Hausarztmedizin, sondern in der verbesserten Vernetzung

aller ärztlichen und nichtärztlichen Fachleute. Dieser multiprofessionelle Ansatz im Sinne der Managed Care steht denn auch im Zentrum des Gegenentwurfs. Der Gegenentwurf anerkennt und fördert die Hausarztmedizin ausdrücklich als wichtigen Pfeiler der Managed Care. Er schliesst aber auch andere medizinischen Fachbereiche ein, die genauso Unterstützung brauchen – etwa bei der Nachwuchsproblematik. Der Gegenentwurf gibt somit eine umfassendere Antwort auf die gegenwärtigen Herausforderungen des Gesundheitswesens.

## Bund ist schon aktiv

Um kurz- und mittelfristig auf die Schwierigkeiten in der Hausarztmedizin zu reagieren, wird der direkte Gegenentwurf von einem Massnahmenpaket begleitet. Dazu gehört etwa die Revision des Medizinalberufegesetzes. Damit wird eine Anpassung der Aus- und Weiterbildungen mit Blick auf die medizinische Grundversorgung vorgenommen, die auch Kompetenzen in der Hausarztmedizin einschliesst. Zudem wurde der neue eidgenössische Weiterbildungstitel «Allgemeine Innere Medizin» geschaffen, der wesentlichen Bedürfnissen der Hausärztinnen und Hausärzte Rechnung trägt. Auch bezüglich der bemängelten Tarifstruktur zeichnet sich eine Verbesserung ab: Am 23. Dezember 2011 hat das Parlament eine parlamentarische Initiative angenommen, die es dem Bundesrat ermöglicht, die Tarifstruktur anzupassen,

wenn sich diese als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können. Gleichentags hat das Parlament einer weiteren Revision des Krankenversicherungsgesetzes zugestimmt: Demnach sollen in Zukunft Leistungserbringer und Versicherer gemeinsam eine Methode zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit festlegen. Dies sollte in Zukunft zu einer Verringerung der Papierarbeit beitragen.

In seinem Bericht in Erfüllung der Motion 08.3608 «Strategie gegen den Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin» vom September 2011 empfiehlt der Bundesrat den Universitätskantonen, in Zukunft 1200 bis 1300 statt wie bisher 700 bis 800 Ärztinnen und Ärzte auszubilden. Mit einer gezielten Förderung der Hausarztmedizin in Aus- und Weiterbildung soll dabei auch der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte erhöht werden.

Aktuell wird im Auftrag von Bundesrat Alain Berset zusammen mit einer Trägerschaft die Erarbeitung eines Masterplans «Hausarztmedizin» geprüft: Damit sollen weitere Massnahmen zur Förderung der Hausarztmedizin gezielt vorangetrieben und möglichst bald umgesetzt werden. Über die Lancierung des Masterplans wird im Juni 2012 entschieden.

Kontakt: Catherine Gasser, Abteilungsleiterin Gesundheitsberufe, Direktionsbereich Gesundheitspolitik, catherine.gasser@bag.admin.ch

# Suchtmedizin: Netzwerke unterstützen Hausärzte

**Netzwerke.** Rauchstopp, Alkoholentzug oder Methadonverschreibung: Hausärztinnen und Hausärzte sind oft die erste und wichtigste Anlaufstelle für Suchtpatienten. Die Netzwerke Collège romand de médecine de l'addiction (COROMA), das Forum Suchtmedizin Ostschweiz (FOSUMOS) und das Forum Suchtmedizin Innerschweiz (FOSUMIS) unterstützen sie dabei, die Arbeit mit Suchtpatienten zu professionalisieren und zu erleichtern.

Oberstes Ziel dieser regionalen Netzwerke ist, die suchtmedizinischen Kompetenzen der Grundversorger zu stärken, um die Bedürfnisse der Suchtpatienten und deren Angehörigen besser abzudecken. Ein weiteres Ziel ist die verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit der Grundversorger mit Suchtfachleuten sowie Fachpersonen, die mit süchtigen Menschen in Kontakt kommen, zum Beispiel aus den medizinischen Bereichen Psychiatrie, Pharmazie, Gefängnismedizin, aber auch aus nichtmedizinischen wie Sozialarbeit und Psychologie. Die Netzwerke pflegen auch enge Kontakte mit psychiatrischen Kliniken, Universitätsspitalen und suchtmedizinischen Ambulatorien.

## Handbuch zum Umgang mit Suchtpatienten

2011 haben sich die drei Netzwerke COROMA, FOSUMOS und FOSUMIS, sowie der Fachverband Ticino Addiction zur Interessengemeinschaft «IG Netzwerk Praxis Suchtmedizin» zusammengeschlossen, um eine gemeinsame Website aufzuschalten. Auf [www.praxis-suchtmedizin.ch](http://www.praxis-suchtmedizin.ch) findet sich das Hauptangebot der Netzwerke, ein Online-Handbuch, das sich in erster Linie an Hausärztinnen und Hausärzte richtet,

aber auch an Gefängnisärzteschaft und Notfallstationen. Darin finden sie Antworten auf Fragen wie: Was mache ich mit einem heroinabhängigen Patienten, der nach einer Methadonbehandlung fragt? Wie soll ich mit Patienten mit einem Alkoholproblem umgehen, wie mit besorgten Eltern, deren Kind kifft? Das Handbuch bietet eine breite Palette an praktischen Hilfsinstrumenten wie Handlungsempfehlungen, Algorithmen, Adressen, Checklisten, Formularen, Gesetzestexten und vielem mehr. Die deut-

sche Version des Handbuchs umfasst sieben Kapitel zu den Themen Alkohol, Nikotin, Cannabis, Designerdrogen, Medikamente, Heroin und Kokain. Auf Französisch und Italienisch ist derzeit erst das Kapitel Heroin aufgeschaltet. Die Übersetzungen der anderen Kapitel sind in Arbeit. Finanziert werden die Netzwerke durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Kantone.

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

## COROMA (Collège romand de médecine de l'addiction)

Netzwerk der Kantone der Romandie  
Gründung: 2001  
Hauptangebote:

- Handbuch «Praxis Suchtmedizin Schweiz» auf [www.praxis-suchtmedizin.ch](http://www.praxis-suchtmedizin.ch) (französische Version in Arbeit: [www.praticien-addiction.ch](http://www.praticien-addiction.ch))
- Fachtagungen (Journées COROMA)
- Regionale Gesprächsgruppen
- Fachpublikationen
- Aus- und Weiterbildungen

[www.romandieaddiction.ch](http://www.romandieaddiction.ch)

## FOSUMOS (Forum Suchtmedizin Ostschweiz)

Netzwerk der Kantone SG, GR, GL, TG, AR, AI und des Fürstentums Liechtenstein  
Gründung: 2003  
Hauptangebote:

- Handbuch «Praxis Suchtmedizin Schweiz» ([auf www.praxis-suchtmedizin.ch](http://www.praxis-suchtmedizin.ch))
- Regionale Gesprächsgruppen zu suchtmedizinischen Themen
- Auskunftserteilung zu suchtmedizinischen Fragen per E-Mail
- Aus- und Weiterbildungen

[www.fosumos.ch](http://www.fosumos.ch)

## FOSUMIS (Forum Suchtmedizin Innerschweiz)

Netzwerk der Kantone LU, NW, OW, SZ, UR und ZG  
Gründung: 2010  
Hauptangebote:

- Handbuch «Praxis Suchtmedizin Schweiz» ([auf www.praxis-suchtmedizin.ch](http://www.praxis-suchtmedizin.ch))
- regionale Gesprächsgruppen zu suchtmedizinischen Themen
- Auskunftserteilung zu suchtmedizinischen Fragen per E-Mail

[www.fosumis.ch](http://www.fosumis.ch)

# «Hausärztin oder Hausarzt ist ein faszinierender, unglaublich vielseitiger

**Interview Ueli Grüninger.** Hausärztinnen und Hausärzte sind die wichtigste Anlaufstelle für Menschen mit Gesundheitsproblemen. Mit zunehmenden Aufgaben und medizinischen Möglichkeiten wachsen die beruflichen Anforderungen laufend, während gleichzeitig das traditionell hohe Ansehen und die Attraktivität des Hausarztberufs sinken. Wo genau drückt der Schuh? Das wollte «spectra» vom Arzt Ueli Grüninger wissen, dem Geschäftsführer des Kollegiums für Hausarztmedizin.

## **spectra: Was ist das Kollegium für Hausarztmedizin?**

**Ueli Grüninger:** Das Kollegium für Hausarztmedizin (kurz KHM) ist eine 1994 gegründete Stiftung. Träger sind die drei Fachgesellschaften für Hausärzte, die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin, die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin und die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie, sowie die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften und die fünf medizinischen Fakultäten der Schweiz.

## **Welches sind die Hauptaktivitäten des Kollegiums?**

Stiftungszweck ist die Erhaltung und Förderung der Qualität der medizinischen Grundversorgung – sprich: der Haus- und Kinderarztmedizin – in den Bereichen Klinik, Forschung und Ausbildung. Im Bereich Fortbildung führen wir jährliche Kongresse mit rund 1500 Teilnehmenden durch. Zur Qualitätssicherung erwerben pro Jahr rund 400 angehende Hausärztinnen und Hausärzte einen Fähigkeitsausweis FMH/KHM, fürs Praxislabor in dreitägigen KHM-Kursen, für dosisintensives Röntgen in Einzeltutoriaten mit KHM-Experten. Wir entwickeln und organisieren Programme zur Prävention und Gesundheitsförderung in der Hausarztpraxis: Der Nationale Grippeimpftag der Schweizer Hausärzte findet dieses Jahr bereits zum neunten Mal statt, und mit unserem innovativen Projekt «Gesundheitscoaching KHM» gibt es nun ein praxiserprobtes Programm für die hausärztliche Beratung und Begleitung von Patienten bei Verhaltensänderung. Das KHM fördert mit einem alljährlichen Forschungspreis die noch junge Forschung; die Hausarztmedizin ist näm-

## **Unser Gesprächspartner**

Ueli Grüninger (62), Facharzt für Innere Medizin, Lehrbeauftragter an der Medizinischen Fakultät der Universität Bern; nach internistisch-ärztlicher Tätigkeit und Post-Doc (an der Johns Hopkins University in Baltimore, USA) ab 1986 im Institut für Sozial- und Präventivmedizin Bern (Schwerpunkt ärztliche Prävention), ab 1991 im BAG (zuletzt Gesetzgebung Medizinalberufe und Psychologieberufe), seit 2003 Geschäftsführer im KHM.

lich in den Universitäten ein noch relativ junges Fachgebiet – Institute für Hausarztmedizin sind erst ab 2004 entstanden –, und für die Entwicklung der medizinischen Grundversorgung stellen sich viele neue Forschungsfragen, welche die bisherige medizinische Forschung nicht beantworten kann. Bildung, Qualitätssicherung, Forschung, Prävention und Gesundheitsförderung sind also die wichtigsten Aufgaben der Stiftung. Immer mehr Projekte führen wir zusammen mit Partnern aus dem privaten oder dem öffentlichen Sektor durch. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ist für uns dabei ein sehr wichtiger Partner.

## **Wir steuern auf einen Hausärztemangel zu. Wie beurteilen Sie diese Entwicklung?**

Der einfachste Grund ist, dass die Schweiz seit Jahren schlicht zu wenige Ärzte ausbildet. Wir brauchten pro Jahr etwa 1300 neue Diplomierungen, tatsächlich sind es aber nur etwa 700. Dabei gäbe es genug junge Menschen, die Medizin studieren wollen. Letztes Jahr wurden rund 1300 weitere Interessenten abgelehnt, weil die Zahl der Studienplätze nicht dem Bedarf entsprechend angepasst werden könne: Universitäten, Kantone und Bund schieben einander den Schwarzen Peter zu. Dass die Schweiz dafür die fehlenden Ärztinnen und Ärzte aus den Nachbarländern importiert, wird

## **«Ohne wirksame Massnahmen ist die medizinische Grundversorgung schon bald nicht mehr gewährleistet.»**

auf die Dauer nicht gut gehen, auch aus politischen und ethischen Gründen. Zum zweiten spielt die Demografie eine wichtige Rolle. Es gibt generell immer weniger junge Menschen, entsprechend weniger potenziellen Nachwuchs. Gleichzeitig gibt es immer mehr ältere Menschen, die mehr medizinische Leistungen brauchen. Drittens kann die Medizin immer mehr anbieten. Diese letzten beiden Punkte erhöhen die Nachfrage nach medizinischer «Workforce». Dem steht aber – viertens – ein ungenügendes Angebot an Personal gegenüber. Denn es werden nicht nur zu wenig Ärztinnen und Ärzte ausgebildet, sondern wegen des steigenden Anteils an Teilzeitarbeitenden – eine Nebenwirkung der sehr erfreulichen Zunahme des Frauenanteils – ist rechnerisch noch weniger «Workforce» vorhanden. Für 10 Vollzeitstellen braucht man heute eher 15 als 10 Personen. Und fünftens muss man auch sehen, dass der Arbeitsaufwand der Hausärzte für Administration ständig wächst. Das alles aber bedeutet: Ohne wirksame Massnahmen ist die medizinische Grundversorgung schon bald nicht mehr gewährleistet.

## **Sie tönen es an: Ist der Hausarztberuf nicht attraktiv genug?**



Ueli Grüninger

Hausarzt ist ein faszinierender Beruf. Aber die Rahmenbedingungen sind nicht optimal. Es braucht deshalb mehr Gewicht und Investitionen für eine praxisgerechte Weiterbildung, und es braucht faire Rahmenbedingungen, welche hohe Arbeitsbelastung, lange Präsenzzeit, wachsenden administrativen Aufwand und steigenden wirtschaftlichen Druck reduzieren. Hausärztinnen und Hausärzte sind eigentlich Kleinunternehmer. Sie sollen sich im Markt behaupten, aber gleichzeitig werden ihnen in vieler Hinsicht die Hände gebunden, sie sind ständig unter Kontrolle. Trotzdem: mein Eindruck ist, dass Hausärztinnen und Hausärzte bei der Bevölkerung immer noch ein hohes Ansehen geniessen. Unter dem Strich gibt es bei diesem Beruf wenig zu jammern, und darum machen wir lieber Werbung für unseren Beruf. Denn Hausärztin oder Hausarzt ist und bleibt tatsächlich ein wunderbarer, vielseitiger und erfüllender Beruf.

## **Was will die Hausarztinitiative, die letztes Jahr eingereicht wurde, um die Tätigkeit der Hausärzte aufzuwerten?**

Diese Initiative entstand aus der grossen Sorge heraus, dass sich die Gesellschaft – und v.a. deren Entscheidungsträger – zu wenig bewusst sind, wie wichtig eine gute medizinische Grundversorgung für die Bevölkerung ist. Die Hausärztinnen und -ärzte sind deswegen schon seit Mitte der 2000er-Jahre aktiv, mit der Hausarzt demo vom 1. April 2006 als Fanal. Die Forderungen waren schon damals eine bessere Ausbildung, bessere Arbeitsbedingungen, mehr In-

vestitionen in die Grundversorgung und ein Mitspracherecht. Diese Forderungen mündeten dann in diese Initiative, die auf viel Echo gestossen ist und mit über 200 000 Unterschriften in Rekordzeit zustande gekommen ist. Die Hausärzte sind seither zu einer ernst zu nehmenden politischen Kraft geworden und haben in den letzten Jahren mit dem Berufsverband der Haus- und Kinderärzte Schweiz eine neue Dachorganisation geschaffen. Dieser hat die Aufgabe, sich um politische und gewerkschaftliche Anliegen zu kümmern. Das Kollegium für Hausarztmedizin und die medizinischen Fachgesellschaften sind weiterhin für fachliche Fragen zuständig.

## **Der Hausärztemangel ist ein Problem mit vielen Ursachen und wird vielleicht gerade deshalb von niemandem konkret angegangen. Wer müsste aktiv werden?**

Wichtig scheint mir, dass die wichtigsten Player sich endlich zusammensetzen: Bildung, Politik, Verwaltung, die Ärzte selber, ihre Partner in den anderen Gesundheitsberufen und auch die Bevölkerung – sie alle müssen mitreden können, wenn es um die Zukunft unserer Gesundheitsversorgung geht. Als Bürger stelle ich mir oft die Frage, wie weit die Parlamentarier wirklich Volksvertreter sind oder doch eher und vor allem Lobbyisten. Im Gesundheitswesen gibt es zum Teil sehr kontroverse Interessen; es ist ein Wachstumssektor, Wirtschaft und Interessenverbände wollen natürlich, dass das Gesundheitswesen immer mehr umgesetzt. Aber wir bezah-



len das mit steigenden Kosten und Prämi-  
en. Es brauchte hier, wie immer in  
der Politik, eine grundsätzliche Ent-  
scheidung und dann jemanden, der die  
Führungsverantwortung übernimmt.  
Das ist in einem föderalistischen Staat  
wie der Schweiz nicht einfach: Bei uns  
entscheiden in Gesundheitsfragen die  
Kantone. Der Bund tritt nur subsidiär  
oder bei speziellen Aufgaben wie bei  
den übertragbaren Krankheiten auf.

«Wir fordern ein Umdenken:  
präventive Massnahmen  
sollten verrechnet werden  
können – dann werden sie  
auch regelmässig und nach-  
haltig gemacht.»

Das Präventionsgesetz, das derzeit in  
der Vernehmlassung ist, will dem Bund  
zumindest etwas mehr koordinative  
Funktionen und Rechte übertragen. Die  
Gesetzesvorlage hat es zwar schwer,  
aber ich hoffe sehr, dass mehr Struktu-  
ren und Kompetenzen geschaffen wer-  
den, damit Koordination und Verant-  
wortungen für alle Akteure klarer  
werden. Das BAG spielt dabei dank Grös-  
se, Ressourcen und Vernetzung eine  
wichtige Rolle. Persönlich vermisse ich  
beim BAG manchmal den Mut zur Füh-  
rungsverantwortung.

**Wie sehen Sie die Rolle und die  
Verantwortung der Hausärz-  
tinnen und Hausärzte in Bezug  
auf das öffentliche Gesundheits-  
wesen, sprich: Prävention, Früh-  
erkennung, Überwachungsakti-  
vitäten (Sentinella) usw.?**

Die frühere Gesundheitsministerin Ruth  
Dreifuss hat mit gutem Grund die Haus-  
ärztinnen und Hausärzte als «pivot  
du système de santé» (Angelpunkt des  
Gesundheitssystems) bezeichnet. Ob in  
Sprechstunde und bei Hausbesuch mit  
Menschen und Familien, ob beim Enga-  
gement in seiner Praxisgemeinde: Ein  
Hausarzt denkt immer auch über den  
einzelnen Patienten hinaus an seinen  
ganzen Patientenstamm, an die Ge-  
meinschaft, in der er arbeitet und lebt.  
Der Hausarzt impft, führt Früherken-  
nungsuntersuchungen durch oder mel-  
det dem Kantonsarzt, wenn plötzlich ge-  
häuft Patienten mit Durchfall in seine  
Praxis kommen: In der Summe sind die  
über 7000 Hausärzte zentrale Akteure  
in der Santé publique.

**Wäre es für Hausärzte interes-  
sant, zusätzliche Aufgaben der  
öffentlichen Gesundheit zu  
übernehmen? Was wären gute  
Anreize?**

Wir müssen realistisch bleiben: Ein  
amerikanischer Forscher hat einmal  
ausgerechnet, dass ein Hausarzt über  
24 Stunden pro Tag arbeiten müsste,  
wenn er alles machen würden, was er  
sollte – allein in der Prävention. Ein  
Hausarzt ist aber ohne diese Aufgaben  
schon ziemlich beschäftigt.

Aber kommen wir zu den Anreizen. Wir  
wissen aus Studien, dass Hausärzte zu  
jenen Ärzten gehören, die sich am  
stärksten für Prävention und Gesund-  
heitsförderung aussprechen. Aber bei  
der Umsetzung stossen sie an Grenzen:  
Neben der Zeit ist das insbesondere die  
zumindest ungenügende und meist gar  
ganz fehlende Entschädigung. Hausärzte  
müssten für klassische Aufgaben der  
Prävention und öffentlichen Gesundheit  
angemessen bezahlt werden. Bis heute  
können sie zum Beispiel für Präventivbe-  
ratungen nicht oder nur in ganz wenigen  
Ausnahmefällen (wie der Adipositasbe-  
ratung bei Kindern) Rechnung stellen.  
Die Begründung von Kassen und Auf-  
sichtsbehörde BAG ist, dass das Kran-  
kenversicherungsgesetz nur für Krank-  
heiten zuständig sei. Dahinter steckt die  
uralte, eigentlich überholte Sicht, dass  
Krankheit und Gesundheit klare Gegen-  
sätze sind. Tatsächlich ist der Übergang  
vom einen zum andern fließend. Die  
Therapie praktisch aller Krankheitsdiag-  
nosen, die ja gemäss Krankenversiche-  
rungsgesetz bezahlt werden, sollte nach  
dem Stand der Wissenschaft auch prä-  
ventive Massnahmen einschliessen, und  
diese sollten deshalb meines Erachtens  
verrechnet werden können – dann wer-  
den sie auch regelmässig und nachhaltig  
gemacht: Das wäre ein Musterbeispiel  
für faire Rahmenbedingungen, hier for-  
dern wir ein Umdenken.

**Wie können Medizinstudierende  
dabei unterstützt werden, ihr  
Interesse am Hausarztberuf zu  
entdecken und sich dafür zu  
engagieren?**

Angehende Ärzte sollen die praktische  
Arbeit in der Hausarztpraxis schon früh  
kennen lernen, schon in der Ausbildung:  
Nur was man kennt, kann man lieben.  
Das funktioniert mit den in den letzten  
Jahren eingeführten Praxistutoriaten  
bei Hausärzten schon recht gut, sie sind  
bei den Studierenden sehr beliebt. Spä-  
ter, während der Weiterbildung zum  
Facharzt, muss dafür gesorgt sein, dass  
genügend Stellen im Spital und auch in  
Hausarztpraxen finanziert werden, wo  
man das lernen kann, was man als  
Hausarzt später können muss. Und  
dann müssten auch endlich die Rah-  
menbedingungen für die künftige Arbeit  
als Hausarzt verbessert werden, denn  
sie haben entscheidenden Einfluss auf  
die Berufswahl: Die Tarifierung muss  
fairer werden, und auch die Wertschät-  
zung seitens der Entscheidungs- und  
Kostenträger sollte sich verbessern.

**Wie können Hausärztinnen und  
Hausärzte motiviert werden,  
sich für Früherkennung und  
Prävention einzusetzen?**

Sie müssen nicht motiviert werden, die  
Motivation ist da. Aber man muss ihre  
Kompetenzen in diesen Bereichen schu-  
len und die Rahmenbedingungen ver-  
bessern.  
Und: Es braucht nicht noch mehr neue  
Präventionsprogramme zuhanden der  
Hausärzte, sondern mehr Koordination

unter den bestehenden, auf Einzelprob-  
leme ausgerichteten. Drum setze ich  
mich z.B. dafür ein, dass sich alle Betei-  
ligten der Nationalen Präventionspro-  
gramme mal zusammensetzen und zu-  
sammen mit uns Hausärztinnen und  
Hausärzten überlegen, wie man die ver-  
schiedenen Anliegen in ein praktisches,  
themenübergreifendes Massnahmenpa-  
ket verpacken könnte. Das wäre sehr  
hilfreich. Als Hausärztinnen und Haus-  
ärzte behandeln wir nicht eine Adiposi-  
tas oder eine Alkoholabhängigkeit,  
sondern Menschen mit ihren individuell  
unterschiedlichen Verhaltenskonstel-  
lationen und Handlungspräferenzen.  
Deshalb haben wir im KHM das  
themenübergreifende Beratungsmodell  
«Gesundheitscoaching» entwickelt.

**Wie funktioniert dieses Gesund-  
heitscoaching?**

Mit dem Projekt «Gesundheitscoaching  
KHM» integrieren wir die Beratung für  
die gesundheitlich wichtigsten Verhal-  
tensweisen in ein Rahmenprogramm für  
die Prävention und Gesundheitsförde-  
rung in der ärztlichen Praxis. Wir gehen  
davon aus, dass Menschen grundsätz-  
lich daran interessiert sind, selbst etwas  
für ihre Gesundheit zu tun, dass sie aber  
aus unterschiedlichen Gründen Motiva-  
tion, Zuversicht und Bereitschaft noch  
nicht genügend ausgebildet haben, um  
konkrete Verhaltensänderungen zu  
machen. Arzt und Patient erkunden  
deshalb zuerst die individuellen Aus-

«Hausärztinnen und Haus-  
ärzte sollen sich im Markt  
behaupten, aber gleichzeitig  
werden ihnen in vieler Hin-  
sicht die Hände gebunden.»

gangslagen, Erfahrungen und Präferen-  
zen, erarbeiten anschliessend zusam-  
men mögliche Massnahmen, die der  
Patient dann als sein persönliches Ge-  
sundheitsprojekt in eine Verhaltensän-  
derung umsetzt. Der Arzt oder die Ärzt-  
in ist der Coach, die Patientin oder der  
Patient wird aktiv und hat die Hauptrolle.

**Ein Beispiel?**

Ein Patient – nennen wir ihn Christian  
Meier – hat hohen Blutdruck, weshalb er  
von seinem Arzt ein Medikament be-  
kommt. Aber Christian Meier kann auch  
selber viel gegen sein Leiden unterneh-  
men. Der Arzt fragt ihn deshalb, wie er  
sein Gesundheitsverhalten einschätze  
und ob er interessiert wäre, auch selber  
etwas gegen den Bluthochdruck zu  
tun. Gemäss unserer Studie, die wir in  
20 Hausarztpraxen mit 1000 Patienten  
im Kanton St. Gallen während rund  
12 Monaten durchgeführt haben, stei-  
gen über 90% der Patienten auf ein sol-  
ches Angebot ein und füllen dann zu  
Hause einen Fragebogen aus. Christian  
Meier befasst sich darin vertiefter mit  
seinen Verhaltensmustern und mögli-  
chen Änderungsmotiven. In der nächs-  
ten Konsultation bespricht er dies mit

seinem Hausarzt, wählt ein ganz kon-  
kretes Verhaltensziel und macht dann  
einen konkreten Etappenplan, wie er  
sein selbst gesetztes Ziel erreichen will.  
Sein Arzt unterstützt und coacht ihn  
dabei mit seinem Wissen und aufgrund  
der Erfahrungen seiner anderen Patien-  
ten. Unser Test unter realen Praxisbe-  
dingungen hat gezeigt, dass von den Pa-  
tienten, die so ein Projekt anfangen,  
über 36% ihr Projekt erfolgreich zum  
Ziel führen. Das sind erstaunlich viele –  
dreimal mehr, als aufgrund der Erfah-  
rungen zu erwarten war. Es müssen  
am Anfang keine grossen Ziele wie ein  
kompletter Rauchstopp sein. Es können  
auch kleinere sein wie ein paar Kilos  
abnehmen oder dreimal wöchentlich  
20 Minuten tüchtig marschieren. Es  
geht darum, den Patienten zu zeigen,  
dass sie etwas bewirken können, indem  
der Arzt ihnen Erfolgserlebnisse und  
steigende Zuversicht ermöglicht. Für  
solche Motivierende Gesprächsführung  
haben wir die Hausärzte des Pilotpro-  
jekts mit Schauspielpatienten praktisch  
geschult.

**Sie tönen begeistert. Wie sind  
die Erfahrungen mit dem Ge-  
sundheitscoaching, und was  
halten die Hausärztinnen und  
Hausärzte davon?**

Interessant ist, dass mit diesem Pro-  
gramm nicht nur die Patienten, sondern  
auch die Ärzte ihr Verhalten verändern.  
Das Gesundheitscoaching vermittelt  
dem Hausarzt grundlegende Gesprächs-  
und Kommunikationsfertigkeiten für die  
Verhaltensberatung. Viele Pilotprojekt-  
Ärzte haben diese mit der Zeit auch für  
manch andere medizinische Situationen  
anzuwenden begonnen. Was uns auch  
freut: 16 der 20 Ärzte des Pilotversuchs  
in St. Gallen wollen das Gesundheitscoa-  
ching nach dem Ende des Testjahrs  
spontan fortsetzen.

**Welche Schlüsse ziehen Sie vom  
Kollegium für Hausarztmedizin  
daraus?**

Wir überlegen nun, wie wir dieses Pro-  
gramm weiterverbreiten können. Die  
Patientinnen und Patienten schätzten es,  
dass es endlich nicht mehr nur um ihren  
hohen Blutdruck, ihr Gewicht, ihren  
Zigarettenkonsum geht, sondern um sie  
als Menschen. Sie werden sich bewusst,  
dass sie die Verantwortung für ihre Ge-  
sundheit nicht einfach delegieren kön-  
nen, sondern selber etwas bewirken  
können. Unsere Sorge für das Weiter-  
verbreiten ist also weniger die Akzep-  
tanz der Ärzte und Patienten. Viel mehr  
geht es um Fragen der Finanzierung des  
Programms (Schulung der Ärzte, Materi-  
alproduktion, Praxis-Support), und  
zweitens um faire Entschädigung für die  
ärztliche Beratungsleistung. Wir haben  
mit unserem erfolgreichen Praxistest  
nun für Santé Suisse und BAG die vor  
dem Projekt verlangten Daten und Be-  
lege geliefert und freuen uns auf eine po-  
sitive Neubeurteilung betreffend Finan-  
zierung der Beratungsleistungen.

# Ein Päckchen voller Lebenslust

**SmokeFree-Kampagne 2012.** Die Neuauflage der aktuellen Tabakpräventionskampagne zelebriert wiederum das genussvolle Leben der Nichtraucher. Der positive Ansatz kommt bei Bevölkerung und Partnern gut an.

Die aktuelle Tabakpräventionskampagne verzichtet auf Warnfinger und düstere Schreckensszenarien. Stattdessen werden die Selbstverständlichkeit des Nichtrauchens und dessen Vorteile hervorgehoben. Seit 2011 wirbt der Bund mit der Kampagne SmokeFree nun ganz konsequent *für* das Nichtrauchen und nicht mehr *gegen* das Rauchen.

## Mehr Luft für die Liebe

Schlüsselbild der TV-Spots, Anzeigen und Plakate war und ist das leere Zigarettenpäckchen der Marke SmokeFree und der Slogan «keine Zigarette ist besser». Nach einem Kampagnenjahr zieht SmokeFree nun mit neuen Sujets ins Feld. Bei dieser Neuauflage sind die Päckchen nicht mehr leer. Vielmehr quellen sie über von Geldscheinen, Seifenblasen und Kondomen. Die Botschaft ist klar: Wo nicht geraucht wird, ist Platz für das pralle Leben. Die Füllung der Päckchen steht für die vielen schönen Nebeneffekte des Nichtrauchens wie mehr Geld, mehr Schönheit oder mehr Luft für die Liebe und die Familie. Die Liebe ist auch Thema des neuen TV-Spots: Nach dem leidenschaftlichen und offensichtlich ausgiebigen Liebesakt greift der junge Mann nach dem vermeintlichen Zigarettenpäckchen – zum grossen Verdruss seiner Partnerin. Er öffnet das Päckchen, und heraus prasseln Dutzende von Kondomen.

## Positive Umfrageresultate

Die positive Botschaft und die kreative Umsetzung von SmokeFree werden von der Bevölkerung sehr gut bewertet. Dies zeigte die Evaluation der drei Kampagnenwellen des Jahres 2011. Die Befragten haben den Eigenschaften wie «sympathisch» oder «originell» viel stärker zugestimmt als den negativen wie «belehrend» oder «langweilig». Über alle drei Wellen war der letztgenannte Wert nicht nur tief, sondern auch konstant. Dies ist ein Indiz dafür, dass die Kampagne noch keine Abnützungserscheinungen zeigt. Auch bezüglich Einstellung erzielte SmokeFree ein positives Resultat: Befragte, die die Kampagne gesehen haben, sind stärker positiv gegenüber dem Nichtrauchen eingestellt als Menschen, die die Kampagne nicht gesehen haben. Ebenfalls ausgezeichnet angekommen sind die Kärtchen mit den Tipps zum Rauchstopp und Vorteilen des Nichtrauchens. Sie wurden mehrheitlich als klar und verständlich (89%), sympathisch (79%) und hilfreich (71%) beurteilt.

## Rund 105 800 Päckchen verschenkt

Nach wie vor verschickt SmokeFree auf Bestellung von Websitebesuchenden täglich viele Päckli per Post, um künftigen Nichtrauchenden nicht beim Aufhören, sondern beim Anfangen eines neuen Genusses zu helfen. Seit diesem Frühling können die Päckchen nun auch digital verschickt werden, virtuell bepackt mit einer persönlichen Motivationsbotschaft und einem Absenderbild. Der Erfolg von nationalen Kampagnen hängt aber nicht zuletzt immer auch von Partnern ab, die helfen, die Botschaften zu verankern. Auch auf dieser Ebene ist SmokeFree auf Anklang gestossen. Zahlreiche Partnerorganisationen un-



terstützen SmokeFree, darunter kantonale Organisationen, Schulen, Spitäler, NGO und viele weitere. Bis zum Herbst 2011 haben sie über 39 000 SmokeFree-Päckchen mit den Tipps und Vorteilen bestellt. Über 3000 Kampagnen-Poster wurden an Organisationen verschickt, die selbst eine SmokeFree-Aktion durchführen wollten. Und das 2 Meter hohe Riesen-SmokeFree-Päckli war zu Gast bei diversen Anlässen und Messen. Auch private Unternehmen zeigten grosses Interesse an der Kampagne und verwendeten die Plakate und Giveaways in ihren eigenen Aktionen.

Idee und Botschaft der SmokeFree-Kampagne sind also gut angekommen und das Wirkungspotenzial scheint noch nicht ausgeschöpft. Die neuen Sujets und TV-Spots folgen diesem Grundkonzept und entwickeln es aufgrund der Evaluationsresultate weiter.

Kontakt: Nicole Disler,  
Sektion Kampagnen,  
nicole.disler@bag.admin.ch

Link: [www.smokefree.ch](http://www.smokefree.ch)

# Mit neuen Bildern gegen die Macht der Gewohnheit

**Tabakprävention.** Seit dem 1. Januar 2012 ist die zweite Serie der kombinierten Warnhinweise auf Tabakprodukten im Einsatz.

Aus der Wahrnehmungspsychologie weiss man: Bilder erhalten mehr Aufmerksamkeit als Texte und Neues mehr als Gewohntes. Seit 2010 müssen deshalb die bis dahin rein textlichen War-

nungen auf den Tabakverpackungen mit Bildern und einem Hinweis auf die Rauchstopplinie (0848 000 181) ergänzt werden. Alle zwei Jahre müssen zudem neue Bild-Text-Sujets verwendet werden, um die Aufmerksamkeit für die Botschaften wieder aufzufrischen. Seit Januar 2012 muss nun die zweite Serie der sogenannten kombinierten Warnhinweise verwendet werden. Die Serie

besteht wiederum aus 14 Bildern und Textbotschaften zu den Themen Abhängigkeit, vorzeitiger Tod, Schutz von Kindern und Ungeborenen und Unterstützung beim Rauchstopp. Die Warnhinweise müssen mindestens 35% der Vorderseite und 50% der Rückseite der Verpackung von Tabakwaren bedecken. Ziel ist es, die Rauchenden besser über die Risiken des Tabakkonsums aufzu-

klären und zum Rauchstopp zu motivieren. Darüber hinaus sollen Nichtrauchende davon abgehalten werden, mit dem Rauchen anzufangen.

## Gute Akzeptanz

Im Rahmen des Tabakmonitorings Schweiz wird seit 2006 die Wirkung der Warnhinweise untersucht. Der im Oktober 2011 veröffentlichte Bericht zu die-





# Grosse Bereitschaft zur Rauchstoppberatung

**Tabakmonitoring.** Viele Raucherinnen und Raucher erwarten geradezu, von ihren Ärztinnen bzw. Ärzten auf das Rauchen und einen Rauchstopp angesprochen zu werden. Nicht immer wird diese Gelegenheit genutzt. Ärztinnen, Ärzte und zahnmedizinisches Fachpersonal dürften diesbezüglich offensiver sein.

2010 wurde im Rahmen des schweizerischen Tabakmonitorings (siehe Kasten) eine Befragung zum Thema «Raucherberatung in der ärztlichen und zahnmedizinischen Praxis aus Sicht der Rauchenden und ehemals Rauchenden» durchgeführt. Gemäss dieser Erhebung haben 84% der 14- bis 65-jährigen Raucherinnen und Raucher in der Schweiz schon einmal beim Arzt oder Zahnarzt über das Rauchen gesprochen. Das sind vier Prozent mehr als in der Umfrage 2005/2006. Die Tabaksucht scheint im Gespräch zwischen Arzt und Patient immer mehr zum Standardthema zu werden und zwar nicht nur auf ärztliche Initiative. Jede oder jeder Fünfte der 84% hat das Thema auch von sich aus angesprochen.

## Offene Türen einrennen

Die Ärzteschaft stösst bei vielen rauchenden Patientinnen und Patienten auf eine grosse Gesprächsbereitschaft, wenn sie das Rauchen thematisieren wollen. Viele Rauchende wollen geradezu auf ihre Sucht angesprochen werden: 60% erwarten eine solche Intervention von ihrem Arzt oder ihrer Ärztin und 37% vom zahnmedizinischen Fachpersonal. Die meisten erwarten auch, dass ihnen zum Rauchstopp geraten wird. Diese Chance wird jedoch nicht immer genutzt: Nur 34% aller Rauchenden

berichten, der Arzt oder die Ärztin habe ihnen beim letzten Gespräch übers Rauchen das Aufhören nahegelegt. In den zahnmedizinischen Praxen waren es 12%. Etwas mehr als der Hälfte von ihnen wurde in der Arztpraxis Unterstützung angeboten (zahnmedizinische Praxis: rund ein Viertel), indem ihnen Entwöhnungshilfen – meist Nikotinprodukte – empfohlen wurden. Von den Rauchenden, denen zwar zum Rauchstopp geraten, aber keine konkrete Entwöhnungshilfe angeboten wurde, hätten sich 10% eine Unterstützung gewünscht. Dass eine solche ärztliche Unterstützung wirkt, bestätigt die Studie ebenfalls: Ein Fünftel der Exrauchernden berichtet, dass bei ihrem Rauchstopp die ärztliche Empfehlung eine Rolle gespielt habe.

## Beratung in Apotheken

Hausärzte und Hausärztinnen sind mit Abstand die häufigsten Ansprechpersonen für Gespräche über einen Rauchstopp, sowohl bei den Männern (85%) als auch bei den Frauen (67%). 16% der Frauen sprachen letztmals mit einem Gynäkologen oder einer Gynäkologin übers Rauchen. 6% der Rauchenden haben sich zudem schon einmal in einer Apotheke über einen Rauchstopp beraten lassen. Hier scheint aber noch Potenzial brachzuliegen: 55% der Befragten wünschen sich, dass auch Apotheken Beratungen anbieten. Das Beratungs- und Motivationsbedürfnis seitens der Rauchenden scheint also vorhanden zu sein.

Nun gilt es, in Arztpraxen und Apotheken nicht zu viel Zurückhaltung zu üben und mehr Gelegenheiten zu nutzen, den Aufhörwillen jedes Patienten zu bestärken – und sei er auch noch so vage.

## Tabakmonitoring Schweiz

Mit dem Tabakmonitoring Schweiz wird der Tabakkonsum der 14- bis 65-jährigen Wohnbevölkerung der Schweiz repräsentativ und kontinuierlich erfasst. Zwischen Januar 2001 und Dezember 2010 wurden viermal jährlich 2500 Telefoninterviews durchgeführt. Das heisst, pro Jahr stehen Angaben von insgesamt 10 000 Personen für die Auswertungen zur Verfügung.

Kontakt: Laure Curt,  
Sektion Tabak,  
laure.curt@bag.admin.ch

## Rauchstopp – nationale Promotion und kantonale Aktionen



**Rauchstopp-Wettbewerb 2012.** Gemeinsam mit kantonalen Gesundheitsorganisationen ruft die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz Raucherinnen und Raucher auf, im Juni eine Rauchpause einzulegen.

Wer am Rauchstopp-Wettbewerb teilnimmt und vom 4. Juni bis zum 2. Juli 2012 eine Rauchpause macht, kann den Hauptpreis von 5000 Franken gewinnen. Zusätzlich werden zehnmal 500 Franken verlost. Für die Durchführung des Rauchstopp-Wettbewerbs arbeitet die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz eng mit den kantonalen Fachstellen für Tabakprävention und den Krebs- und Lungenligen zusammen. Eine Verbindung von nationaler Promotion und regionalen Aktionen erhöht tendenziell die Anzahl der Anmeldungen.

## Anmeldung in acht Sprachen möglich

Der Wettbewerb richtet sich insbesondere auch an Rauchende mit Migrationshintergrund. Die Anmeldekarte und mehrere Faktenblätter sind deshalb neben Deutsch, Französisch und Italienisch auch in Albanisch, Portugiesisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Spanisch und Türkisch verfügbar.

Partner des Rauchstopp-Wettbewerbs sind die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, pharmaSuisse Schweizerischer Apothekerverband, die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO, der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner und die Swiss Dental Hygienists.

Kontakt: Arbeitsgemeinschaft  
Tabakprävention Schweiz,  
info@at-schweiz.ch

Link: [www.at-schweiz.ch](http://www.at-schweiz.ch).

sem Thema hat gezeigt, dass 61% der Schweizer Bevölkerung die bildlichen Warnhinweise als «gut» bis «sehr gut» erachten. Bereits 2009, also noch bevor die Bilder obligatorisch wurden (Einführungsphase), gab bereits die Hälfte der Befragten an, diese Bilder schon einmal gesehen zu haben. Mit der Einführung des Obligatoriums im Jahr 2010 stieg die Bekanntheit nochmals an

auf 76%. Weder die Rauchenden noch die Nichtrauchernden glauben jedoch, dass die Bilder jemanden zum Rauchstopp bewegen können. Hingegen denkt die Mehrheit der Befragten, dass die Bilder Nichtrauchernden darin bestärken können, nicht mit dem Rauchen anzufangen. Mit dem 2010 eingeführten Obligatorium für den Hinweis auf die Rauchstopplinie ist deren Bekanntheit

von 34% (2006) auf 47% (2010) gestiegen. Vor 2010 war der Hinweis nur auf jeder 14. Packung aufgedruckt.

Kontakt:  
Michael Anderegg,  
Direktionsbereich Verbraucherschutz,  
michael.anderegg@bag.admin.ch



# Publikationen

Titel	Inhalt/Umfang	Bezugsquelle
Frauen- und männergerechte Beratung: Ein Leitfaden für Beraterinnen und Berater im Suchtbereich	Dieser Leitfaden dient Beraterinnen und Berater und Institutionen im Suchtbereich bei der frauen- und männergerechten Beratungsarbeit mit Klientinnen und Klienten. Dabei werden die Rahmenbedingungen für gendergerechte Beratung aufgezeigt, spezifische Überlegungen zur weiblichen und männlichen Sozialisation sowie zu männer- und frauenspezifischen Themen erläutert und nützliche Tipps für die Vorbereitung von Gesprächen gegeben.	Die Broschüre kann heruntergeladen werden unter <a href="http://www.bag.admin.ch">www.bag.admin.ch</a> > Themen > Drogen > Diversität

# Agenda

Datum/Ort – Titel	Kurzbeschrieb	Kontaktadresse
30. Mai 2012 Kongresshaus Biel  Fachtagung Früherkennung und Frühintervention in Schulen	Seit 2006 unterstützen RADIX und die Hochschule für Soziale Arbeit in Freiburg mit nationalen Programmen die Entwicklung und Einführung von Früherkennung und Frühintervention (F&F) in Schulen, im Auftrag des BAG. Dabei haben in enger Zusammenarbeit mit kantonalen Fachstellen/Fachpersonen rund fünfzig Schulen F&F eingeführt und umgesetzt. An der Fachtagung stehen die Erfahrungen und die Nachhaltigkeit dieser Schulprojekte im Zentrum.	Informationen: <a href="http://www.radix.ch/f-f">www.radix.ch/f-f</a>  Programm und Online-Anmeldung ab März 2012
13. Juni 2012 Universität Bern, UniS  Wie gelingt es, die Gesundheitsförderung in den Schulen langfristig zu verankern? Schweizerische Fachtagung	Welche Bedürfnisse haben Schulen? Welcher Bedarf besteht aus Sicht der Gesundheitsförderung und Prävention? Welche Merkmale zeichnen qualitativ gute Angebote aus? Wie können die Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung (Partizipation, Empowerment, Nachhaltigkeit) in den Angeboten sichergestellt werden? Die Fachtagung richtet sich an alle Fachpersonen der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention: Projektanbietende, Forschende, Verwaltende, Aus- und Weiterbildende, Schulleitungen, Schulsozialarbeit, Schulpsychologie, Schulberatung sowie an weitere am Thema interessierte Fachpersonen.	Organisation: bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz  <a href="http://www.bildungundgesundheit.ch">www.bildungundgesundheit.ch</a>  Kontakt: Barbara Zumstein, Programmkoordination, <a href="mailto:zumstein@radix.ch">zumstein@radix.ch</a>
30. und 31. August 2012 CHUV Lausanne  Swiss Public Health Conference – (Re-)Organizing Health Systems	An dieser Konferenz wird über aktuelle Gesundheitssystemforschung, Anforderungen an den zukünftigen Arbeitsmarkt im Gesundheitssektor und Strategien zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung diskutiert.	<a href="http://www.sph12.organizers-congress.ch">www.sph12.organizers-congress.ch</a>
18. und 19. Oktober 2012 Centre International de Conférences Genève  NaSuKo3 – Dritte Nationale Substitutions-Konferenz	Die SSAM organisiert im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit die dritte Auflage einer Konferenz über alle Aspekte der Substitutionsbehandlungen. Sie findet in Genf statt, parallel zum 3 Colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes (TDO3). Die Anmeldung zur NaSuKo gibt automatisch Zugang zum TDO3. Am Donnerstagmorgen bieten die beiden Veranstaltungen ein gemeinsames Programm zu folgender Fragestellung an: Die substitutionsgestützte Behandlung im Spannungsfeld von wissenschaftlichen Empfehlungen, legale und administrative Regelungen sowie die tägliche Realität der Patientinnen und Patienten: Welche Zukunftsvision?	<a href="http://www.nasuko3.ch">www.nasuko3.ch</a>

# Kontakte

Sektionen, Fachstellen	Telefon	Sektionen, Fachstellen	Telefon
Sektion Alkohol	031 323 87 86	Sektion Grundlagen (Nationale Präventionsprogramme)	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 (Übertragbare Krankheiten)	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](http://www.spectra.bag.admin.ch)

## Impressum • spectra Nr. 92, Mai 2012

«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](http://www.bag.admin.ch)  
Realisation: Pressebüro Ch. Hoigné, Allmendstrasse 24, 3014 Bern, [christoph.hoigne@la-cappella.ch](mailto:christoph.hoigne@la-cappella.ch)  
Leitung Redaktionskommission: Adrian Kammer, [adrian.kammer@bag.admin.ch](mailto:adrian.kammer@bag.admin.ch)

Textbeiträge: Mitarbeitende des BAG, Christoph Hoigné, weitere Autoren  
Fotos: BAG, Christoph Hoigné, iStockphoto  
Layout: Lebrecht typ-o-grafik, 3006 Bern  
Druck: Büetiger AG, 4562 Biberist  
Auflage: 6400 Ex. deutsch, 3400 Ex. franz., 1050 Ex. engl.

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

Die nächste Ausgabe erscheint im Juli 2012.

# Gratis-Abo

Bitte senden Sie mir folgende Exemplare von «spectra»:

Anzahl

☐ Deutsch

☐ Französisch

☐ Englisch

Bitte senden Sie «spectra» an folgende Adresse:

Name

Vorname

Adresse

Ort

Bestelladresse:  
GEWA, Alpenstrasse 58  
Postfach, 3052 Zollikofen  
Telefon 031 919 13 13  
Fax 031 919 13 14



# Bühnenreife Präventionsarbeit

**Theaterstück gegen Mädchenbeschneidung.** Das Stück «Tough Decision» erzählt die Geschichte eines Vaters, der sich am Tag der Beschneidung seiner Tochter eines Besseren besinnt und ihr das unnötige Leid erspart. Mit diesem Stück verschafft sich die Prävention gegen die Mädchenbeschneidung einen vielversprechenden neuen Zugang zur Zielgruppe. Premiere ist am 26. Mai 2012 in Ostermundigen.

Der in Afrika lebende Mister Odoko besucht seinen Bruder in der Schweiz und ist schockiert vom freizügigen Auftreten der jungen Frauen hier. Eine Erfahrung, die ihn in seiner Überzeugung bestärkt: Seine Tochter Sah soll eine ehrenhafte, angesehene und «wertvolle» Gattin werden – deshalb muss sie traditionsgemäss beschnitten werden. So die Ausgangslage des Stücks. Im Laufe der vier Akte weicht die Überzeugung von Mister Odoko jedoch auf. Grund dafür ist in erster Linie seine Frau, die anlässlich der bevorstehenden Beschneidung ihrer Tochter ihr eigenes Trauma nochmals durchlebt. Sie widersetzt sich ihrem Ehemann und Sahs Grossmutter vehement und erhält dabei Unterstützung von der ganzen Dorfgemeinschaft. Es gibt schliesslich ein glückliches Ende, bei dem die Vernunft siegt.



## Von Migrantinnen für Migrantinnen

«Tough Decision» ist ein Projekt nach der Idee und dem Konzept von African Mirror Foundation in Zusammenarbeit mit Caritas Schweiz, dem Swiss African Forum und den Somalischen Frauen Bern. Unterstützt wird es von den Bundesämtern für Migration und Gesundheit, die seit 2005 Prävention gegen Mädchenbeschneidung betreiben. Auf der Bühne stehen professionelle Schauspielerinnen und Laiendarsteller mit Migrationshintergrund. Ein Erzähler führt in Englisch, Französisch oder Somalisch durch das Stück, weitere Sprachen kommen später hinzu. Regie führt

die in Bern lebende nigerianische Regisseurin und Künstlerin Pat Santschi, die das Stück auch mitentwickelt hat. Zum Thema Mädchenbeschneidung sagt sie: «Ich liebe unsere Traditionen. Mädchenbeschneidung kann ich jedoch nicht akzeptieren.»

## Erfolgreiches Konzept

Mit diesem Theaterstück nutzen die beteiligten Institutionen eine in der Schweiz neue Methode in der Community-Arbeit. In Afrika ist Theater bereits heute eine weit verbreitete und beliebte Form der Informationsvermittlung. In Nigeria und Somalia, aber auch in Deutschland haben Theatergruppen mit

einem ähnlichen Projekt gute Erfahrungen gemacht. Die Initianten von «Tough Decision» erhoffen sich nun, auf demselben Weg die afrikanischen Migrantinnen und Migranten in der Schweiz zu erreichen. Das Stück sensibilisiert das Publikum unmittelbar, ohne anzuklagen oder zu verurteilen, und schafft damit eine gute Basis für die Diskussionsrunde, die im Anschluss an die Vorstellung eröffnet wird.

## Theaterstück «Tough Decision»

Premiere: 26. Mai 2012, 19 Uhr (Türöffnung 18 Uhr), Tell Kultur Zentrum, Bernstrasse 101, Ostermundigen  
Sprachen: Englisch und Deutsch, nach Absprache in Französisch oder Somalisch  
Informationen und Booking: Das Theaterstück kann gebucht werden bei Caritas Schweiz, [toughdecision@caritas.ch](mailto:toughdecision@caritas.ch)

Kontakt: Sabina Hösli, Nationales Programm Migration und Gesundheit, [sabina.hoesli@bag.admin.ch](mailto:sabina.hoesli@bag.admin.ch)



# «Die Motivierung der Familie ist entscheidend für den Erfolg der Behandlung.»

**Übergewicht und Fettleibigkeit bei Kindern.** Dr. Nathalie Farpour-Lambert, stellvertretende leitende Ärztin für Sportmedizin und Fettleibigkeit bei Kindern und Präsidentin des Programms gegen Übergewicht an der kinder- und jugendmedizinischen Abteilung des Genfer Universitätsspitals, im Gespräch.



## Wie ist die Situation bezüglich Übergewicht und Fettleibigkeit bei Kindern heute?

Die jüngsten Jahrzehnte waren geprägt von tiefgreifenden Veränderungen unseres Lebensstils, welche zur Entstehung einer Fettleibigkeitsepidemie beigetragen haben. In der Schweiz weisen 12 bis 23% der Jugendlichen ein erhöhtes Körpergewicht auf, 2 bis 8% leiden unter Fettleibigkeit. Diese tritt in den Städten und bei Familien ausländischer Herkunft oder aus tieferen Bildungsschichten häufiger auf. Medizinische und psychosoziale Komplikationen machen sich oft schon früh bemerkbar: Herz-Kreislauf-Krankheiten, Glukose-Intoleranz

und Diabetes Typ 2, Schlafapnoe, Verdauungs- oder orthopädische Probleme, Isolierung, Angst und Depression.

## Der Kampf gegen ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel organisiert sich. Was passiert wo?

Die Vorbeugung beginnt in der frühen Kindheit oder bereits während der Schwangerschaft, und die Behandlung übergewichtiger Kinder wird sobald wie möglich vor der Pubertät eingeleitet. Ein gutes Zusammenspiel von Primär- und Sekundärprävention ist wichtig. Sie müssen die Bewegung bzw. den Bewegungsmangel, die Ernährung, das Schlafverhalten und psychosoziale Faktoren berücksichtigen. Das Verhalten der Kinder wird nicht nur durch ihre Familie, sondern auch durch ihre Umwelt beeinflusst. Deshalb ist ein interdisziplinärer Ansatz auf verschiedenen Ebenen erfolgversprechend (Familie, medizinische und weitere Fachleute, Schule/Krippe, Gemeinde, Regierung, Industrie). Die Ärztin oder der Arzt übernimmt also die wichtige Rolle, Risikokinder oder bereits von Übergewicht betroffene frühzeitig zu erkennen sowie ihre Betreuung und Behandlung in der Arztpraxis – zusammen mit weiteren Gesundheitsfachleuten aus der Region – einzuleiten. Die Ziele der Behandlung sind einerseits, die Gewichtszunahme zu verlang-

samen (Zunahme unter 3 kg/Jahr) und das Perzentil des Body Mass Index (BMI) zu vermindern, indem ein normales Wachstum gewährleistet, aber auch die psychologische Auswirkung der Krankheit reduziert wird. Die Einschränkungen bezüglich Nahrungsmittel verursachen viele Frustrationen und können zu gestörten Essgewohnheiten führen. Deshalb erfolgt die Behandlung heute durch ein interdisziplinäres Konzept (Medizin, angepasste körperliche Bewegung, Ernährungskunde und Psychologie), das auf drei Pfeilern beruht: einer ausgewogenen Ernährung (ohne strenge Diät), regelmässiger Bewegung und einer psychologischen Unterstützung. Verhaltensänderungen sind bei der ganzen Familie notwendig.

## Wie kann die Ärztin oder der Arzt dem Übergewichtsrisiko vorbeugen?

Die Ärztin oder der Arzt berechnet systematisch bei den Routinebesuchen den BMI, trägt diesen auf die Gewichtskurven ein, um eine anormale Erhöhung des BMI zu erkennen. Adipositas-Risikokinder können durch eine detaillierte Familienanamnese identifiziert werden (Fettleibigkeit bei den Eltern, kardiovaskuläre Krankheiten, Diabetes Typ 2, Wachstumsverzögerungen, niedriges sozioökonomisches Niveau, afrikanische, hispanische oder asiatische Herkunft).

Die Rolle der Ärztin oder des Arztes besteht darin, die Kinder und ihre Familie zu informieren, zu motivieren und zu unterstützen, indem die Techniken der Motivierenden Gesprächsführung und der Kognitiven Verhaltenstherapie angewendet werden. Zuerst werden die Ursachen des Übergewichts eruiert, und anschliessend definiert der Arzt mit dem Kind und seiner Familie ein oder zwei realistische Zielsetzungen, die sich kurzfristig erreichen lassen. Er ermutigt sie bei erfolgten Verhaltensveränderungen und ruft die Botschaften in Erinnerung. Dabei sind Geduld und Ausdauer gefordert. Die Motivierung der Familie ist ein entscheidender Faktor für den Erfolg der Behandlung.

## Sind die Ärztinnen und Ärzte gut vorbereitet für diese Aufgabe?

Viele Ärztinnen und Ärzte denken, dass Ihnen die nötige Bildung zur Problematik der kindlichen Fettleibigkeit fehlt. Sie wünschen sich Tools, um die Familien informieren und motivieren zu können. Deshalb entwickelt das Bundesamt für Gesundheit zusammen mit Fachleuten für Adipositas bei Kindern und Erwachsenen entsprechende Erziehungswerkzeuge (Broschüren, praktische Karten, eine Internet-Plattform), um den Ärztinnen und Ärzten bei dieser schwierigen Aufgabe zu helfen.

# HIV und STI sind ungleich verteilt – eine Priorisierung macht Sinn

**Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017.** Zum ersten Mal hat das Nationale Programm nicht nur die Prävention neuer HIV-Infektionen, sondern explizit auch die Prävention anderer Geschlechtskrankheiten (STI) zum Ziel.

Am 1. Dezember 2010, dem Welt-Aids-Tag, hat Bundesrat Didier Burkhalter der Öffentlichkeit das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017 vorgestellt. STI wie Syphilis, Gonorrhoe oder Chlamydien nehmen zu und gelten als Motor für die HIV-Epidemie: Eine STI erhöht die Empfänglichkeit für HIV und steigert die Infektiosität eines HIV-Trägers.

## Ungleiche Verteilung der Erreger in der Bevölkerung – Priorisierung sinnvoll

Vor der Programmentwicklung des NPHS haben internationale Experten (Rosenbrock et al., 2009) im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) das Schweizer System im Hinblick auf HIV-Prävention analysiert und Empfehlungen formuliert. Eine Schlüsselempfehlung lautete, die Anstrengungen dort zu intensivieren, wo das Virus tatsächlich häufiger oder häufiger vorkommt («put the effort where the virus is»). Diese Empfehlung verlangt eine Priorisierung auf verschiedenen Ebenen.

### Priorisierung 1: Zielgruppen

#### Besonders gefährdet sind Männer, die mit Männern Sex haben

Die Zielgruppen wurden unter Berücksichtigung ihrer Gefährdung, sich mit HIV oder einer anderen STI zu infizieren, in verschiedene Interventionsachsen eingeteilt: Die Zielgruppe der Achse 1 ist die Gesamtbevölkerung. Hier konnte dank erfolgreicher Prävention eine HIV-Epidemie verhindert werden. Damit dies weiterhin so bleibt, wird die LOVE-LIFE-Kampagne fortgeführt – diese erreicht alle sexuell aktiven Menschen in der Schweiz und stellt die Basis der Prävention dar.

Die Interventionsachse 2 richtet sich an besonders durch HIV und STI betroffene oder gefährdete Gruppen: Männer, die mit Männern Sex haben (MSM), Sexworker und Sexworkerinnen, Migrantinnen und Migranten aus Ländern mit einer Epidemie in der Gesamtbevölkerung (z.B. Subsahara) sowie injizierend Drogen konsumierende Menschen (IDU). Auch Gefängnisinsassen sind stärker gefährdet, sich mit HIV oder einer anderen STI zu infizieren, als Menschen ausserhalb des Massnahmenvollzugs.

In der Interventionsachse 3 werden die von HIV oder STI Betroffenen und ihre Partner und Partnerinnen angesprochen. HIV und STI sollen möglichst früh erkannt und richtig behandelt werden. Deshalb fördert das BAG die freiwillige Partnerinformation.



### Priorisierung 2: Kantone

#### Kantone Zürich und Genf am stärksten von HIV-Infektionen betroffen

Um eine sinnvolle Priorisierung vornehmen zu können, muss auch berücksichtigt werden, wo Infektionen stattfinden: Über 98% der MSM und über 80% der Heterosexuellen infizieren sich mit HIV in Städten. Besonders betroffen sind die Kantone Zürich, Genf, Waadt, Basel Stadt und Bern. Es macht Sinn, finanzielle Mittel vor allem in diesen Kantonen einzusetzen, wo HIV-Infektionen tatsächlich vorkommen und durch Prävention verhindert werden können.

Ein Drittel aller in der Schweiz diagnostizierten HIV-Infektionen stammt aus dem Kanton Zürich, rund 70% davon betreffen Ansteckungen durch ungeschützten Sex zwischen Männern. Der Grund dafür ist einfach: Zürich hat eine lebendige, aktive Schwulenszene und eine Zentrumsrolle für die umliegenden Kantone und das angrenzende Ausland. Deshalb ist die Prävention von HIV und anderen STI nicht nur für die Stadt selber relevant, sondern für die gesamte Deutschschweiz.

In Genf wiederum leben viele Migrantinnen und Migranten aus Ländern, in de-

nen die Gesamtbevölkerung von einer HIV-Epidemie betroffen ist. Entsprechend meldet Genf viele Diagnosen in dieser Bevölkerungsgruppe. Beide Kantone haben mit Unterstützung des BAG eine externe Evaluation ihres Versorgungssystems in Auftrag gegeben, um ihren spezifischen Herausforderungen noch besser begegnen und Gelder gezielt einsetzen zu können.

#### Projekt «Break the Chain»

Wenn jemand frisch mit HIV infiziert ist, steigt die Viruslast in den ersten Wochen stark an und die betroffene Person ist 20 bis 100 Mal infektiöser als im späteren Krankheitsverlauf – meist ohne von der HIV-Infektion Kenntnis zu haben. Rund die Hälfte der neu diagnostizierten schwulen Männer stecken sich bei einem Mann an, der sich in dieser Phase der Primoinfektion befindet. Damit die Übertragungsketten unterbrochen werden können, sieht «Break the Chain» vor, dass möglichst viele Männer, die Sex mit Männern haben, während eines Monats im Jahr (April) Infektionsrisiken vermeiden und sich danach gemeinsam mit Partnern, mit denen sie auf Safer Sex verzichten wollen, testen lassen. So können Übertragungsketten unterbrochen werden, und weil im April

weniger neue Infektionen stattgefunden haben, nimmt die Viruslast in der Community ab. Damit wird auch das Risiko etwas kleiner, sich bei einzelnen ungeschützten Kontakten mit HIV zu infizieren.

#### Das NPHS bestimmt die Schwerpunkte der Akteure

Das NPHS wurde in einem partizipativen Prozess erarbeitet und gilt heute für die in der HIV- und STI-Prävention arbeitenden Akteure als Grundlage. SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz (SGS) und die Aids-Hilfe Schweiz (AHS) sind zentrale Partner, mit denen das BAG die LOVE-LIFE-Kampagne realisiert. SGS, der Dachverband der Beratungsstellen für Familienplanung, Schwangerschaft, Sexualität und Bildung zur sexuellen Gesundheit, fokussiert seine Anstrengungen nebst der Kampagne auch auf die Gesamtbevölkerung. So ist es für die Arbeit von SGS zentral, dass im NPHS die Förderung der sexuellen Rechte festgeschrieben ist und sexuelle Gesundheit im Sinne der WHO angestrebt wird. Als besonders wichtig erachtet SGS auch die Ausweitung des Programms auf andere Geschlechtskrankheiten. Die AHS fokussiert ihre Arbeit, basierend auf dem NPHS, noch stärker auf die Aufgabe der Prävention bei den besonders gefährdeten Gruppen MSM, MigrantInnen und SexarbeiterInnen und in der Bekämpfung von Diskriminierungen von Menschen mit HIV.

Kontakt: Roger Staub,  
Leiter Sektion Prävention  
und Promotion,  
roger.staub@bag.admin.ch

#### Miniserie Die Nationalen Präventionsprogramme

Was läuft in der Tabak-, der Alkohol-, der Drogen- und der HIV-STI-Prävention, was gibt es von Ernährung und Bewegung zu berichten? «spectra» präsentiert eine Zwischenbilanz der grossen nationalen Präventionsprogramme des Bundesamts für Gesundheit:

##### spectra 88 – September 2011

Nationales Programm Tabak, 2008–2012

##### spectra 89 – November 2011

Nationales Programm Ernährung und Bewegung, 2008–2012

##### spectra 90 – Januar 2012

Nationales Programm Alkohol, 2008–2012

##### spectra 91 – März 2012

Massnahmenpaket Drogen III, 2007–2011

##### spectra 92 – Mai 2012

Nationales Programm HIV und STI, 2011–2017