

Im Zentrum der Qualität
müssen die Bedürfnisse
der Patienten stehen

Das verbindliche Haus-
arztmodell praktiziert
Qualitätsentwicklung

EviPrev: Evidenz &
Qualität in der
ambulanten Medizin

Optimale statt maximale Medizin



ARGO MED.

Bringt Ärzte weiter

Argomed Ärzte AG
Bahnhofstrasse 24
CH-5600 Lenzburg
T +41 56 483 03 33
argomed@argomed.ch
www.argomed.ch

Redaktionelle und
inhaltliche Verantwortung
Dr. med. Gregor Dufner
Dr. med. Corina Omlin
Dr. sc. nat. Claudine Blaser
Bernhard Stricker, lic. phil.
Michelle Stettler

Gestaltungskonzept
Stier Communications AG
www.stier.ch

in guter Partnerschaft



Bayer

medics

mepha



SANDOZ A Novartis
Division

zur Rose

Editorial von Dr. med. Gregor Dufner 03

DEFACTO | Fokus

Qualität in der Medizin: 04
Drei Akteure – drei Meinungen

«Im Zentrum der Qualität müssen die Bedürfnisse 07
der Patienten stehen»

Qualitätslabel «MehrFachArzt» 10

Das verbindliche Hausarztmodell praktiziert 13
Qualitätsentwicklung

«EviPrev»: Evidenz und Qualität in der Hausarztmedizin 14

Neue Qualitätsorganisation im Gesundheitswesen geplant 16

Was bedeutet «Qualität in der Medizin» für Patienten? 17

Serie «Ärzte und ihre Passionen»: 18
Dr. Fabian Unteregger – Arzt und Comedian

DEFACTO | Medizin

Pharyngitis bei Erwachsenen 19

Evidenzbasierte Check-ups EviPrev 20

Demenzabklärung 22

DEFACTO | Argomed

Stark besuchtes zweites Argomed | FORUM: 23
«Schlaue digitale Instrumente für eine
sichere Praxis von heute»

Es lebe die effiziente Überweisung! 25

Kostendämpfung im Gesundheitswesen – 26
mit Hilfe des Hausarztmodells

Argomed unterstützt und fördert die Qualitätsarbeit 26
in der ambulanten Medizin

Medizinstudenten-Höck: Informationsaustausch 27
zur Hausarztmedizin im lockeren Rahmen

Erster 3C-Workshop der Community of Coordinated Care 27



Dr. med. Gregor Dufner

**Liebe Leserinnen
Liebe Leser**

Was ist Qualität in der Medizin? Die Mitgliedschaft in der FMH? Der Facharzttitle? Die permanente Fortbildung? Die optimierte und ständig adaptierte Vernetzung mit Spezialisten? Der HbA1C-Wert beim Diabetiker? Das Blutdruck-Tagesprofil beim Hypertoniker?

Oder ist es die Organisationsstruktur meiner Praxis? Die Dokumentation der Praxisabläufe? Die Zufriedenheit der Patienten? Oder die Fehlerkultur? Ist es das Befolgen der Evidence based Medicine? Oder die ärztliche Kunst, wo es keine Evidenz gibt? Ist Qualität etwa das Eingehen auf die emotionale Dimension des Patienten?

Auch wenn diese Liste nicht abschliessend ist, so ist Qualität wohl die Summe der einzelnen Qualitätsmerkmale. Wir gehen in dieser DEFACTO-Ausgabe auf Spurensuche und versuchen, dieses nicht unbedingt sexy daher kommende Thema aufzugleisen und für Sie attraktiv zu machen.

Dazu gehört das Austauschen bzw. Vergleichen der Argumente von verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen. Das heisst: Wir haben u.a. je einem Vertreter bzw. einer Vertreterin der Hausärzte, der Patienten und der Krankenkassen die gleichen Fragen gestellt. Beurteilen Sie selbst, welche Antworten Sie am meisten überzeugen.

Bei allen Qualitätsbemühungen sollten wir uns immer vor Augen halten, dass wir täglich intensiv auf verschiedenen Ebenen mit unseren Patienten interagieren. Die Arbeit mit und am Patienten ist unser Dreh- und Angelpunkt. Und gerade hier ist wohl jeder Arzt aus eigenem Antrieb darum bemüht, jeden Tag hinzuzulernen.

Dr. med. Gregor Dufner

«Die komplexen Interaktionen mit den Patienten sind kaum messbar»

«QUALITÄT IN DER MEDIZIN»: DREI AKTEURE – DREI MEINUNGEN

Je nach Akteur und Stellung im Gesundheitswesen ist der Blick auf die Qualität in der Medizin unterschiedlich. Die DEFACTO-Redaktion hat drei verschiedenen Fachleuten die gleichen Fragen gestellt. Es sind dies Pius Zängerle (Geschäftsführer curafutura) als Vertreter der Krankenversicherer, Dr. Brida von Castelberg (SPO) als Vertreterin der Patienten und Dr. Gregor Dufner (Argomed) als Vertreter der Hausärzte.



Dipl. lic. oec. Pius Zängerle



Dr. med. Brida von Castelberg



Dr. med. Gregor Dufner

DEFACTO: *Welches sind für Sie die wichtigsten Kriterien, Qualität in der Medizin zu messen?*

von Castelberg: Nur Quantität ist messbar, nicht aber Qualität. Wenn Gesundheit und Krankheit die psychosozialen Gegebenheiten des Menschen berücksichtigen, sind die «unscharfen», erfahrbaren Kriterien in der Betreuung essenziell. Diese sind aber nicht quantifizierbar, also nicht messbar. Von Patientenseite sollte definiert werden, was man sich unter einer qualitativ hochstehenden Medizin wünscht. Es wäre dies eine interessante Wertediskussion. Wichtig wäre eine gute Indikationsqualität zu definieren sowie nicht kurzzeitige, sondern langzeitige Ergebnisse von Therapien zu beurteilen.

Zängerle: Die klassischen Kriterien sind in Anlehnung an Donabedian Indikatoren

zur Struktur-, zur Prozess- und zur Outcome-Qualität. Während heute schon zahlreiche belastbare Indikatoren zur Struktur- und Prozessqualität vorhanden sind, sind die zur Outcome-Qualität noch weniger entwickelt. In der aktuellen Qualitätsdiskussion kommt eine weitere Dimension hinzu, die Indikationsqualität. Auch dazu fehlen verlässliche Indikatoren noch weitgehend. Bei diesen beiden letzten Kategorien zeigt sich, dass neben medizinisch-klinischen Indikatoren wie Infektionsrate oder Rehospitalisationsrate, auch die Qualität der Therapiewahl sowie die Beurteilung der Lebensqualität und der Behandlungsergebnisse nach einer längeren Zeitspanne nach der Behandlung von Bedeutung sind. Diese sogenannten PROMs (Patient Reported Outcome Measures) gehen dabei über die heute gemessene Patientenzufrie-

denheit hinaus und erfordern eine Nachverfolgung der Patienten über einen längeren Zeitraum.

Dufner: Das Vorgehen «lege artis» ist die Grundlage für unser Handeln. Damit wir «lege artis» handeln können, sind bereits andere Qualitätsanforderungen wie zum Beispiel die permanente Weiterbildung selbstverständlich implementiert.

Zusätzliche Qualitätslabels wie zum Beispiel der «MehrFachArzt» der Argomed spornen zur Selbstreflexion und Praxisoptimierung an. All dies ist messbar. Unsere komplexen Interaktionen mit unseren Patienten sind meines Erachtens kaum messbar, jedoch von grosser Bedeutung. Jeden Tag versucht man sich zu verbessern, aus den Erfahrungen von gestern zu lernen.

Welche Instanz sollte Ihrer Meinung nach in der Schweiz verbindlich festlegen, was Qualität in der Medizin ist? (Bundesrat? Parlament? Kantone (GDK)? Ärzte (FMH)? Patienten? Krankenversicherer?)

Zängerle: Grundsätzlich geht es nicht nur um Qualität in der Medizin, sondern in der Gesundheitsversorgung als Ganzes, d.h., es handelt sich um ein interprofessionelles Problem. Von daher kann es nicht Sache des Bundesrates, nicht des Parlamentes oder auch nicht einer eidgenössischen Kommission sein («Top-down»). Qualität entwickelt sich von unten, d.h. durch die «Health Professionals» und ihren Standards, sowie durch ihre Interaktion mit den Patientinnen und Patienten. Die Festlegung, was Qualität ist, muss durch die Tarifpartner («Health Professionals» und ihre Organisationen sowie Krankenversicherer als Bezahler und Vertreter der Versicherten) im Dialog erfolgen.

von Castelberg: Die Öffentlichkeit, d.h. die Steuer- und Prämienzahler, welche die gesamten 80 Milliarden des Gesundheitswesens bezahlen, die dazu aber nichts zu sagen haben, sollten die Qualitätskriterien festlegen. Vielleicht sollte man eine Partei gründen: menschliche Medizin und das System von den Kranken her neu denken.

Dufner: Klar ist: Ohne Ärzte geht dies nicht. Sie müssen den Lead haben. Kritische Rückfragen erlaubt.

Sind Sie der Meinung, dass die Kontrolle der Qualität in der Medizin genügt? Wo besteht allenfalls Handlungsbedarf?

Dufner: Wer kontrolliert schon, ob das eben verordnete CT indiziert war? Solche (wirklich wichtigen) Dinge diskutieren wir in unseren Qualitätszirkeln. Lieber bohrt man mich mit Fragen, wie viel Milliliter Patient XY pro Tag in seine Windeln ergiesst. Es ist das wohl Absurdeste aller von mir erwarteten Atteste. Dringender Handlungsbedarf besteht bei der Medikation: Nach Spitalentlassungen besteht ein schwer-

wiegendes Schnittstellenproblem: Bei Altersheimaufenthalt, Spitexbetreuung und Medi-Abgabe durch Apotheker (im Kanton AG) bestehen nebst unserer Medikationsliste plötzlich vier weitere, möglichst anders gegliederte Listen. Die Abgleichung erfordert enorm viel Zeit, die ja per Tarmed unsinnigerweise auf 30 Minuten pro drei Monate begrenzt wurde. Ärger pur! Trotz aller Vorbehalte: Den «eMediplan» sehne ich mir herbei.

von Castelberg: Wie bereits erwähnt besteht Handlungsbedarf bei der Indikation: Ist ein MRI, ein Psychopharmakon, eine Operation notwendig oder gibt es andere Lösungen? Sowohl eine Risikoabwägung als auch ein klarer Nutzen für den Zustand des Patienten nach der Therapie müssen in die Überlegung involviert werden. Bei der Zulassung von Implantaten hat sich klar gezeigt, dass eine Kontrolle notwendig wäre, und zwar nicht auf privater Basis. Leider muss man sich auch oft bei Zulassung von Medikamenten fragen, ob nicht Interessen fern vom Patientenwohl im Spiel sind.

Zängerle: Es geht nicht primär um Qualitätskontrolle, sondern um Qualitätsentwicklung. Dies ist ein permanenter Prozess. Indikatoren und Standards entwickeln sich laufend und müssen – um Vergleiche zwischen den verschiedenen Leistungserbringern zu erlauben – standardisiert sein. Während im Bereich der stationären Versorgung in der Schweiz mit dem Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) und den verschiedenen medizinischen Registern gewisse Standards bestehen, fehlen diese im Bereich der ambulanten Versorgung noch weitgehend. Einige Lösungsansätze findet man in integrierten Versorgungsmodellen. Diese gilt es weiterzuentwickeln, wissenschaftlich zu evaluieren und in der Breite umzusetzen.

Grundsätzliche (System-) Frage: Sind Sie der Meinung, dass «Qualität in der Medizin» auf dem freien Markt (-Qualitätswettbewerb) oder auf einer

einheitlichen, staatlichen Regulierung (ohne Wettbewerb) basieren soll?

Zängerle: Erfahrungsgemäss entsteht Qualität «Bottom-up», d.h. durch die Interaktion zwischen «Health Professionals», Patienten und Krankenversicherern (als Leistungsfinanzierer). Daraus werden Standards entwickelt, die dann in die Tarifstruktur und in die Tarif- und Leistungsverträge einfließen. In einem wettbewerblichen Gesundheitssystem haben die verschiedenen Akteure ein Interesse an der ständigen Weiterentwicklung. In einem staatlichen System werden Qualitätsstandards «Top-down» vorgegeben. Der Anreiz besteht darin, diese Standards zu erfüllen, und nicht, sie weiter zu entwickeln. In unserem Gesundheitssystem ist daher ein Qualitätswettbewerb sicher vorzuziehen.

Dufner: Unsere Kultur entspricht wohl schon eher dem Qualitätswettbewerb. Von staatlich regulierten Gesundheitssystemen wie Dänemark höre ich aber Erstaunliches. Die Administration sei massiv reduziert. Zeugnisse sind dort offenbar – im Unterschied zu hier – nicht zu Dumping-Preisen zu erhalten. WZW mal umgekehrt.

von Castelberg: Ich bezweifle, dass es einen Qualitätswettbewerb im freien Markt geben kann. Der freie Markt ist gewinnorientiert, etwas, was meiner Meinung nach in einem System von Leiden und Krankheit gar nichts verloren hat. Die Kontrolle sollte staatlich sein, aber klug.

Chronisch kranke Menschen benötigen ausserordentlich viel Zeit (Verordnungen schreiben, Absprachen mit Spitex, Apotheken und Angehörigen, Medikamenten-Listen prüfen, Rezepte schreiben, Kostengutsprachen bearbeiten etc.). Um die Qualität der Behandlung hoch zu halten, reichen aus Sicht der Hausärzte die 6 x 5 Minuten bzw. 12 x 5 Minuten, die im Tarmed pro drei Monate vergütet werden, häufig nicht aus. Wie muss man Ihrer Meinung nach dieser drohenden Qualitätseinbusse begegnen?

Zängerle: Hier gilt es einerseits zu bedenken, dass der aktuelle Tarif rund 20 Jahre alt ist, also aus einer Zeit stammt, in welcher der Anteil an betagten, chronisch kranken und multimorbiden Menschen bedeutend kleiner war als heute. Dieser Tarif wurde auch kaum weiterentwickelt. Hier gilt es endlich einen neuen Tarif zu schaffen. Der Bundesrat hat die Tarifpartner dazu aufgefordert. Es ist schade, dass nicht alle mitmachen. Andererseits muss auch beachtet werden, dass die Digitalisierung im Gesundheitswesen, elektronische Verfügbarkeit von Patientendossiers, Medikations- und Planungssystemen den Koordinationsaufwand entscheidend reduzieren. Dieses Potenzial gilt es zu nutzen.

von Castelberg: Ein System, welches nach Minuten abrechnet, ist ein Hohn für die Heilkunst. Es ist für Leistungserbringer, welchen das Wohl der Patienten ein echtes Anliegen ist, eine Zumutung. Als Arzt muss man entweder vermögend sein, um Leistungen zu erbringen, welche nicht kostendeckend sind, oder, wenn es die Umstände erfordern, schummeln.

Dufner: Es ist ja wohl logisch und im Sinne der Patienten, wenn wir sie behandeln, wie wir das gelernt und weiter verfeinert haben. Der Tarmed ist ein Zeittarif. In diesem Wort ist nicht nur Zeit, sondern auch Tarif enthalten. Und der ist bei entsprechendem Zeitaufwand geschuldet.

Aus Sicht der Hausärzte steigen die administrativen Bedürfnisse seitens der Behörden und Krankenversicherer stark an. Gleichzeitig erleben die Hausärzte eine wahre Explosion der Begehrlichkeiten seitens der Patienten.

Was ist Ihrer Meinung nach zu tun, um die Qualität der Bedürfnisse der Patienten (und Krankenversicherer) zu kanalisieren und das Konsumdenken einzugrenzen?

Dufner: Das Konsumdenken ist ein Abbild unserer Gesellschaft. Seltsamerweise gehören Ärzte zu meinen zurückhaltendsten Patienten. Leider kann man sich mit Hinweisen zum Konsumdenken nicht beliebt machen. Für Politiker ist dieser Kurs also eher ungeeignet, ausser sie sind bereit, etwas gegen den Strom zu schwimmen, oder den Gegenstrom zu ihrem Vorteil zu nutzen. Den Kassen rechne ich es an, dass sie die Patienten auch auf die Kosten hinweisen. Die Patientenorganisation, die ich eher in konsumierender, denn selbstkritischer Haltung wahrnehme, könnte ja durchaus mal vorpreschen und analog «less is more» ein choosing wisely für Patienten kreieren. Ich würde mithelfen.

von Castelberg: Das sind zwei verschiedene Probleme: Der administrative Aufwand steigt unerträglich, weil das Misstrauen aller gegen alle zugenommen hat. Konnte man früher nach Wissen und Gewissen so viel Zeit für einen Patienten aufwenden wie nötig, inkl. Hausbesuch und Kontroll-Telefonat am Abend, muss man heute jede Handlung aufgrund eines Regelwerkes begründen. Das führt zu absurden Rückfragen der Krankenkassen, z.B. warum ein Abführmittel verordnet wurde. Warum wohl?

Die Begehrlichkeit der Patienten steigt einerseits, weil die Prämien steigen und man etwas für sein Geld haben will, andererseits, weil dem Arzt die Zeit fehlt, in Ruhe zu fragen, zuzuhören, zu untersuchen – also gibt man dem Wunsch nach Untersuchungen und

Medikamenten nach, weil es Zeit spart und erst noch lukrativer ist. Eigenverantwortung von Patienten zu stärken ist für mich für die Zukunft ein zentrales Anliegen: Wissen über den Körper, über krankheitsverursachende Faktoren, auch über die Endlichkeit des Lebens und über das Gesundheitswesen generell gehört bereits in den Schulunterricht.

Zängerle: Eine Möglichkeit wäre es, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken, d.h. Gesundheitsbildung in verschiedensten Settings zu fördern. Gesundheitskompetenz ist die Voraussetzung für die Übernahme von Selbstverantwortung. Ein Anreiz für die Übernahme von Selbstverantwortung sind sicher auch die Franchisen. Diese könnten aus der Sicht der Krankenversicherer durchaus höher sein, damit Bagatellfälle nicht mit Prämien bezahlt werden müssen, wobei eine soziale Abfederung für wirtschaftlich Schwächere sichergestellt sein muss.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker
Redaktor DEFACTO

«Im Zentrum der Qualität müssen die Bedürfnisse der Patienten stehen»

INTERVIEW MIT ESTHER KRAFT VON DER SCHWEIZERISCHEN AKADEMIE FÜR QUALITÄT IN DER MEDIZIN (SAQM)



lic.rer.oec. Esther Kraft

DEFACTO: Seit wann ist die Forderung nach «Qualität in der Medizin» im Schweizer Gesundheitswesen ein zentrales Thema geworden? Wer gehört zu den Pionieren?

Esther Kraft: Die Aktivitäten und Massnahmen zur Qualitätssicherung und -entwicklung sind für die Ärzteschaft in der Schweiz seit je selbstverständlicher Bestandteil ihrer täglichen Arbeit, wovon unter anderem die am 6.11.1958 gegründete Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen zeugt. Im Zentrum stehen immer der Patientennutzen und die Verpflichtung der «Health Professionals», wirksame Behandlungsmethoden effizient anzuwenden. Medizin ist eine eigenständige Wissenschaft und Profession. Professionen zeichnen sich aus, dass sie Tätigkeitsbereich und erbrachte Leistungen, Aus- und Weiterbildung sowie Zulassung zur Berufsausübung selbst definieren und zudem über die eigene Tätigkeit forschen. Diese Merkmale treffen auch auf die Medizin zu. Dazu zählt auch die Definition der Qualität. Eine wichtige Grundlage dazu bildet das, Mitte der 1960er-Jahre entwickelte, Qualitätsmodell von Avedis Donabedian mit der Struktur-, Prozess-

und Ergebnisqualität. Die Indikation und die Diagnose werden ebenfalls als Teil der Prozessqualität bezeichnet, aber auch immer wieder als eigenständige Dimensionen der Struktur, Prozess- und Ergebnisqualität vorgelagert. Zwischen Diagnose und Indikation besteht keine klare Hierarchie: Je nach Situation bedingt die Diagnose eine Indikation oder umgekehrt. Nur wenn die richtige Diagnose gestellt wird und die Behandlung tatsächlich angezeigt ist, können Struktur, Prozess- und Ergebnisqualität zuverlässig beurteilt werden.

Welches sind für Sie die wichtigsten Kriterien für Qualität in der Medizin?

Qualitätstransparenz ist die Basis für das interne Qualitätsmanagement. Die SAQM setzt sich für eine hohe Qualität in unserem Gesundheitswesen und einen unverfälschten Qualitätswettbewerb ein. Dies ist jedoch nur möglich, wenn Qualitätsdaten korrekt erhoben und ausgewertet werden. Eine Veröffentlichung von Qualitätsdaten hat den diesbezüglichen Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW zu folgen, wenn nicht in Kauf genommen werden will, dass mehr Schaden als Nutzen angerichtet wird.

Wer definiert und bestimmt, was Qualität in der Medizin ist?

Das zentrale Kriterium für die Beurteilung ärztlicher Qualitätsaktivitäten ist der resultierende Mehrnutzen für Patienten und deren Angehörige. Damit Qualitätsindikatoren tatsächlich medizinische Behandlungsqualität repräsentieren, müssen Definitionen und Operationalisierungen durch die Ärzteschaft gemeinsam mit anderen Stakeholdern erfolgen.

Aussagekräftige Forschung ist für eine qualitativ hochstehende Patientenbehandlung nach neuesten Erkenntnissen unverzichtbar. Darum unterstützt die FMH Forschungsprojekte aus der «Praxis» sowie eine umfassende Versorgungsforschung, die Aussagen über Rahmenbedingungen macht und Versorgungskonzepte entwickelt und evaluiert. Sie setzt sich zudem für die Transparenz der Verflechtungen zwischen Industrie und medizinischer Lehre ein und erachtet Forschung zur Behandlung von seltenen, aber schweren Krankheiten als unverzichtbar.

Wer kontrolliert in der Schweiz die Qualität in der Medizin? (Gibt es gesetzliche Grundlagen? Was geschieht, wenn die Qualität nicht genügt? Gibt es Sanktionsmöglichkeiten?)

Die Qualität ist im ärztlichen Berufsalltag und in der FMH-Standesordnung verankert. Die Standesordnung ist für alle Mitglieder der FMH verbindlich und darüber hinaus als Verhaltenskodex der Schweizerischen Ärzteschaft für alle Ärzte und Ärztinnen von Bedeutung. Im Zweckartikel (Art. 1) ist die Sicherstellung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit prominent genannt. In Artikel 3 der Standesordnung der FMH wird die Qualitätssicherung ebenfalls erwähnt.

Des Weiteren ist die medizinische Qualität auch im Krankenversicherungsgesetz geregelt (Art. 58 und 59 KVG und Art. 77 KVV). Aktuell ist der Gesetzgebungsprozess zu Qualität und Wirtschaftlichkeit (Art. 58) im Gange. Die FMH befürwortet die Revision von Art. 58 KVG zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit und die damit verbundene Zielsetzung zur Qualitätsentwicklung im

Gesundheitswesen. Bei der Qualität der medizinischen Patientenversorgung klare Verbindlichkeiten zu erreichen und die Patientenorganisationen miteinzubeziehen, ist der FMH ein zentrales Anliegen.

Der Begriff «Qualität in der Medizin» wird heute inflationär gebraucht, zum Beispiel in der Werbung. Was hat die SAQM für Möglichkeiten, den Begriff vor missbräuchlicher Verwendung zu schützen?

Im Zentrum müssen stets die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten stehen. Die FMH/SAQM unterstützt daher eine zielgruppenspezifische Transparenz. Nicht alle Qualitätsdaten sind für die verschiedenen Anspruchsgruppen gleich interpretierbar und nützlich. Es eignen

sich somit nicht alle Qualitätsdaten für die breite Veröffentlichung. Unvollständige, inkorrekte oder inkorrekt analysierte bzw. publizierte medizinische Qualitätsdaten verzerren die Realität und verhindern, dass die Ärzteschaft und die Spitäler die gute Qualität ihrer Leistungen aufzeigen können. Solche Fehlanreize führen unweigerlich zu fatalen Fehlentwicklungen, was sich qualitätsmindernd auswirkt. Nicht zuletzt wird so auch die Öffentlichkeit getäuscht und ihr Vertrauen in das Gesundheitssystem in ungerechtfertigter Art und Weise geschwächt. Eine positive Wirkung durch richtige Anreize kann nur durch die Veröffentlichung von vollständigen, korrekten und für die Empfänger verständlichen Qualitätsdaten erreicht werden.

Wo steht die Schweiz bezüglich Qualität in der Medizin im internationalen Vergleich?

Die Qualität der Leistungen des schweizerischen Gesundheitswesens ist – verglichen mit denjenigen anderer OECD-Staaten – unbestritten hoch. Hierzu verweisen wir gerne auf die öffentlichen Studien der OECD.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker
Redaktor DEFACTO

Esther Kraft, lic.rer.oec., ist Leiterin der Abteilung Daten, Demografie und Qualität in der FMH und Mitglied des Steuerungsausschusses SAQM.

Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin (SAQM)

Die FMH hat 2012 die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin (SAQM) mit dem Ziel gegründet, alle Qualitätsaktivitäten aus der Sicht der Ärzteschaft zu vernetzen und zu koordinieren und damit Doppelspurigkeiten zu vermeiden sowie Synergien zu nutzen. Die SAQM engagiert sich für eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung. Das heisst insbesondere:

- Sie fördert alle Aspekte der medizinischen Qualitätsarbeit mit Nutzen für Patienten, Angehörige und Ärzte.
- Sie unterstützt die Entwicklung einer Qualitätskultur und setzt sich für einen hohen Standard von Qualitätsprojekten sowie bei der Erhebung, Auswertung und Interpretation von Qualitätsdaten ein.
- Sie engagiert sich für den Zusammenhalt der Ärzteschaft beim Thema Qualität und unterstützt die Vernetzung von Qualitätsaktivitäten der verschiedenen Fachgesellschaften.

Die SAQM hat als weitere Instrumente für die Qualitätsförderung die «Qualitäts-Charta» geschaffen und den Qualitätspreis «Innovation qualité» ins Leben gerufen.

Die «Qualitäts-Charta» hält Grundsätze für Qualität in der Medizin schriftlich fest und richtet sich an Ärzteorganisationen. Sie wurde 2016 durch die in der Ärztekammer vertretenen Organisationen verabschiedet und inzwischen von 71 Ärzteorganisationen unterzeichnet.

Der Preis der Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin («Innovation qualité») zeichnet praxiserprobte Qualitätsprojekte des Schweizer Gesundheitswesens aus. 2017 haben sich 37 Projektteams für die «Innovation qualité» beworben. Der «Innovation qualité» 2020 wird im Sommer 2019 erneut ausgeschrieben.



SEIT 25 JAHREN ZUVERLÄSSIGER
PARTNER FÜR ARZT UND PATIENT.
Sprechen Sie mit uns über integrierte
Medikamentenversorgung.

Zur Rose Suisse AG | T +41 52 724 00 20 | info@zurrose.ch | zurrose.ch

zur Rose

Mepha-Generika



www.mepha.ch

Fragen Sie nach Mepha-Generika

Die mit dem Regenbogen

mepha 

Qualitätslabel «MehrFachArzt» – Zertifikat für Qualitätsstandards in der Hausarztmedizin

Das schweizweit anerkannte Qualitätslabel «MehrFachArzt» wird dieses Jahr zehn Jahre alt. Der «MehrFachArzt» wurde von Hausärzten unter der Federführung der Argomed entwickelt, um Qualitätsarbeit in der Hausarztpraxis sicht- und messbar zu machen – nach von Hausärzten definierten Kriterien. Diesem Grundsatz ist der «MehrFachArzt» auch heute verpflichtet.

Die Hausarztmedizin hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Der Hausarztberuf hat zwar für junge Ärztinnen und Ärzte wieder an Attraktivität gewonnen, doch es droht nach wie vor ein Hausarztmangel, gerade in ländlichen Gebieten – auch mit Auswirkungen auf die Qualität.

Was geblieben ist, ist die politische Diskussion um die Qualität in der medizinischen (Grund-) Versorgung. Ein Beispiel ist die Zustimmung beider nationaler Parlamentskammern zum neuen Qualitätsgesetz.

Für uns sind diese Veränderungen Anlass, das Qualitätslabel «MehrFachArzt» genauer unter die Lupe zu nehmen und den veränderten Bedürfnissen Rechnung zu tragen. Seit Herbst 2018 arbeitet ein Team aus Ärzten und Medizinischen Praxis koordinatoren gemeinsam mit der Argomed an der Überarbeitung der Qualitätsindikatoren und Prozesse des Labels «MehrFachArzt». Unterstützt werden sie dabei vom Kooperationspartner «Medics Labor» im Bereich des Labors und der Präanalytik.

Die Ziele der Überarbeitung

Gerade in der Hausarztpraxis ist heute die Zeit das wertvollste Gut. Das überarbeitete «MehrFachArzt»-Qualitätslabel fokussiert stärker als bisher auf die Organisation und die Prozesse in der Praxis und soll im Arbeitsalltag einen wiederkehrenden Nutzen stiften.

Die Überarbeitung setzt an drei zentralen Punkten an:

1. Definition von Qualität und Qualitätsprozessen in der Praxis – neu in elf Indikatorenbereichen
2. Qualitätsarbeit in der Praxis messbar und transparent machen – eine Standortbestimmung für die Praxis
3. Unterstützung für die Praxen anbieten – mit Beratungs- und Coaching-Leistungen

Die elf Indikatoren – das Herzstück

Bisher bildeten 18 Indikatoren das Grundgerüst des «MehrFachArztes». In der Überarbeitung werden diese Indikatoren in neu noch elf Themenbereichen zusammengefasst, aufgeteilt in die zwei Bereiche:

- Ärztliche Leistungen und Angebot
- Betriebsorganisation und Prozesse

Diese Bündelung macht die Qualitätsindikatoren verständlicher und transparenter und hilft auch den Anwendern in der Schärfung ihrer Prozesse.

Innerhalb der Themenbereiche werden die einzelnen Kriterien präziser umschrieben als bisher. Wurde bisher z.B. im Bereich Labor lediglich abgefragt, ob ein Praxislabor vorhanden ist, gibt es neu eine Liste mit Mindestkriterien und zusätzlichen Empfehlungen.

Qualität messen, bewerten und vergleichen – die Standortbestimmung in der Hausarztpraxis

Die Qualitätsindikatoren werden neu mit einem Bewertungsraster ergänzt. Pro Indikator werden Minimalanforderungen definiert, die zum Erfüllen erreicht werden müssen. Darüber hinaus werden weitere Angebote, Leistungen und Qualitätsarbeiten der Praxis in einem Punktesystem bewertet.

Die Ergebnisse aus der Selbstdeklaration und dem Audit fliessen in einen neu gestalteten Qualitätsbericht. Jede Praxis kann so in einer Selbstevaluation sehen, wo sie bei den einzelnen Themen zwischen der Minimalanforderung und der Idealvorstellung (100% der Punkte) steht. So werden der Organisationsgrad und die Qualität bereits innerhalb einer Praxis messbar.

Zusätzlich wird als Vergleich der Durchschnitt aller «MehrFachÄrzte» aufgezeigt – ein Benchmarking wird so möglich – auch auf Stufe Ärztenetzwerk.

Beurteilungssystem mit Skalenbewertung



Beurteilungssystem mit Skalenbewertung

Praxisgerechte Prozesse und Unterstützung

Die MehrFachArzt-Praxen sollen mehr Unterstützung für die Umsetzung des Qualitätslabels erhalten. Für Neueinsteiger wird ein Beratungsgespräch eingeführt mit einer ersten Standortanalyse. Im Zertifizierungs- und Rezertifizierungsprozess sollen alle Praxen ein Beratungs- und Unterstützungsangebot zu den Themenbereichen des MehrFachArztes nutzen können. Argomed arbeitet in diesem Bereich mit erfahrenen Partnern zusammen.

Neu strukturiert und überarbeitet wird auch das Praxishandbuch. Es sind zwei neue Bände geplant: ein medizinischer Teil und ein Teil für die Betriebsorganisation.

Start im Sommer 2019

Es ist vorgesehen, das überarbeitete Qualitätslabel Mitte dieses Jahres für neu anstehende Zertifizierungen freizugeben. Im Vorfeld werden die überarbeiteten Prozesse und Kriterien in ersten Pilotpraxen getestet. Die Einführung der Neuerungen soll dann im regulären Rezertifizierungszyklus über die nächsten drei Jahre erfolgen.

Roger Tschumi

Argomed, Leiter Entwicklungsprojekte

Weitere Infos

Sie wollen Qualitätsarbeit konkret umsetzen und weiterentwickeln? Sie lassen sich gerne zur Selbstreflexion und Praxisoptimierung anspornen? Dann ist das Qualitätslabel «MehrFachArzt» genau richtig für Sie. Informieren Sie sich auf der Webseite www.mehrfacharzt.ch oder direkt bei Michelle Stettler (michelle.stettler@argomed.ch) oder Roger Tschumi (roger.tschumi@argomed.ch).

Qualität bleibt Qualität. Genau, das sind wir.

Das medizinisch-diagnostische
Labor an der Südbahnhofstrasse 14c
in Bern.



www.medics.ch

professionell
und persönlich



Geht es dir
wieder besser?

Mir geht's
SANDOZ

Gut für Sie. Gut für alle. Generika von Sandoz.



Sandoz – seit 1886 fest in Schweizer Händen

**Was gibt es Schöneres, als einen Beitrag
zur Gesundheit unserer Patienten leisten
zu können.**

„Mir geht's Sandoz“, das sagen bei uns in der Schweiz immer mehr Menschen,
denn Generika haben in den letzten Jahren deutlich an Akzeptanz gewonnen.

Aus guten Gründen: Generika haben die gleiche Wirkung wie die entsprechenden Originale. Sie beinhalten dieselben Wirkstoffe und müssen ebenfalls von der Schweizer Zulassungsbehörde Swissmedic zugelassen werden. Generika entsprechen denselben hohen Qualitätsanforderungen wie Originale. Und das zu tieferen Kosten – was gut für die Patienten, aber auch für das gesamte Gesundheitssystem ist.

Fragen Sie in Ihrer Apotheke nach Sandoz-Generika – wir beraten Sie gerne.

SANDOZ A Novartis
Division

Sandoz Pharmaceuticals AG, Suurstoffi 14, 6343 Rotkreuz | Stand: 09/2018

Das verbindliche Hausarztmodell praktiziert Qualitätsentwicklung

Dem verbindlichen Hausarztmodell liegt eine engagierte und hausärztlich koordinierte Versorgung zugrunde. Die Akteure – Arzt, Patient und Krankenversicherung – entscheiden sich freiwillig für eine vertraglich geregelte Zusammenarbeit. Nur so gelingt es, die Patientinnen und Patienten im gesamten Behandlungspfad zu unterstützen und gleichzeitig eine qualitativ hochstehende sowie kosteneffiziente Medizin zu gewährleisten.

Die Versicherten (resp. Patienten) wählen im Hausarztmodell den Hausarzt oder die Hausärztin ihres Vertrauens, der oder die sie in allen gesundheitlichen Fragen begleitet, berät, bei Bedarf an einen Spezialisten oder ins Spital überweist und somit den gesamten Behandlungspfad koordiniert. Diese Koordination ist insbesondere bei chronisch kranken Patienten, welche häufig verschiedene Arztbesuche wahrnehmen müssen, eine sehr wichtige und unabdingbare Aufgabe, und eine medizinisch anspruchsvolle Leistung.

Die Ärztin oder der Arzt ist Mitglied eines Ärztenetzes und muss entsprechende Voraussetzungen und verbindliche Richtlinien erfüllen. Sie oder er setzt sich für eine gut koordinierte Versorgung ein und engagiert sich in regelmässigen regionalen Qualitätszirkeln für die gemeinsame Qualitätsentwicklung im Ärztenetz.

Die mit den Krankenversicherern vereinbarten Verträge zum Hausarztmodell definieren verbindliche und für die Patientensteuerung nötige Prozesse und Qualitätsarbeiten, sodass neben der Qualitätsentwicklung auch Kosteneffizienz erzielt werden kann. Der nachgewiesene Effizienzgewinn wird von den Krankenversicherern in Form von Prämienrabatt mehrheitlich an die Versicherten weitergegeben sowie als Entschädigung an die Ärzteschaft für den zusätzlich zu leistenden Steuerungsaufwand.

Die stetige Weiterbildung und das gemeinsame Lernen der Ärzteschaft kommen direkt den Patientinnen und Patienten zugute. So können unnötige oder gar schädigende Konsultationen, Eingriffe oder Medikationsverschreibungen vermieden und die Behandlungsqualität gesteigert werden. Durch die bewusste Reduktion von unnötigen ambulanten oder stationären Aufenthalten können die Kosten beträchtlich gesenkt werden. In diesem Sinne wird im Rahmen des Hausarztmodells eine optimale, und nicht eine maximale, Medizin praktiziert.

In Zeiten von Hausärztemangel und rückläufigen Praxiszahlen wird der Zugang zu einem Hausarzt oder einer Hausärztin für die Versicherten immer mehr zu einem Privileg. Eine Chance für die Hausarztmedizin von morgen und ein Aufruf an die Patientinnen und Patienten, ganz nach dem Motto: «Gut, einen eigenen Hausarzt zu haben und dabei erst noch Prämien sparen.»

Dr. sc. nat. Claudine Blaser
Argomed, Geschäftsführerin

Achtung Listenmodell

Im Listenmodell verzichten Versicherte ebenfalls auf die freie Arztwahl und wählen einen Hausarzt. Dies erfolgt jedoch ohne vertragliche Zusammenarbeit zwischen Krankenversicherung und Ärzteschaft. Damit profitiert dieses Modell von der Steuerung und den Qualitätsbemühungen der Hausärzteschaft, ohne jeglichen Beitrag an Effizienz und Qualität zu leisten.

«EviPrev»: Evidenz und Qualität in der Hausarztmedizin

Das Programm EviPrev («Evidence based preventive medicine») unterstützt die Hausärzte bei der konkreten Umsetzung evidenzbasierter Medizin.

«Als Hausärzte und Hausärztinnen können wir unsere ganze Arbeitszeit damit verbringen, mit unseren Patienten über präventive Massnahmen zu sprechen und ihnen entsprechende Vorschläge zu unterbreiten. Und manch einem von uns Hausärzten fällt es nach wie vor schwer, am Abend mit einem guten Gefühl von der Arbeit zurückzukommen und sicher zu sein, dass wir unsere Arbeit gut gemacht haben. Denn ohne Leitlinien bezüglich der wichtigsten Präventionselemente in der Hausarztpraxis haben wir das Gefühl, dass wir unsere Patientinnen und Patienten nicht gut betreut haben. Deshalb liegt mir die Arbeit für EviPrev am Herzen. Es ist ein Projekt, das von Hausärzten für Hausärzte entwickelt worden ist mit dem Ziel, die Qualität in der hausärztlichen Präventionsarbeit zu erleichtern», sagt Prof. Dr. med. Reto Auer, Leiter Forschung am Institut für Hausarztmedizin an der Universität Bern.

Der Hintergrund

Heute leiden in der Schweiz 2,2 Millionen Menschen oder ein Viertel der Gesamtbevölkerung an einer oder mehreren chronischen Krankheiten, die 80% der Gesundheitsausgaben verursachen. Ein Grossteil dieser Erkrankungen und der damit verbundenen Kosten wäre durch frühzeitige präventive Interventionen und Anpassungen des Lebensstils vermeidbar. Studien zeigen, dass präventive und gesundheitsfördernde Interventionen auf Ebene der Hausarztpraxen besonders wirksam sind. Doch es fehlt(e) den Schweizer Hausärzten bisher weitgehend an entsprechenden Instrumenten.

Vor diesem Hintergrund ist EviPrev («Evidence based preventive medicine») entstanden. Es ist ein auf den aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen basierendes Programm zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in der Hausarztpraxis, das den Ärzten in der Hausarztpraxis sowie deren Patienten Informationsmaterialien und Hilfsmittel zur Verfügung stellt.

Die Instrumente

Bis heute sind folgende Instrumente entwickelt worden (oder befinden sich in der Planungsphase):

- **EviPrev-Präventionsempfehlungen:** Diese enthalten eine Übersicht über die aktuell empfohlenen medizinischen präventiven und gesundheitsfördernden Massnahmen und geben an, wann und bei wem diese aufgrund der wissenschaftlichen Evidenz indiziert sind.
- **EviPrev-IT:** Um die praktische Anwendung von EviPrev zu vereinfachen und zu systematisieren, werden die Empfehlungen in einem Computer-Programm verarbeitet, welches in die Praxis-Software von Hausarztpraxen integriert werden kann. Dadurch werden Präventionsplanung und -dokumentation vereinfacht und systematisiert.
- **EviPrev-pharmacy:** In Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Apothekerverband sollen die EviPrev-Empfehlungen für eine evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung in Apotheken übernommen und

angepasst werden. Aufbauend hierauf wird ein Instrumentarium für die Umsetzung entwickelt und getestet. Die Arbeitsteilung und der Informationsaustausch zwischen Apotheken und Ärzteschaft werden gemeinsam geklärt.

- **EviPrev-App:** Für die Planung der persönlichen Prävention für Menschen zwischen 18 und 75 Jahren ist eine App geplant. Dank der Eingabe von Information zur Familiengeschichte, zum persönlichen Verhalten und zu ausgewählten Gesundheitsindikatoren berechnet die App die zu jedem Zeitpunkt angemessenen präventiven Massnahmen und macht eine Meldung, wenn eine Massnahme oder Untersuchung fällig wird.
- **Entscheidungshilfen:** Diese enthalten Angaben zum Nutzen und möglichen Nachteilen von medizinischen Früherkennungsuntersuchungen. Diese Informationen unterstützen die Patienten beim Entscheid über die durchzuführende Prävention und fördern die aktive Beteiligung und Eigenverantwortung der Patienten im Sinne einer verbesserten Gesundheitskompetenz. Für verschiedene von EviPrev empfohlene Untersuchungen liegen erste, unter aktivem Einbezug der Zielgruppen entwickelte Entscheidungshilfen vor.
- **EviPrev-Webseiten:** Zur Unterstützung von Fachleuten und der Bevölkerung im Umgang mit der evidenzbasierten Prävention und Gesundheitsförderung



sind zwei nationale Webseiten geplant. Eine davon baut auf der Webseite für Fachleute der Policlinique médicale universitaire von Lausanne auf. Eine zweite Webseite «Pro Salute» ist für die Bevölkerung geplant. Sie vermittelt leicht verständliche Informationen und Entscheidungshilfen zu den empfohlenen präventiven und gesundheitsförderlichen Massnahmen.

- **Schulungen:** Für Fachleute sind Fortbildungen geplant, sowohl für die Hausarztpraxen als auch für die Mitarbeitenden von Apotheken. Inhalte sind die Gesundheitsförderung und Prävention allgemein und die Verwendung der EviPrev-Tools.

Praxistauglichkeit

Wie praxistauglich und wie nützlich sind diese (zum Teil geplanten) Instrumente für die tägliche Arbeit eines Hausarztes?

Prof. Dr. Reto Auer, der selbst praktizierender Hausarzt ist, meint dazu: «Viele gut durchgeführte Studien haben bewiesen, dass es sich lohnt, bei jedem Patienten und jeder Patientin Daten zu erfassen, zum Beispiel beim Thema Rauchen, wo es zwischen Rauchern und Nichtrauchern zu unterscheiden gilt. Bei den Rauchern zum Beispiel reicht eine kurze Ankündigung, bzw. ein Angebot, dass wir sie bei einem Rauchstopp-Versuch begleiten könnten. Hingegen gibt es keine Studie, die nachgewiesen hat, dass die Verordnung eines EKG bei Patienten ohne Symptome für Koronarkrankheit deren Lebensqualität verbessert. Dasselbe gilt auch für das Thema

körperliche Aktivität. Auch hier lohnt es sich nur bei denjenigen Patienten das Thema anzusprechen, die ein Risiko für Herzkrankheiten haben. Bei den anderen sollten wir unsere beschränkten Ressourcen woanders einsetzen.

Meiner Meinung nach gehört es auch nicht zu unseren Aufgaben als Hausärzte, jeden einzelnen Patienten für eine Darmkrebsfrüherkennung zu überzeugen, hingegen ist es unsere Aufgabe, jedem Patienten ab 50 systematisch einen Test vorzuschlagen, sei es mit Koloskopie oder mit okkultem Blut im Stuhl. Dabei sollen die Präferenzen und Werte von Patienten eruiert werden, damit gemeinsam mit dem Arzt oder der Ärztin eine Entscheidung getroffen werden kann. Ein paar Patienten wollen das trotzdem nicht, was wir als Ärzte und Ärztinnen respektieren müssen.»

Träger

An der Entwicklung und Realisierung von EviPrev beteiligen sich Vertreterinnen und Vertreter medizinischer Institute der Universitäten Lausanne, Zürich, Bern und Basel, des Schweizerischen Tropen und Public Health Instituts Basel sowie verschiedene Fachleute aus dem Bereich der öffentlichen Gesundheit. Zu den Trägerorganisationen zählen ausserdem die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) sowie das Kollegium für Hausarztmedizin (KHM). Die FMH hat das Patronat von EviPrev übernommen.

Bernhard Stricker
Redaktor DEFACTO

Evidenzbasierte Medizin

Evidenzbasierte Medizin (EBM, von englisch evidence-based medicine (EBM) ist eine jüngere Entwicklungsrichtung in der Medizin, die ausdrücklich die Forderung erhebt, dass bei einer medizinischen Behandlung patientenorientierte Entscheidungen nach Möglichkeit auf der Grundlage von empirisch nachgewiesener Wirksamkeit getroffen werden sollen.

Im deutschen Sprachraum wurde das Konzept EBM erstmals 1995 publiziert, wobei die Übersetzung ins Deutsche anfangs missverständlich war: Während evidence im Englischen die Bedeutungen «Beweis», «Beleg», «Hinweis» oder «Zeugenaussage» hat, ist die Bedeutung von Evidenz im Deutschen Offensichtlichkeit (die keines Beweises bedarf) (englisch: obviousness). Deshalb wurde vorgeschlagen, im Deutschen die Bezeichnung nachweisorientierte Medizin zu verwenden, was sich jedoch nicht durchgesetzt hat. (Quelle: Wikipedia)

Link zur EviPrev-Webseite:

<http://www.public-health-services.ch/index-de.php?frameset=122>

Neue Qualitätsorganisation im Gesundheitswesen geplant

Eine neue eidgenössische Kommission soll die Qualität im Gesundheitswesen fördern mit dem Ziel, Spitäler und Ärzte zu unterstützen, ihre Behandlungsprozesse zu verbessern, um Fehler zu vermeiden und die Patientensicherheit zu fördern.

Nach dem Nationalrat hat sich nun auch der Ständerat in der Frühlingssession 2019 grundsätzlich für eine solche Qualitätsorganisation ausgesprochen. Den Vorschlag seiner vorberatenden Kommission, anstelle einer eidgenössischen Qualitätskommission eine privatrechtliche Organisation vorzusehen, lehnte er aber mit 24 zu 18 Stimmen ab. Nach dem Willen der Kommission sollten die Kantone gemeinsam mit den Verbänden der Leistungserbringer und der Krankenversicherer die Organisation gründen und dafür sorgen, dass die Versicherten sowie Fachleute angemessen vertreten sind. Der Bundesrat sollte nur

dann einschreiten, wenn keine solche Organisation gegründet würde.

Stattdessen folgte der Ständerat nun aber der Kommissionsminderheit, deren Konzept im Wesentlichen jenem des Nationalrates entspricht. Demnach soll der Bundesrat eine eidgenössische Qualitätskommission einsetzen und deren Mitglieder ernennen. Er muss dabei für eine angemessene Vertretung der Kantone, der Leistungserbringer, der Krankenversicherer, der Versicherten sowie von Fachleuten sorgen. Gemäss der Version des Ständerates sollen auch die Patientenorganisationen vertreten sein.

Die Kosten der neuen Organisation sollen sich nach dem Willen des Ständerates Bund, Kantone und Krankenversicherer teilen. Der Nationalrat hatte sich dafür ausgesprochen, dass Bund und Kantone die Kosten je zur Hälfte tragen.

In der Gesamtabstimmung hiess der Ständerat die Änderungen des Krankenversicherungsgesetzes mit 37 zu 1 Stimmen bei 4 Enthaltungen gut. Die Vorlage geht mit kleineren Differenzen zurück an den Nationalrat.

Bernhard Stricker
Redaktor DEFACTO

Ihre Meinung zählt: Wie soll sich Argomed aus Ihrer Sicht positionieren?

Für die Argomed-Ärzte ist Qualität in der Medizin eine Selbstverständlichkeit und oberste Leitlinie ihrer täglichen Arbeit in der Praxis. Qualitätszirkel gehören ebenso zu ihrem beruflichen Alltag wie das von Argomed geschaffene Qualitätslabel «Mehr-FachArzt». Als grösste Managed Care-Organisation der Schweiz hat sich Argomed seit ihrer Gründung der Qualität verschrieben – immer nach dem Motto «optimale statt maximale Medizin»!

Umso interessierter verfolgt Argomed die Gründung der neuen Qualitätsorganisation auf eidgenössischer Ebene (siehe Artikel oben). Da die neue Organisation noch nicht abschliessend definiert (bzw. das neue Gesetz noch nicht verabschiedet) ist, weil es noch Differenzen zwischen den beiden Räten gibt, sind die konkreten Auswirkungen auf die Managed Care-Belange zum Zeitpunkt des Drucks des vorliegenden DEFACTO noch nicht umfassend abzuschätzen. Argomed wird sich im Sinne von Managed Care in die Entwicklungen einbringen.

Gleichwohl möchte die DEFACTO-Redaktion von den Argomed-Mitgliedern bereits heute wissen, wie sie grundsätzlich eine solche Qualitätsorganisation einordnen und eine Diskussion im Sinne eines Meinungsbildungsprozesses eröffnen.

Senden Sie Ihre persönliche Meinung an: argomed@argomed.ch.

Was bedeutet «Qualität in der Medizin» für Patientinnen und Patienten?

Qualität ist nicht nur für Ärzte, MPA und Pflegende eine zentrale Leitlinie ihrer Tätigkeit, sondern auch ein wichtiger Begriff für Patientinnen und Patienten. Die DEFACTO-Redaktion hat sieben Patienten gefragt, was sie unter Qualität in der Medizin verstehen. Nachfolgend deren Original-Statements.



«Qualität bedeutet, jederzeit Zugang zu medizinischer Betreuung und Medikamenten zu haben. Es gibt mir Sicherheit, ohne Angst zu leben. Somit auch Lebensqualität.»
DORIS, 1965

«Für mich bedeutet Qualität in der Medizin, gut ausgebildetes Personal, welches erprobte und sichere Methoden wie Behandlungen, Medikamente etc., falls überhaupt notwendig, anwendet.»
ANDREAS, 1992

«Qualität bedeutet mir sehr viel. Für mich ist Qualität auch ein gutes Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Vertrauen in der Medizin ist unbezahlbar.»
WILLI, 1957

«Eine gut funktionierende Gesundheitsversorgung. Ein Arzt, der sich die Zeit nimmt, zuzuhören. Ausreichende und zweckmässige medizinische Versorgung.»
CAROL, 1963

«Ernst genommen werden. Klare, unkomplizierte Kommunikation. Möglichst keine unnötigen Untersuchungen.»
MONIKA, 1971

«Qualität in der Medizin ist einfach, den Patienten ernst zu nehmen und ihm zuzuhören.»
HEINZ, 1949

«Medizin soll einen Beitrag zur Erhaltung oder Verbesserung meiner Lebensqualität leisten. Bezüglich Qualität der Medizin steht für mich an erster Stelle die Anlaufstelle Hausarzt. Er kennt mich als Mensch und meine «Krankengeschichte» seit längerer Zeit. Von ihm erwarte ich nebst seiner breiten fachlichen Kompetenz ein gutes Netzwerk, um mir im Bedarfsfall Zugang zu entsprechend spezialisiertem, kompetenten medizinischen Fachpersonal, Infrastrukturen z.B. Spitäler sowie Medikamenten zu ermöglichen. Vertrauen und Menschlichkeit und ein «gesundes» Abwägen der geeigneten Massnahmen und allfälligen Eingriffen gehören dazu.»
URS, 1951

Dr. Fabian Unteregger – Arzt und Comedian

Die Redaktion von DEFACTO lanciert eine neue Rubrik mit dem Titel «Ärzte und ihre Passionen», in der Ärztinnen und Ärzte von einer anderen (als der beruflichen) Seite dargestellt werden. Wir beginnen mit Dr. Fabian Unteregger, der derzeit vor allem als Comedian unterwegs ist und am Unispital Basel Grundlagenforschung auf der menschlichen Stimme macht.



Dr. med. Fabian Unteregger

DEFACTO: Was motivierte Sie, Medizin zu studieren?

Als ich als Primarschüler von der Mauer fiel und meine rechte Speiche gebrochen hab. Im Spital haben sie mich wunderbar geröntgt, gerichtet und gegipst. Als ich ebenfalls als Primarschüler einen Dreizack-Fischerhaken im Fuss hatte. Er wurde im selben Spital unter Lokalanästhesie herausgeschnitten. Wieder wunderbar das Problem gelöst. Als ich als Kantonsschüler beim Basketballspielen das Nasenbein gebrochen habe und man mich im Spital wieder erstklassig versorgt hat. Mich hat danach die Faszination nicht mehr losgelassen was wohl passiert, dass die in diesem Spital jedes Problem lösen können. Ich wollte dahinter sehen.

Sie sind heute Arzt und Comedian: Welchen der beiden Berufe werden Sie in Zukunft priorisieren?

Als Comedian auf der Bühne erreiche ich mit medizinischen Inhalten deutlich mehr Leute. Mit der SRF-Sendung «Ärzte

vs. Internet» können wir die Zuschauer für Krankheitsbilder sensibilisieren und vielleicht die eine oder andere frühe Diagnose erwirken. Mit Swiss Healthcare Start-ups versuchen wir wiederum, die Innovation im Schweizer Gesundheitswesen massiv zu beschleunigen. Aber klar, auch die praktische Tätigkeit am Patienten macht mir grosse Freude. Ich glaube, der Lauf der Zeit wird Ihre Frage beantworten.

Was haben Comedy und Medizin gemeinsam?

Bei Comedy und Medizin schaut man der Realität ins Auge und versucht zu erkennen, was schief läuft. In der Comedy bringt man es dann mit einer Pointe auf den Punkt. In der Medizin mit einer Diagnose. Comedy und Medizin haben beide zum Ziel, dass es uns besser geht.

In der Schweiz droht nach wie vor ein Hausarztmangel. Viele in Pension gehende Hausärzte finden keine Nachfolger. Wie könnte man Ihrer Meinung nach den Beruf des Hausarztes für junge Mediziner attraktiver machen?

Da gibt's mehrere Ansätze: Aufwertung der Taxipunkte für das ärztliche Gespräch, Ausbildungsangebot in Unternehmertum ausweisen, damit junge Ärztinnen und Ärzte sehen, wie sich eine Gruppenpraxis gründen lässt und Förderung von Teilzeit-Jobs.

Wie erleben Sie das Image der Ärzte in der Öffentlichkeit? Was ist Ihrer Meinung nach vom Bild der «Götter in Weiss» geblieben?

Man glaubt immer noch, dass man als Ärztin und Arzt die meiste Zeit mit dem Patienten verbringt. In der Inneren Medizin sitzt ein Arzt aber acht von zehn Stunden am Computer. Würde man das Studium entsprechend anpassen, dann sässe man während acht von zehn Vorlesungen am Computer. Vom Bild der Halbgötter in Weiss ist nicht mehr viel geblieben. Dennoch glaube ich, denken Herr und Frau Schweizer immer noch, dass Ärzte immer noch sehr gut verdienen.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker
Redaktor DEFACTO

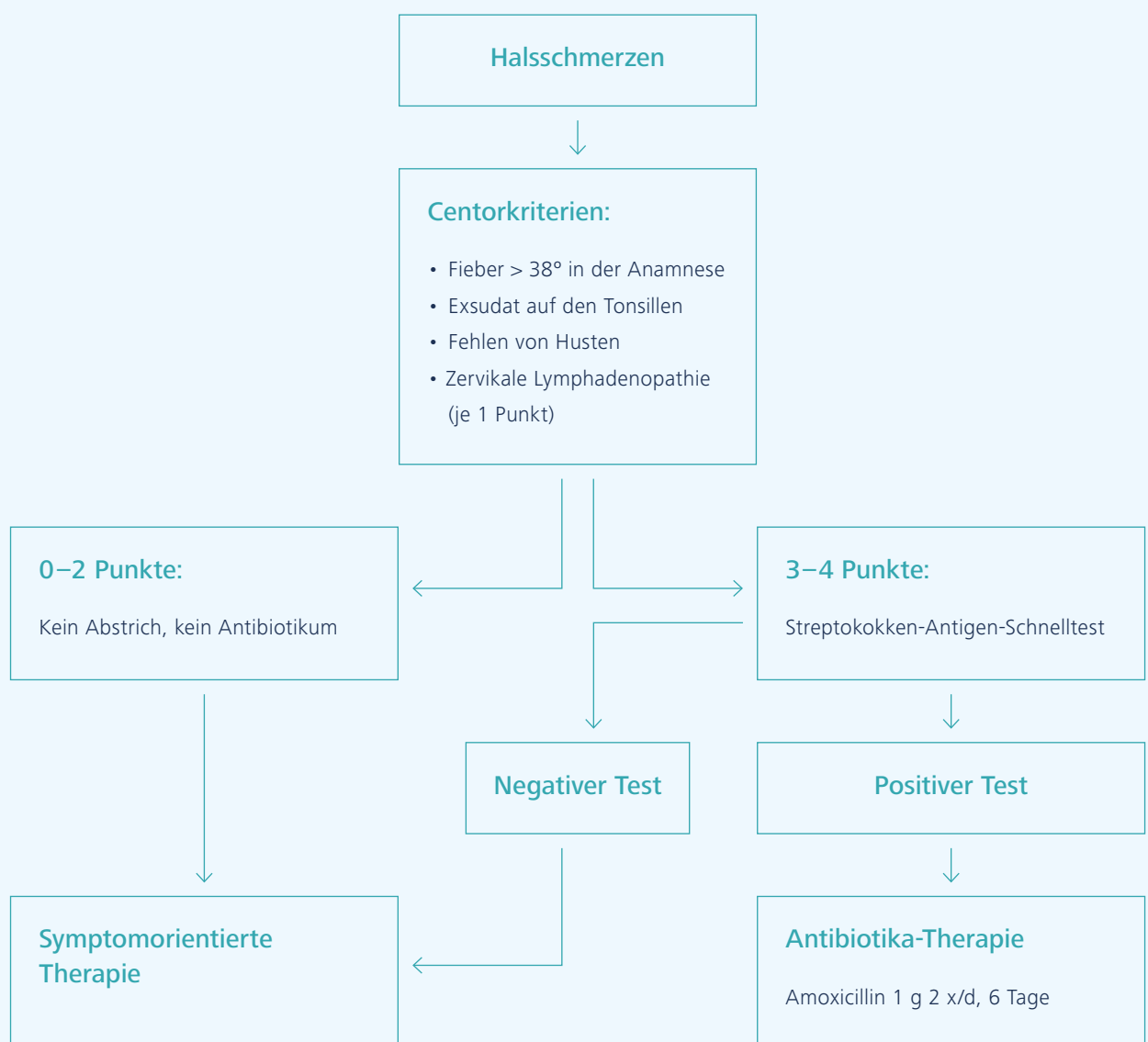
Dr. med. Fabian Unteregger

Fabian Unteregger, geboren 1977 in Bottmingen, 1997 Latein-Matur in Zürich, 2003 Master of Science ETH in Lebensmittelwissenschaften, 2007 Firmengründung als Comediant, Unternehmer, produziert für Radio und TV, Comedy Shows, seit 2008 Medizinstudium Uni Zürich, sammelt 2011 mit «Weihnachtsvorlesung Medizin» über CHF 10 000.– für ALS, Staatsexamen Medizin 2014. Seit 2011 «Zum Glück ist Freitag» auf SRF 3. Seit 2015 auf Tournee mit Soloprogramm «Doktorspiele». Januar 2017 Promotion zum Doktor der Medizin, Mai 2017 Gewinner Prix Walo.

Fabian Unteregger ist derzeit mit seinem Soloprogramm «Doktorspiele» auf Schweizer Tournee.
<http://www.fabianunteregger.ch>

Pharyngitis bei Erwachsenen

Halsschmerzen? Antibiotikum: ja oder nein? Die meisten akuten Pharyngitiden sind viral bedingt, selbstlimitierend und benötigen keine Antibiotika. Die wichtigste Unterscheidung sollte zwischen Viren und Streptokokken der Gruppe A (GAS) gemacht werden. Das folgende Flowchart, adaptiert nach den Guidelines der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie, kann Ihnen bei der Entscheidung helfen.



Dr. med. Corina Omlin

Quellen:

<https://ssi.guidelines.ch/page/2408/pharyngitis-d; 23.2.19>

https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-acute-pharyngitis-in-adults?search=centor-kriterien&source=search_result&selectedTitle=1~1&usage_type=default&display_rank=1; 23.2.19

Evidenzbasierte Check-ups (EviPrev)

Ob Check-up mit 70 Jahren oder beim 50-Jährigen, mehr und mehr kommen auch jüngere Patienten mit der Nachfrage nach jährigen Check-ups. Um den Patienten eine sinnvolle Abklärung in jedem Alter zu bieten, hat die Arbeitsgruppe EviPrev eine übersichtliche Tabelle (fortlaufende Tabelle auf Seite 20 und 21) mit evidenzbasierten Untersuchungen herausgegeben.

EVIPREV-EMPFEHLUNGEN

		18	25	30	35	40	45
Beratung	Rauchen						
	Alkohol						
	Bewegung		Wenn BMI >27 und KVMF, mit Ernährungstipps verbinden				
	Ernährung		Wenn BMI >27 und KVMF, mit Beratung zu Bewegung verbinden				
	Sonnenexposition		Wenn helle Haut <24 Jahre				
	Sexualverhalten		Risikopopulation				
	Zahnpflege						
Screening	Krebs	Dick- und Mastdarm #					
		Prostata # "					
		Brust #					
		Lunge #					
		Gebärmutterhals		1x / 3 bzw. 5 Jahre je nach gewähltem Test			
		Haut					
		Mundhöhle					
	KV	Diabetes	Wenn BMI >25 oder Diabetes-Risikofaktor			M und F >40 Jahre	
		Dyslipidämie	wenn weitere KVMF		1x / 5 Jahre: M >35 Jahre, F >45 Jahre		
		Hypertonie					
		Adipositas					
		Abdominales Aortenaneurysma					
	Infek.	C. trachomatis	Risikofrauen				
		Gonorrhö	Risikofrauen				
		Syphilis	Risikopopulation				
		Hépatitis B und C	Risikopopulation				
		HIV	Risikopopulation				
	Sonstige	Depression					
		Osteoporose ##					
		Dysthyreose					
		Vitamin-D-Mangel					
		Häusliche Gewalt	gebärfähige Frauen				
		Glaukom					
Impfungen		Diphtherie - Tetanus	1x / 20 Jahre bis 65 Jahre				
		Keuchhusten	Auffrischung 25-29 Jahre		bei Erwachsenen mit Impfung vor >10 Jahren und		
		Masern, Mumps, Röteln	1-2x nicht immune Personen				
		Windpocken	2x wenn keine Impfung oder Windpockenanamnese				
		Hepatitis A	Risikopopulation				
		Hepatitis B	3x Risikopopulation				
		Papilloma (HPV)	F <19 Jahre, dann von Fall zu Fall bis 26 Jahre				
		Pneumokokken	1x Risikopopulation				
		Grippe	1x / Jahr Risikopopulation				
		Zeckenenzephalitis	Risikopopulation				
		Meningokokken	Risikopopulation				
		Aspirin #					H >45 Jahre
		Vitamin D +/- Kalzium					

Fassung November 2015

	Gutes Evidenzniveau
	Akzeptables Evidenzniveau
	Kein Evidenzniveau um diese Massnahme zu empfehlen oder davon abzuraten

Die EviPrev -Empfehlungen werden unterstützt durch:



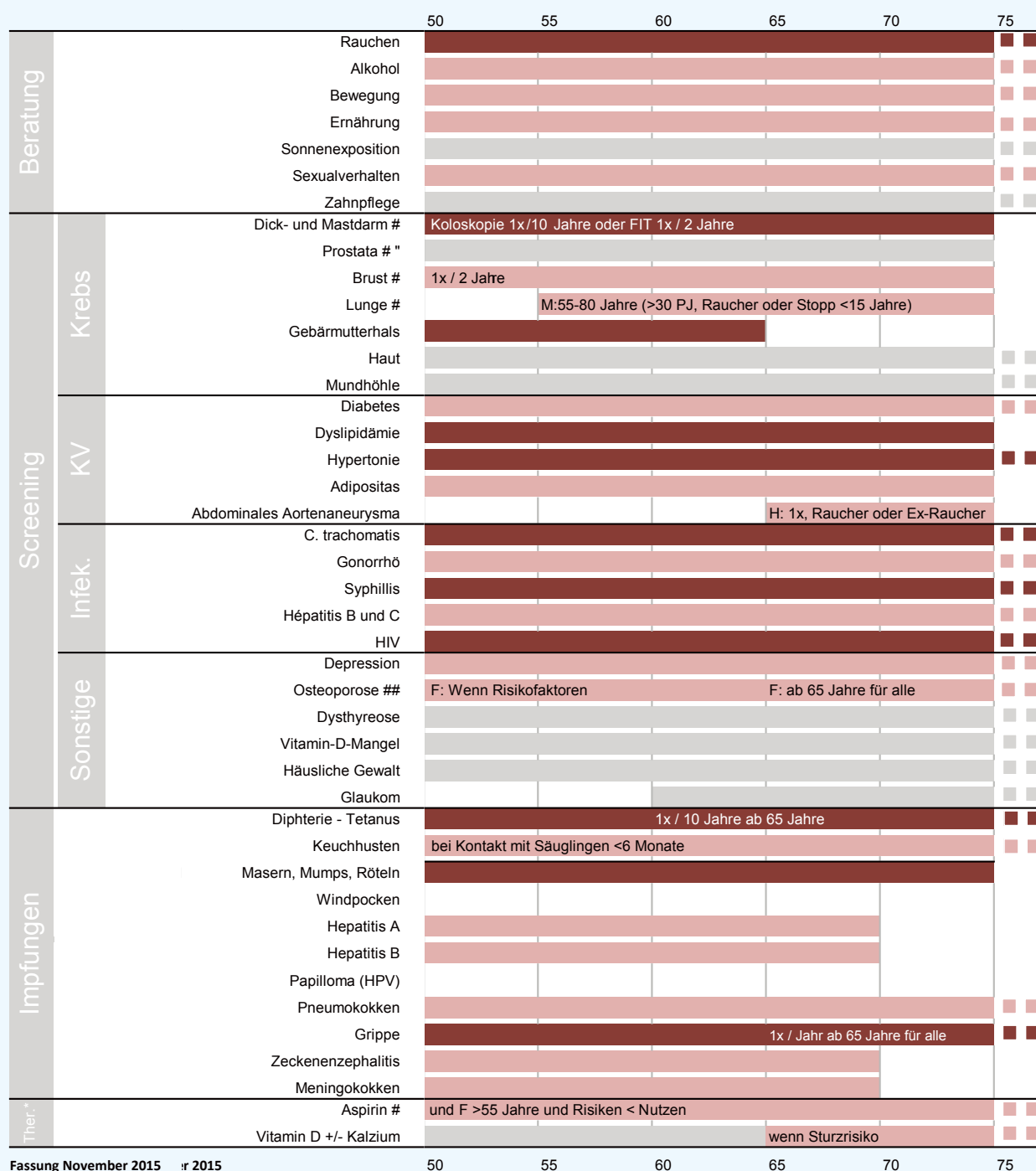
Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin
Société Suisse de Médecine Interne Générale
Società Svizzera di Medicina Interna Generale
Swiss Society of General Internal Medicine



Die an der Erarbeitung dieser Empfehlungen beteiligten universitären

Einrichtungen sind:

PMU, Policlinique médicale universitaire de Lausanne
HUG, Service de médecine de premier recours, Genève
Inselspital, Universitätsklinik und Poliklinik für Allgemeine Innere Medizin, Bern
UZH, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin und
Institut für Hausarztmedizin, Zürich
Uni Basel, Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel



Fassung November 2015 / ir 2015

Dr. med. Corina Omlin

M: Männer, F: Frauen, BMI: Body-Mass-Index#
KVR: kardiovaskuläre Risikofaktoren, PJ: Packungsjahre
Adaptiert nach Cornuz J, Jacot-Sadowski I, Auer R, et al. Rev Med Suisse 2014;10:177-85
* Chemoprophylaxe
Gespräch zur Förderung der Teilhabe an der empfohlenen Entscheidung
Osteodensitometrie wird nicht erstattet
"konform mit der Initiative "Smarter Medicine" von SGIM/SSMI

Demenzabklärung

Unsere Patienten werden immer älter. Ein vermehrtes Auftreten von Gedächtniseinschränkungen kommt begleitend dazu. Wann sollten wir an Demenz denken und was muss ausgeschlossen werden, bevor die Demenz diagnostiziert werden kann?

Anamnese und insbesondere Fremdanamnese

- Gedächtniseinschränkung, Vergesslichkeit, Mühe mit dem Merken von neuen Informationen, Ausführen von komplexen Handlungen, Mühe mit unerwarteten Ereignissen, Orientierungsprobleme, Sprachprobleme, Verhaltensauffälligkeiten...
- Familienanamnese

Kognitive Tests

- MoCA (Montreal Cognitive Assessment)
- MMS (Mini-Mental-State) inkl. Uhrentest
- CAVE: immer wichtig: Die Testergebnisse sind mit der Fremdanamnese abzugleichen. Treten Abweichungen auf, sollten weitere Differentialdiagnosen wie Depressionen, Delir, Intelligenzminderung, hoher/tiefer Ausbildungsstatus in die Beurteilung miteinbezogen werden
- Weitere genaue Abklärung des mentalen Zustandes und ggf. neuropsychologische Testung
- Depressionsabklärung (2-Fragen-Screening, PHQ-2, Geriatric Depression scale)

Körperliche Untersuchung

- Neurologische Untersuchung (neurologische Ausfälle, Parkinson, Gangstörungen, Augenmobilitätsstörungen...)
- Labor: Blutbild, CRP, Vitamin B12, TSH (Hypothyreose), HIV und Syphilis bei Risikopatienten, Blutbild und Folsäure (im Erythrozyten) bei Alkoholanamnese, ionisiertes Kalzium bei Krebsanamnese (Brust-, Prostatakrebs, Multiples Myelom)
- Bildgebung MRT/CT nur bei Risikopatienten (Stürze, <60J, fokale Neurologie, kurze Symptombdauer <2J)

Seltene Diagnostik

- Genetische Abklärung, Lumbalpunktion, Hirnbiopsie

Differentialdiagnosen

- Vitamin-B12-Mangel, Hypothyreose, Paraneoplasien/ Metastasen/Neoplasie, Infekt, Delir, Alkoholsucht, Medikamente

Dr. med. Corina Omlin

Quellen:

https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-management-of-late-life-unipolar-depression?sectionName=Screening%20instruments&search=dementia&topicRef=5083&anchor=H22&source=see_link#H22; 23.2.19

https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-cognitive-impairment-and-dementia?search=dementia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1; 23.2.19

Stark besuchtes zweites Argomed | FORUM: «Schlaue digitale Instrumente für eine sichere Praxis von heute»

Das Thema «Schlaue digitale Instrumente für eine sichere Praxis von heute» des zweiten Argomed | FORUM lockte über 100 Hausärztinnen, Hausärzte, Medizinische Praxisassistentinnen und Medizinische Praxiskoordinatorinnen in den modernen Campussaal nach Brugg Windisch. Wie sieht ein digitaler Hausarzt aus? Welche Cyber-Bedrohungen gibt es? Wie können Patientendaten und Praxis-Systeme geschützt werden? Diese und viele weiteren Fragen wurden während rund vier Stunden von renommierten Referentinnen und Referenten praxisnah beantwortet.



Die Spitalvisite aber auch Zuweisungen ins Spital müssen ständig modernisiert werden. Dank digitalen Werkzeugen und künstlicher Intelligenz können bereits heute Praxisprozesse vereinfacht werden. PD Dr. med. Jens Eckstein, Leitender Arzt und CMIO am Universitätsspital Basel, präsentierte in seiner packenden Keynote eine weitreichende und auch visionäre Übersicht über die neusten Gadgets in der «digitalen» Medizin. Darauf berichtete die Firma MSD zusammen mit der MPA Caroline Fröhli über die Anwendung und Erfahrungen mit dem System PARIS – Patient At Risk Identification System. PARIS ermöglicht bei Nutzung des Praxisinformationssystems Vitomed dank bedienungsfreundlichen Dashboards eine

gute Betreuung von chronisch kranken Patienten. Argomed wird in Zusammenarbeit mit einigen Pilotpraxen im nächsten Semester PARIS testen.

Mit der Präsentation von OnlineDoctor.ch zum «digitalen» Dermatologiekonsil und Kolibra, der ersten Schweizer Spracherkennungscloud, wurden zwei weitere spannende Referate angeboten. Kurz vor der Aktiv-Pause stellte Roger Tschumi, Leiter Entwicklungsprojekte der Argomed, das Projekt «mediplus» vor. Mit diesem Projekt wollen Argomed und ihre Partner eine vollständigere, aktuellere und einheitliche Übersicht über die Medikation von polymedizierten Patienten im gesamten Behandlungspfad schaffen. Dr. Marc Condrau

präsentierte in diesem Zusammenhang «BlueMedication», eine webbasierte Plattform für das Führen, Abgleichen und Austauschen von Medikationsplänen, welche im Rahmen vom Projekt «mediplus» entwickelt wird.

Während den Aktiv-Pausen hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, sich an den Informationsständen «aktiv» in die einzelnen Vorträge zu vertiefen. Heiss begehrt war der Stand der Firma Voicepoint. An ihrem Stand konnte man testen (und feststellen), wie einfach die Spracherkennung mit Kolibra tatsächlich ist.

Mit Tipps und Tricks für den Schutz von Identitäten und Zugangsberechtigungen



eröffnete Pius Graf von Gemalto den zweiten Teil des Abends. Seine wichtigsten Empfehlungen:

- Regeln Sie Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten in Ihrer Praxis und setzen Sie damit den Grundstein für Ihren Cybersecurity Minimal-Schutz.
- Nutzen Sie die vorhandenen Hilfsmittel, welche vom Bund und den ICT-Verbänden speziell für KMU entwickelt wurden.
- Machen Sie Cybersecurity zum Thema mit Ihren Mitarbeitern – Motto: «Gemeinsam Awareness erhöhen».

Was passiert, wenn die Praxis-IT gekapert wird? Wie geht der Praxisbetrieb weiter? Zahle ich das geforderte Lösegeld? Hilft mir die Behörde? Genau diese Themen griff ein engagierter Arzt im

Einzugsgebiet der Argomed mit seinem unverhüllten, ehrlichen Erfahrungsbericht auf. Vielen lief es kalt über den Rücken – doch der Referent konnte dank seiner humorvollen Art die Zuhörer begeistern. Die FMH erarbeitet Empfehlungen für ihre Mitglieder zum Thema «Die IT-Grundsätze in der Arztpraxis», präsentiert durch Dr. Reinhold Sojer. Zum Abschluss klärte Stefan Hunkeler praxisnah auf, wie man die Risiken minimieren und dadurch die Sicherheit in der Praxis steigern kann.

Das nächste Argomed | FORUM findet am 7. November 2019 statt. Seien Sie dabei, wenn es wieder heisst «willkommen zum Argomed | FORUM».

Michelle Stettler,
Argomed, Kommunikation & Marketing

Sie finden alle relevanten Unterlagen und Präsentationen auf unsere Homepage www.argomed.ch im Register Arztpraxis unter Dienstleistungen.

Projekt «mediplus»

Mit «mediplus» schaffen Argomed, eastcare, Zur Rose und BlueCare in Abstimmung mit führenden Krankenversicherern eine vollständigere, aktuellere und einheitliche Übersicht über die Medikation von polymedizierten Patienten im gesamten Behandlungspfad – eingebettet in ein Managed Care-Qualitätsmodul mit den Hausärzten als Koordinatoren. «mediplus» stützt sich auf den standardisierten Medikationsplan «eMediplan», der von allen Akteuren (Hausärzte, Patienten, Apotheken, Spitäler, Spezialisten, Heime, Spitex) als Informationsträger und Austauschformat genutzt werden kann – elektronisch und auf Papier. Abgeglichen und verwaltet werden die Pläne mittels der digitalen Medikationsplattform «BlueMedication», die BlueCare entwickelt.

Der Patient steht im Mittelpunkt: Der «eMediplan», eine spezifische Patienten-App und zusätzliche Medikamentensprechstunden fördern die Sicherheit und Adhärenz der Patienten. Im Jahr 2019 werden das Qualitätsmodul und die technische Plattform für den «eMediplan» entwickelt, ab 2020 erfolgt der Rollout gemeinsam mit weiteren Partnern und Versicherern.

Es lebe die effiziente Überweisung!

Hand aufs Herz: Haben Sie sich auch schon mal über den aufwändigen Prozess einer Überweisung ans KSA oder KSB geärgert? Vielleicht haben Sie zu sich gesagt, dass es toll wäre, wenn Sie all Ihre Überweisungen an einem Ort aufgelistet sähen. Oder dass es so viel einfacher wäre, wenn Sie Ihre Überweisungen an EINE Mail-Adresse, an EINE Post-Adresse oder an EINE Fax-Nummer schicken könnten? Oder noch besser: wenn es eine Plattform gäbe, um die Überweisung mit wenigen Klicks direkt ans KSB oder KSA schicken zu können. Sicherlich haben Sie in diesem Moment auch an Ihre Patienten gedacht, die es schätzen würden, wenn ihre Überweisung schneller bearbeitet würde und sie den Termin für ihr Aufgebot rascher erfahren würden.

Wenn Sie tatsächlich von solch einfachen Abläufen träumen, dann ist es Zeit, sich mit diesem Thema nochmals auseinanderzusetzen. Denn bereits seit 2015 bietet Ihnen das KSB mit der Zuweisungsplattform Vivates eine solche Softwarelösung. Es handelt sich um eine Kommunikationsplattform, die in enger Abstimmung mit den Hausärzten, Ärzteverbänden sowie dem DGS erarbeitet und durch die Schweizerische Post entwickelt wurde, um Überweisungen für die Hausärzte einfacher und effizienter zu gestalten.

Es gibt viele gute Gründe, um auf Vivates zu setzen. Der vielleicht beste: Kein Versorgungspartner wird zu einem Systemwechsel gezwungen. Denn alle bisherigen Kanäle wie Papierbrief, Fax oder E-Mail werden weiterhin unterstützt. Neu sind aber die Möglichkeiten, per Internetportal oder direkt via Praxisinformationssystem zu kommunizieren. Ebenso versenden die Spital-Mitarbeitenden Austrittsberichte elektronisch an die Kommunikationsplattform, welche dann die Dokumente je nach persönlicher Präferenz per Brief, Fax, E-Mail oder Vivates an die Adressaten weiterleitet.

Das KSB empfiehlt seinen Kooperationspartnern denn auch dieses System, das gut in die spital-internen Applikationen integriert ist. Für die Kliniksekretariate gibt es mit dieser Lösung nur noch einen Eingangskanal für Zuweisungen. Der Prozess startet mit der Überweisung, geht über in die Falleröffnung, das Visum durch den zuständigen Arzt sowie die Termin-disposition und endet mit dem Austritt des Patienten und den dazu gehörenden Berichten – alles ohne Medienbrüche. Seit einigen Monaten läuft zudem ein Pilotprojekt mit einer Reha-Klinik, um den Prozess der Überweisung vom KSB an eine nachgelagerte Institution weiterzuführen.

Haben wir auch Ihr Interesse geweckt? Weitere Informationen sowie Angaben über die Registrierung finden Sie unter folgender Adresse:

<https://www.kantonsspitalbaden.ch/Zuweisende/Vivates-Kommunikationsplattform/index.html>

Benedikt Niederer
Biljana Imhoff

Benedikt Niederer ist Leiter
Unternehmensentwicklung am
Kantonsspital Baden.

Die Hausarztpraxen in unseren Argomed-Netzen gehören zu den wichtigeren Zuweisern der Kantonsspitäler Aarau und Baden (KSA, KSB). Dies ist Anlass für den Bereich Praxis Solutions/eHealth von Argomed, gemeinsam mit der Geschäftsentwicklung des KSB die Zusammenarbeit zu optimieren. Gemeinsames Ziel ist, die elektronische Kommunikation so zuverlässig zu gestalten, dass sie die gleiche Akzeptanz erhält wie seinerzeit der Fax. Für Zuweiser muss das Leistungsversprechen hinter eine E-Mail-Adresse des Spitals klar sein. Dazu zählen: automatische Empfangsbestätigung, verbindliche Bearbeitungsfrist (z. B. innert 24 h), Rückmeldungen zu Patientenaufgebot, Spitaleintritt und -austritt. Als Zuweiser gelangen Sie gleich an die richtige Fachabteilung im Spital, wenn Sie die Adressen auf diesen beiden Webseiten verwenden:

www.ksa.ch/mail_fachabteilungen
www.ksb.ch/mail_fachabteilungen

Biljana Imhoff ist Projektleiterin
Unternehmensentwicklung am
Kantonsspital Baden.

Kostendämpfung im Gesundheitswesen – mit Hilfe des Hausarztmodells

Der Bundesrat hat im September 2018 ein erstes Massnahmenpaket in die Vernehmlassung geschickt, um das Kostenwachstum im Gesundheitswesen zu dämpfen. Die Argomed Ärzte AG hat zusammen mit den Netzvorständen und den Qualitätszirkeln die Argumente zu diesem Massnahmenkatalog erstellt, geschärft und am 13. Dezember 2018 dem Bundesrat eingereicht.

Und zwar zu den folgenden fünf Massnahmen, die direkt Managed Care oder die Hausarztpraxis betreffen:

- Experimentierartikel (M02)
- Rechnungskopie an den Patienten (EDI)
- Referenzpreissystem (M22)
- Steuerung der Kosten durch Tarifpartner (EDI)
- Pauschalen im ambulanten Bereich (M15)

Die detaillierte Stellungnahme finden Sie unter www.argomed.ch/Patienten_Partner_Politik/Standespolitik.

Dr. sc. nat. Claudine Blaser
Argomed, Geschäftsführerin

Argomed unterstützt und fördert die Qualitätsarbeit in der ambulanten Medizin

Vernetzung, Austausch und gemeinsames Lernen gehören zur Grundidee von Ärztenetzen. Deshalb unterstützt Argomed die Qualitätsarbeit der ihr angeschlossenen Ärztinnen und Ärzte ganz gezielt.

Im Jahr 2018 konnten wir dank gutem Geschäftsgang Förderbeiträge von insgesamt CHF 150'000 an die rund 70 Qualitätszirkel in den Argomed-Ärztenetzen freigeben und uns auf diesem Weg bei allen Leiterinnen und Leitern der Qualitätszirkel für ihren täglichen Beitrag an die Qualitätsarbeit in der Hausarztmedizin herzlich bedanken.

Auch beteiligt sich Argomed direkt an Weiterbildungen, die im Rahmen der Qualitätsarbeit relevant sind, wie

zum Beispiel am Basiskurs für Moderator/-innen von Ärzte-Qualitätszirkeln der SGAIM.

Seit November 2018 bieten wir unseren Mitgliedern auch die kostenlose Fortbildungsreihe «Argomed | FORUM» an – ein Anlass zum Wissensaustausch für Ärzte und MPA sowie MPK zu relevanten Themen aus der Hausarztmedizin.

Michelle Stettler
Argomed, Kommunikation & Marketing

Medizinstudenten-Höck: Informationsaustausch zur Hausarztmedizin im lockeren Rahmen

Am Mittwoch, 12. Dezember 2018 lud die Argomed zum 6. Medizinstudenten-Höck ein. In einer ungezwungenen und lockeren Atmosphäre hatten die teilnehmenden Assistenzärztinnen und Medizinstudenten Gelegenheit, einen Blick hinter die Kulissen des Alltags einer Hausärztin/eines Hausarztes zu werfen.

Die Einstiegsfragen waren: Sind Sie interessiert an der Hausarztmedizin? Möchten Sie vielleicht irgendwann selbst Hausärztin oder Hausarzt werden? Haben Sie Lust, mehr über dieses spannende Fachgebiet zu erfahren?

Nach kurzer Begrüssung durch Roger Tschumi (Argomed) startete Dr. med. Andreas Bürgi, Verantwortlicher für das Hausarztcurriculum am Kantonsspital Baden, mit einem Kurzreferat über die

Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten zum Facharzt Allgemeine Innere Medizin. Danach führte Dr. med. Sabine Brunner durch die Räumlichkeiten des Doktor-Zentrums Baden. Nach den Laufbahnvorstellungen von Dr. med. Corina Omlin, Dr. med. Tim Weitkunat, Dr. med. Sabine Brunner und Dr. med. Andreas Bürgi startete die interaktive Gesprächsrunde, die die Referentinnen und Referenten mit ihrem grossen Erfahrungsschatz bereichern konnten.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren vom Anlass begeistert und schätzten den sehr direkten Austausch mit den Hausärzten. Mit dem Ziel, Interessierten die Hausarztmedizin näher zu bringen, organisiert die Argomed ein- bis zweimal jährlich den Medizinstudenten-Höck. Wann der nächste Medizinstudenten-Höck stattfindet, finden Sie auf unserer Webseite www.argomed.ch unter Arztpraxis/Praxisfachpersonen & junge Ärzte. Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme.

Michelle Stettler

Argomed, Kommunikation & Marketing

Erster 3C-Workshop der Community of Coordinated Care

Am 07. und 08. Dezember 2018 fand auf dem Stoos der erste 3C-Workshop mit rund 50 geladenen Gästen aus der Managed Care-Szene, aus Politik, Versicherungen und Interessensverbänden statt. 3C steht für Community of Coordinated Care und hat zum Ziel, die hausärztlich koordinierte Versorgung als qualitätswirksame und kosteneffiziente Massnahme in der Medizin, in der Politik und in der Gesellschaft zu positionieren und weiterzuentwickeln.

Der 3C-Workshop führte die Tradition des Managed-Care-Workshops in Scuol in neuem Format fort. Argomed ist mit Dr. med. W. Czerwenka und Dr. C. Blaser im Organisationskomitee, zusammen mit Vertretern von Grisomed, MediX, Curafutura, Santé24 und medswiss.net, vertreten.

An der Tagung wurden von allen Teilnehmern fünf Arbeitsgruppen für die folgenden Themenschwerpunkte priorisiert:

- Rabattproblematik/Wegfall Referenzkollektiv
- Positionierung «hausärztlich koordinierte Versorgung»
- Arbeitsgruppe für PARIS (Patient at Risk Identification System)
- Stärkung/Empowerment des Patienten
- Anreize schaffen für zukünftige Hausärzte

Die Arbeitsgruppen nehmen im Laufe von 2019 ihre konkrete Arbeit auf und werden am nächsten 3C-Workshop über den Stand der Dinge berichten.

Dr. sc. nat. Claudine Blaser

Argomed, Geschäftsführerin



Aargauischer Ärzteverband

**ARGO
MED.**

Bringt Ärzte weiter



Schweizerischer Verband
Medizinischer Praxis-Fachpersonen

Neue Perspektiven für Medizinische Praxisassistentinnen – die Ausbildung zur Medizinischen Praxiskoordinatorin

Mit der Ausbildung zur Medizinischen Praxiskoordinatorin oder gezielter klinischer Weiterbildung werden Sie Partnerin im Betreuungsteam.

Engagieren Sie sich heute, damit chronisch kranke Menschen auch in Zukunft persönlich betreut bleiben.



WEITERE INFORMATIONEN

www.aargauer-aerzte.ch

www.argomed.ch

www.sva.ch

**ARGO
MED.**

Bringt Ärzte weiter

Argomed Ärzte AG
Bahnhofstrasse 24
CH-5600 Lenzburg
T +41 56 483 03 33
argomed@argomed.ch
www.argomed.ch

www.argomed.ch