

DEFACTO

FAKTEN UND MEINUNGEN DER ARGOMED



Medizinische Ethik
im Spannungsfeld der
Machbarkeit

Inhalt

3 Editorial

Von Dr. med. Gregor Dufner

4 Zwischenbilanz nach sechs Monaten: Bewährtes erhalten und Neues wagen!

Von Dr. sc. nat. Claudine Blaser

6 Ethik im Spannungsfeld der Machbarkeit

- Daniela Mustone, Fachstelle Palliative Care, Spitex-Verband Aargau
- PD Dr. med. Eva Bergsträsser, Leitende Ärztin am Universitäts-Kinderspital Zürich, Pädiatrische Onkologie, Palliative Care und chronische Schmerzen
- Robert Weinbuch, Pastoralraumleiter Katholische Kirche am Mutschellen
- Jürgen Triebs, Ehepartner einer Patientin (von G. Dufner)

11 «Ohne Grundkenntnisse in der Biostatistik ist die kritische Beurteilung von publizierten Studienergebnissen schwierig»

Interview mit PD Dr. Ulrike Held

13 Fokus Argomed

- Frischer Wind dank Medizinstudenten in der Praxis!
Von Dr. med. Isabelle Fuss
- Arbeitsteilung in der Praxis: Förderung der MPA.
Von Marco Plüss
- Der Beruf der MPA wird wieder attraktiver.
Von Jacqueline Kaeser
- Plattform vom 9. November 2017.
Von Martina Gottburg

18 Weihnachtsrätzel



Liebe Leserinnen und Leser

Ethik – ein Wort, welches unterschiedliche Assoziationen in mir auslöst. Jeden Tag erleben wir Situationen im Praxisalltag, die ethische Fragestellungen aufwerfen.

Welche Bedeutung hat die Ethik im Spannungsfeld des Machbaren und Finanzierbaren? Dazu haben wir zwei Personen aus dem Gesundheitswesen, einen Angehörigen einer Patientin quasi als Direktbetroffenen und einen Seelsorger befragt.

Welchen Beitrag kann die Biostatistik leisten? Zugegeben – von Biostatistik habe ich schon im Studium Bahnhof verstanden. Wenn aber eine Beratung über Risikofaktoren, Lebensstil oder gar medikamentöse Prophylaxe erfolgt, so ist es nicht unerheblich, zwischen relativem und absolutem Risiko unterscheiden zu können. Banal? Die Beurteilung der wissenschaftlichen Datenlage ist hochkomplex, und das Übertragen auf unterschiedliche Patienten macht dies noch komplexer. Kosten-Nutzen-Rechnungen beeinflussen unsere Entscheidungsprozesse und damit auch ethische Überlegungen zunehmend. PD Dr. Ulrike Held gibt uns in einem Interview einen Einblick in eine uns wenig bekannte Sparte der Medizin.

Argomed – quo vadis? Unsere CEO Dr. sc. nat. Claudine Blaser zieht Bilanz nach den ersten sechs Monaten bei Argomed. Spüren Sie den neuen Wind ab Seite 4.

Nachwuchsförderung und Veränderungen der Praxisorganisation mit Aufwertung der Tätigkeiten der MPA beschäftigen uns je länger desto mehr. Eine neue Auslegeordnung wird im Doktorzentrum Mutschellen beschritten.

Zur Auflockerung während den kommenden Festtagen dient ein kleines Quiz. Machen Sie mit und nehmen Sie an der Gewinnverlosung teil!

Frohe Festtage wünscht Ihnen im Namen des Redaktionsteams

Dr. med. Gregor Dufner

Bewährtes erhalten und Neues wagen!

Das Jahresende ist da – eine gute Gelegenheit, die letzten Monate Revue passieren zu lassen und sich fürs neue Jahr Ziele und Aufgaben zu setzen. Heute will ich Ihnen einen kleinen Einblick geben, was bei der Argomed in den letzten sechs Monaten seit meinem Start als Geschäftsführerin diskutiert, in die Wege geleitet und umgesetzt wurde.

So viel schon vorneweg: Meiner neuen Aufgabe bei der Argomed fühle ich mich mit Freude verpflichtet. Die spannenden und persönlichen Kontakte mit Ihnen als Ärzte und Kunden der Argomed bestärken mich in meinem Engagement. Bei Argomed habe ich zudem ein engagiertes und qualifiziertes Team vorgefunden, das sich mit Herzblut für Sie und die Hausarztmedizin einsetzt – und zwar ganz konkret dort, wo wir Ihnen einen Mehrwert liefern können.

Das ist leichter gesagt als getan und bedingt, dass wir uns mit unseren bisherigen Dienstleistungen auseinandersetzen, unsere Stärken sichtbar machen und das sich stetig verändernde Umfeld im Gesundheitswesen gezielt miteinbeziehen. Gemeinsam mit der Geschäftsleitung, dem Verwaltungsrat und den Mitarbeitern haben wir die letzten Monate deshalb einen intensiven Strategieprozess durchlaufen.

Managed Care und Argomed werden 20 Jahre alt – im Mai 2018 feiern wir hoffentlich gemeinsam mit Ihnen unser Firmenjubiläum. Ein tiefgreifender Wandel im Gesundheitswesen hält Einzug in Form von technischem Fortschritt, Wettbewerb durch branchenfremde Player, Interprofessionalität, Kostendruck und Fachkräftemangel. Dies wird das bisherige Managed-Care-Modell vor vielfältige Herausforderungen stellen. Künftige Modelle werden differenziertere Analysen verlangen, bei denen die Datenerhebung verbessert und die erbrachte Leistung vergleichbar und transparenter werden.

Es muss unser Ziel sein, mit den Versicherern proaktiv Lösungen zu finden, die diesen Entwicklungen Rechnung tragen und



Dr. sc. nat. Claudine Blaser

in der Praxis gleichwohl umsetzbar sind. Der Solidarität innerhalb der Argomed-Netze wird dabei ein hoher Stellenwert zukommen. Gleichzeitig ist auch Ihre Bereitschaft als Hausärztinnen und Hausärzte notwendig, Prozesse zu erneuern und Patientendaten so zu erfassen, dass Sie sie zum Vorteil der Patienten nutzen können. Und drittens bedingt es auch den Aufbau der dafür nötigen Prozesse und IT-Systeme für ein sinnvolles Datenmanagement.

Wir sind überzeugt, dass zukünftige MC-Modelle nicht ohne praktikable IT-Lösungen und e-Health-Anwendungen vor Ort in der Praxis umsetzbar sind. Deshalb werden wir bei Argomed die dafür nötige IT-Pro-

zess- und e-Health-Expertise vermehrt aufbauen und gleichzeitig unsere bestehenden IT- und Praxisdienstleistungen bündeln, sodass wir Sie hierbei bestmöglich unterstützen können.

Eine weitere grosse Herausforderung ist auch der Mangel an jungen Hausärzten. Bald einmal wird Managed Care fundamental bedroht sein, weil Patienten schlichtweg keine Hausärzte mehr finden können. Werden wir in Zukunft Vermittlungsgebühren für die Platzierung von Patienten im Hausarztmodell erleben?

Ich weiss es nicht. Es ist aber klar, dass wir uns gezielt für die Nachwuchsförderung einsetzen müssen, wenn wir Managed

Care erhalten und weiterentwickeln wollen. Hier ist auch die Arbeit im Kleinen, im Regionalen gefragt, zusammen mit Ihren Praxen, mit Ausbildungsstätten und Spitälern, die jungen Ärzte einer Region persönlich anzusprechen und für die Hausarztmedizin zu begeistern.

Argomed hat sich in der Vergangenheit immer wieder erfolgreich in der standespolitischen Diskussion im «Dienste» der Hausärzte eingebracht. An dieser bewährten Tradition will ich festhalten. Mit der Vernehmlassung zur Tarifrevision haben wir im Juni dieses Jahres einen wichtigen Schritt unternommen und dürfen auch etwas stolz sein, haben doch drei unserer vier Hauptanliegen Eingang in den revidierten Tarif gefunden und damit zu einer Aufwertung der Hausarztmedizin geführt. Wir werden Sie in Tarifangelegenheiten auch gerne weiterhin unterstützen. An der nächsten Argomed-Plattform am 1. Februar 2018 bieten wir Ihnen eine Schulung für die Abrechnung im neuen TARMED-Tarif an, durchgeführt von Hausärzten für Hausärzte.

Bei meinem Amtsantritt habe ich Sie zum konstruktiven Dialog eingeladen, damit das grundsätzliche Ziel der Argomed – eine Firma von Hausärzten für Hausärzte – aktiv gelebt wird. Gemeinsam mit meinen Kollegen aus der Geschäfts- und Bereichsleitung besuchen wir zurzeit gut 50 Praxen in allen unseren Ärztenetzen, um in einem Dialog-Interview Ihre Bedürfnisse und auch Ihre Erwartungen an uns zu erfahren und damit die Ausrichtung unserer Dienstleistungen in Ihrem Sinne zu schärfen. Wir werden die sehr wertvollen Beiträge auswerten und Sie zu den daraus abgeleiteten Erkenntnissen und Massnahmen ab März 2018 detailliert informieren. Ich bedanke mich bei den mitwirkenden Ärzten schon heute ganz herzlich.

Die aktive Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten bei Projekten und Initiativen sowie die Einbindung der Ärztebasis ist eine Erfolgsgeschichte der Argomed. Dem wollen wir in Zukunft noch mehr Gewicht geben und ein dynamisches und innovatives Gefäss schaffen, in dem neue Ideen konkret

diskutiert und wegweisende Projekte angeschoben werden können. Dieser medizinische Beirat, wie wir ihn nennen möchten, soll Ärzte aus unseren Netzen entweder projektbezogen für wenige Monate oder auch als längerfristige Mitglieder zusammenbringen sowie auch relevante Partner anderer Leistungserbringergruppen einbinden. Und noch ein letztes Votum: Wenn wir Dinge verändern und entwickeln wollen, dann brauchen wir einerseits genügend Dynamik und andererseits eine gute Kommunikation an die Beteiligten und das ganze Netzwerk. Wir haben deshalb bei Argomed ein kleines Kommunikationsteam ins Leben gerufen, das sich dieser Aufgabe widmet. So viel sei jetzt schon verraten: Das Defacto bekommt ein leichtes Redesign mit zwei neuen Rubriken und die Argomed-Website erfährt einen Relaunch. Lassen Sie sich im März 2018 überraschen! In diesem Sinne wünsche ich Ihnen und Ihren Familien ein gesegnetes und frohes Weihnachtsfest.

Ihre Claudine Blaser



Das Argomed-Team am Firmensitz in Lenzburg

Ethik im Spannungsfeld der Machbarkeit

Angeichts der enormen Fortschritte der Medizin in den letzten 50 Jahren stellen sich sowohl für Ärzte als auch für Patienten immer drängender Fragen nach dem Sinn der Machbarkeit: Ist in der Medizin alles, was technisch machbar ist, auch wirklich sinnvoll und ethisch vertretbar? Und wo liegen die Grenzen zwischen dem, was sinnvoll und was weniger sinnvoll ist? Und wer bestimmt, was sinnvoll ist?

Seit Hippokrates denken Ärztinnen und Ärzte zwar über die normativen Probleme ihrer Tätigkeit nach, doch der Begriff «medizinische Ethik» (oder «Medizinethik») ist neueren Datums und hat, wie oben beschrieben, mit dem Fortschritt der Medizin zu tun. Die Defacto-Redaktion hat die «Medizinethik» zum Schwerpunkt dieser

Defacto-Ausgabe gemacht, allerdings nicht mit einem wissenschaftlich-theoretischen Ansatz, sondern mit einem ganz konkreten, praktischen Bezug zum Thema. Sie hat den Alltag von vier Menschen (eine Ärztin, eine Spitex-Fachfrau, einen Seelsorger und einen Ehemann einer inzwischen verstorbenen Patientin) in den Mittelpunkt gestellt, die als Personen in unterschiedlichen Funktionen mit ethischen Fragen in der Medizin konfrontiert sind und ihnen die folgenden drei Fragen gestellt:

1 Welche Funktion und welche Aufgabe hat Ihrer Meinung nach die Ethik innerhalb der Medizin? (In wessen Dienst steht die Ethik?)

2 Ist für Sie medizinische Machbarkeit und Ethik ein Widerspruch – oder eine Ergänzung?

3 Wo (in welchen medizinischen Bereichen) müsste man die Stellung der Ethik verbessern bzw. stärken? (Wo besteht Handlungsbedarf?)

Die nachfolgenden unterschiedlichen Sichtweisen und Stellungnahmen dieser Menschen bilden einen Teil der Alltagsrealität medizinischer Ethik ab. Es sind vier subjektive Momentaufnahmen, die für sich sprechen – und keines Kommentars oder Wertung bedürfen.

Redaktion Defacto

INSERAT



**Mepha-Generika –
für fast jedes Original
eine Alternative.**



www.mepha.ch

0917

Die mit dem Regenbogen

mepha 

Antworten von Daniela Mustone

1 Ethische Fragestellungen begleiten uns bei unserer Arbeit in der Spitex regelmässig. Die vier Prinzipien von Beauchamp und Childress: das Respektieren der Autonomie, das Gebot des Wohltuns sowie die Pflichten des Nichtschadens und der Gerechtigkeit gehören bei der Betreuung von Menschen dazu. Dies mag einfach tönen, kann im Alltag jedoch komplex sein. So kann zum Beispiel Autonomie nur respektiert werden, wenn die individuellen Wünsche und Bedürfnisse noch geäussert werden können oder optimalerweise schriftlich festgehalten worden sind.

Unser Tun und Handeln in der Medizin sollte auf ethischen Grundsätzen beruhen. Dies betrifft nicht nur die Fachpersonen, sondern schliesst Patienten, Angehörige und Betreuende in gleichem Masse mit ein. Ungelöste ethische Fragen können zu Missverständnissen und Stress bei allen Beteiligten führen, eine gemeinsame ethische Entscheidungsfindung, welche alle Beteiligten mittragen und umsetzen können und bei welcher das Wohl des Betroffenen im Mittelpunkt steht, erachte ich als sehr wichtig.

2 Der sorgfältige Umgang mit der medizinischen Machbarkeit – das heisst, dass nicht alles, was machbar ist, gemacht werden muss – ist sehr wohl ethisch und für mich somit kein Widerspruch. Im Gegenteil, gerade wegen den zunehmenden medizinischen Möglichkeiten ist es enorm wichtig, ethische Aspekte miteinzubeziehen. Das heisst zum Beispiel, in einer Besprechung mit einem Patienten und seinen Angehörigen verschiedene Möglichkeiten inklusive deren allfällige Konsequenzen aufzuzeigen und den Patienten in die Entscheidungsfindung miteinzubeziehen im Sinne des Shared decision making. Dies kann zu

ethischen Konflikten bei Behandelnden, aber auch Betroffenen führen, zum Beispiel, wenn ein Patient sich gegen mögliche Massnahmen, welche gemäss der allgemein geltenden Vorgaben und Evidenz als sinnvoll erachtet werden, entscheidet, oder wenn ein Patient meint, in eine Therapie einwilligen zu müssen, die er eigentlich nicht mehr möchte, weil er die behandelnden Ärzte nicht enttäuschen will. Es heisst zum Beispiel weiter, dass Grundsatzdiskussionen von Fachgremien über Sinn und Nutzen von medizinisch Machbarem unter Einbezug der Aspekte der beschränkten Ressourcen und der Situation des betroffenen Individuums stattfinden sollten.

3 Ethische Fragestellungen und Fallbesprechungen sollten mit einer Selbstverständlichkeit sowohl im klinischen als auch ambulanten Bereich zum Alltag gehören. Zwar werden die Begriffe Ethik, Ethikkommission und Fallbesprechungen oft benützt, sie sind jedoch häufig wenig strukturiert und umgesetzt. «Das ist ethisch nicht vertretbar» hört man viel, ist aber meist Ausdruck einer persönlichen Meinung oder eines Bauchgefühls. Um der Ethik im Alltag den notwendigen Stellenwert zu geben, wären klare Richtlinien, Schulungen der Fachpersonen sowie gute Information der Patienten hilfreich.



Daniela Mustone
Fachstelle Palliative Care,
Spitex-Verband Aargau



PD Dr. med. Eva Bergsträsser
Leitende Ärztin am Universitäts-
Kinderspital Zürich, Pädiatrische
Onkologie, Palliative Care und
chronische Schmerzen

Antworten von PD Dr. med. Eva Bergsträsser

1 In erster Linie muss die medizinische/ärztliche Ethik im Dienste des Patienten stehen. Das heisst, sie muss im Sinne eines guten Handelns am Patienten sein. Medizinische Ethik baut dabei auf die vier ethischen Prinzipien von Beauchamp und Childress (2001) auf: Respekt vor der Selbstbestimmung, Prinzip des Nichtschadens, Prinzip der Fürsorge (Nutzen) und Prinzip der Gerechtigkeit. Das klingt zunächst plausibel. Im Kontext der Komplexität von Krankheit, der Medizin und ihren Möglichkeiten und Grenzen und der Wertepluralität moderner westlicher Gesellschaften ist die medizinische Ethik heute umso mehr gefordert. Was für einen Patienten gut und nutzbringend ist, wird nicht von allen involvierten Personen – Patienten, Familien und medizinischen Fachpersonen – gleich beurteilt. Bei Kindern kommen die Besonderheiten des Kindeswohls hinzu.

2 Die medizinische Machbarkeit kann, muss aber nicht im Widerspruch zu den obgenannten ethischen Prinzipien stehen. Häufig bewegt sich jedoch das medizinisch Machbare nicht im Bereich einer Evidenz, weshalb der medizinischen Ethik im Entscheidungsprozess zu einer noch nicht etablierten Therapie ein weit höherer Stellenwert als häufig im medizinischen Alltag praktiziert zukommen sollte. Dabei gilt es nicht, das medizinisch Mögliche zu unterbinden, sondern die ethische Auseinandersetzung auch als Baustein für eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Behandlungsteam und Ärzten zu nutzen. Wenn Eltern für ihr schwer krankes Kind entscheiden müssen, gehört dies zur ärztlichen Sorgfaltspflicht.

3 Nach wie vor kommt der medizinischen Ethik in vielen Bereichen der hochspezialisierten Medizin ein «Mauerblümchendasein» zu. Die Selbstverständlichkeit eines ethischen Diskurses fehlt. Wie gut leben wir den Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten wirklich? Fragen wir, ob der Patient, das Kind versteht, was wir als Ärzte, aber auch als Pflegende planen zu tun, warum, wie genau und was die Folge davon sein kann? Wie konsequent sind wir im Alltag ausserhalb der Lehrsituation des Studentenunterrichts?

Antworten von Robert Weinbuch

1 Immer wieder werde ich als Seelsorger mit (medizinischen) Entscheidungen konfrontiert, die das Leben von Menschen, die ich begleite, beeinflussen. Meine Erfahrung ist: Jeder Mensch versucht, «richtig zu handeln» und jeder Mensch (auch jeder Mediziner) handelt ethisch, wenn es um Entscheidungen in wichtigen Lebensfragen geht. Solche Lebensfragen können beispielsweise sein: Wie geht man um mit Wünschen, Ängsten, Sorgen, Bedenken von Patienten und Angehörigen? Oder wie geht man mit Fragen am Ende des Lebens um, zum Beispiel Organtransplantation, Suizidhilfe oder terminale Sedierung? Diese und viele andere medizinische Fragen sind immer auch ethische Fragen und alle Ärzte haben im Umgang mit diesen Fragen eine grosse Verantwortung. Sie können sich nicht nur rein auf das «Medizinische» beschränken, denn sie haben mit Menschen zu tun. Die Ethik darf dabei aus meiner Sicht nicht abhängig sein von der Medizin, oder gar ihr untergeordnet, ebenso wenig abhängig von Forschung oder Wirtschaftlichkeit. Die Ethik steht aber auch nicht im Dienst einer Theologie oder Ideologie. Die Ethik steht im Dienst des Menschen, im Dienst der Patienten und seiner Angehörigen, aber auch im Dienst des Arztes.

2 Die Medizin hat in den letzten Jahrzehnten enorme Fortschritte gemacht und trägt dazu bei, die Lebensqualität vieler Menschen bis ins hohe Alter zu erhalten oder zu verbessern. Auch gegen viele Krankheiten gibt es immer bessere Behandlungsmöglichkeiten. Dies ist ein grosser Segen. Dies zieht jedoch nicht nur eine immer grössere Kostensteigerung im Gesundheitswesen nach sich, sondern auch medizinische Möglichkeiten, die nicht nur massiv in die

Natur, sondern auch in die Würde und Persönlichkeit des Menschen eingreifen, und ebenso in deren Religion und Glaubenshaltungen. Deshalb braucht es neben den rechtlichen Grundlagen auch ethische Grundlagen als Leitplanken und Wegweiser, manchmal vielleicht auch als Stoppschild. In Ausnahmesituationen kommt mancher Arzt aufgrund seines Gewissens sogar in Konflikt mit dem Recht. Ethik ist deshalb eher eine Ergänzung als ein Widerspruch zu medizinischer Machbarkeit.

3 Nahezu alle Hausärzte, die ich kenne, stellen sich ethische Fragen. Auch für viele Spitalärzte sind ethische Grundsätze selbstverständlich. Ich finde es gut, dass es bereits auf vielen Ebenen Ethikkommissionen gibt und habe den Eindruck, dass bereits vielfach sehr gut interdisziplinär (Medizin, Sozialarbeit, Seelsorge, Wirtschaft ...) zusammengearbeitet wird.

Allerdings verringern in meiner Wahrnehmung die Belastung, Bürokratie und viele rechtliche oder wirtschaftliche Vorgaben (Kosten) die vorhandenen Ressourcen vieler Ärzte, sodass wenig Zeit für die Reflexion ethischer Fragen bleibt.

Auch ist vielfach nicht klar, welche Ethik die Diskussionsgrundlage ist. Es gibt nicht «die Ethik»! Ethik hängt immer vom Menschenbild ab, weshalb es christliche, humanistische, atheistische, sozialistische, utilitaristische oder hedonistische Ethik gibt und noch viele andere. Diese Wertsysteme werden noch erweitert durch den Kontakt mit anderen Kulturen und Religionen infolge der Migration. Was also «richtig handeln» ist, bedeutet oft jeweils etwas ganz anderes. In diesem Bereich ist noch eine gewisse Bewusstseinsbildung zu leisten.



Robert Weinbuch
Pastoralraumleiter Katholische Kirche am Mutschellen



Jürgen Trieb

Ehepartner einer Patientin von Dr. Gregor Dufner, die inzwischen gestorben ist. Herr Trieb hat die medizinische Ethik als Angehöriger erlebt.

Antworten von Jürgen Trieb

1 Zweifellos hat die Ethik im Rahmen der Medizin einen sehr hohen Stellenwert. Für mich steht sie sowohl im Dienste des Patienten als auch des Arztes. Nach meinen Beobachtungen wird sie aber nicht immer wahrgenommen. Der Patient weiss wohl im Zusammenhang mit seinem «Fall» oft nichts mit dem Begriff Ethik anzufangen. Er ist stark abhängig – ja, «hörig» – und ist sich seiner Möglichkeiten, die er gegenüber dem behandelnden Arzt hat, gar nicht bewusst. Er ist «unwissend» (Aufklärung tut not!), zu bequem, ja, zu feige, um dieses Moment einzufordern. Sollen also nur «aufgeklärte» Patienten, die sich Ärzte, «angeblich!», wünschen, das Recht erhalten, Ethik einzufordern?

2 Nein, sie ist, richtig verstanden – von beiden Seiten! – kein Widerspruch! Beide Seiten können profitieren! Wo soll dann der Widerspruch sein? Sie

ist also – ja müsste! – eine Ergänzung, die in erster Linie dem Wohle der Patienten zugute kommt. Und hier wird ja «Fortschritt» wahrlich am dringendsten gebraucht! Was nicht heisst, dass der Fortschritt auch gewissen Medizinalpersonen sehr gut anstehen würde.

3 Das ist jetzt ein weites Feld! Um es kurz zu machen: in allen Bereichen! Und das betrifft nicht nur das Verhältnis zwischen Arzt und Patient, das betrifft das Verhältnis zwischen jedweden Medizinalpersonal, seien das Angestellte in der Administration, in der Pflege, im Therapiebereich. (Nicht nur Ärzte benehmen sich manchmal grob daneben!) Handlungsbedarf besteht, schon weil es der nachhaltigste Bereich ist!, bei der künftigen Vorbereitung der Ärzte auf ihre zukünftige Aufgabe. Ich spreche dezidiert von Charakterschulung derselben.

INSERAT

zur Rose

Patientenreport: Alle gemeinsamen Patienten auf einen Blick

Name	Geb.	Medikament	Gültig bis	Letzte Laufverl.	Rezeptierte Menge	Belegte Menge	Restmenge
Mutter Peter	27.05.1942	GLUCOZIDE Mepha-met-Diuretika 50 mg/100 mg	11.02.2015	11.02.2015	4	3	1
		DIACORAL Farnesol 100 mg/100 mg	11.02.2015	11.02.2015	4	4	0
		NOVONALIN Tabletten 100 mg/100 mg	11.02.2015	11.02.2015	4	4	0
		DIACORAL Farnesol 100 mg/100 mg	11.02.2015	11.02.2015	4	4	0
Mutter Peter	24.12.1950	ABBOTT FREESTYLE Precision Teststreifen 100 mg	18.09.2015	17.11.2015	4	2	2
		EPHIL Tabletten 20 mg/100 mg	18.09.2015	17.11.2015	4	2	2
		LANTUS 100 U/ml Cilomax/Insulin/Aspartat 5 x 3 ml	03.03.2016	17.11.2015	73	13	60
		EPHIL MITE Tabletten 10 mg/100 mg	01.03.2016	14.09.2015	4	2	2
		LOONE RETARD Ret Farnesol 100 mg/100 mg	01.03.2016	23.09.2015	4	2	2
		MEPHAKOL Tabletten 100 mg/100 mg	01.03.2016	17.11.2015	4	3	1
		MEPHAKOL Tabletten 100 mg/100 mg	01.03.2016	23.09.2015	11	2	9
		NOVONALIN Farnesol 100 mg/100 mg	01.03.2016	17.11.2015	32	10	22
		OLUFEN Gel 1% 100 g	01.03.2016	23.09.2015	12	5	7
		DIACORAL Farnesol 100 mg/100 mg	01.03.2016	23.09.2015	4	2	2
Mutter Peter	10.03.1934	VASCOREL Farnesol 100 mg/100 mg	18.03.2017	21.09.2015	2	1	1
		BETAHEXIN Tabletten 10 mg/100 mg	24.02.2016	15.09.2015	4	3	1
Mutter Peter	27.03.1931	ASS CARDIO Aspirin Farnesol 100 mg/100 mg	25.05.2016	17.12.2015	4	3	1
		CALCIUM D3 Sandoz Farnesol 100 mg/100 mg	25.05.2016	17.12.2015	4	3	1
		COMFORTO MIPHA MITE 2-500 mg/100 mg	25.05.2016	17.12.2015	4	3	1
		VITAMIN D3 Sandoz 4000 I.E. 100 mg/100 mg	25.05.2016	17.12.2015	4	3	1
Mutter Peter	29.03.1948	VALIANTIN Gel 1% 100 g	25.05.2016	17.12.2015	13	5	8
Mutter Peter	23.05.1952	COLOSANTIN Sandoz Farnesol 100 mg/100 mg	01.09.2016	18.12.2015	4	2	2
Mutter Peter	26.03.1945	AMLODIPIN Hexapharm Tabletten 10 mg/100 mg	22.07.2016	26.01.2016	4	2	2
		ASPIRIN CARDIO Farnesol 100 mg/100 mg	08.03.2016	26.01.2016	4	4	0
		ATOPRASTIN Hexapharm Farnesol 100 mg/100 mg	08.03.2016	26.01.2016	4	4	0
Mutter Peter	10.03.1941	DIACORAL Farnesol 100 mg/100 mg	07.11.2015	17.11.2015	4	3	1

Bezieht Herr Muster seine Medikamente?

Wie sieht die aktuelle Medikation aus?

Ist das problematisch für den Patienten?

Braucht der Patient ein neues Rezept?

Zur systematischen Unterstützung der Therapietreue und der Medikationssicherheit Ihrer Patienten hat **Zur Rose den Patientenreport lanciert**. Darin finden Sie jeden Monat die Medikation aller gemeinsamen Patienten auf einen Blick. So können Sie die Bezüge Ihrer Patienten auch zwischen den Konsultationen nachvollziehen. Abgelaufene oder auffällige Rezeptpositionen sind hervorgehoben.

Jetzt Patientenreport bestellen: Zur Rose Adhärenzfachstelle | 052 724 00 60 | patientenreport@zurrose.ch

Zur Rose Suisse AG | Tel. 052 724 00 20 | info@zurrose.ch

«Ohne Grundkenntnisse in der Biostatistik ist die kritische Beurteilung von publizierten Studienergebnissen schwierig»

Fragen zum Thema Biostatistik an PD Dr. Ulrike Held

Defacto: *Wo gibt es Ihrer Erfahrung nach Berührungspunkte bzw. Überschneidungen zwischen der Biostatistik und der Ethik?*

Ulrike Held: Jede Studie über Daten von Menschen (und Tieren) benötigt das positive Votum einer Ethikkommission. Dabei ist von zentraler Bedeutung, wie viele Individuen oder Patienten man benötigt, um die klinische Fragestellung beantworten zu können. Man spricht von der Fallzahl, die mit statistischen Methoden berechnet wird. Aus ethischen Überlegungen sind sowohl zu wenige Patienten als auch zu viele Patienten in einer Studie nicht adäquat: Wenn eine Studie mit einer zu geringen Anzahl von Patienten durchgeführt wird, kann im schlimmsten Fall die Studienfrage nicht beantwortet werden, und die Patienten wurden unnötig den Risiken einer Studie ausgesetzt. Falls mehr Patienten als nötig in eine Studie eingeschlossen werden, dann wird die Zulassung einer potenziell wirksamen Therapie hinausgezögert, und dies ist zum Nachteil von allen Patienten, welche von der neuen Therapie profitieren könnten. Moderne Studiendesigns berücksichtigen z. B. in ihrem Randomisierungsschema Erkenntnisse aus Zwischenanalysen: Wenn einiges darauf hindeutet, dass die neue Therapie wirksam ist, dann wird nicht mehr im Verhältnis 1:1 in neue Behandlung:Placebo randomisiert, sondern z. B. im Verhältnis 3:1 zugunsten der neuen Behandlung, oder die Studie wird sogar vorzeitig beendet.



PD Dr. Ulrike Held

Was genau umfasst das Fach Biostatistik? Und seit wann gibt es das Fach an den Universitäten?

Der Studiengang Biostatistik an der Uni Zürich ist der einzige eigenständige Biostatistik-Studiengang in der Schweiz. Das Fach Biostatistik findet bei der Beantwortung von Fragen in der Medizin, Biologie oder Public Health seine Anwendung. Die Methoden der Biostatistik können bei der Beurteilung der Wirksamkeit neuer Therapien, bei der Untersuchung von Risikofaktoren für Krebs oder andere Krankheiten und der Frage, wie lange eine Person mit einer bestimmten Krankheit überleben wird, eingesetzt werden.

Was kann die Biostatistik zum Fortschritt und zur Unterstützung der Medizin (u. a. bei der Bekämpfung bzw. Vermeidung von Krankheiten) beitragen?

Die Rolle der Biostatistik in der präklinischen und klinischen Forschung ist vielfältig: In der Planungsphase einer Studie braucht man die Methoden zur Festlegung des Studiendesigns, zur Fallzahlplanung und zur Konkretisierung der wissenschaftlichen Fragestellung. Später, nachdem die Daten erhoben wurden, für die Datenanalyse und zur Interpretation der Resultate.

In welcher Form arbeiten Biostatistiker und Mediziner zusammen?

Im besten Fall sind Biostatistiker und Mediziner Teil eines Forschungsteams, in dem jeder seine Fachkenntnis einbringt. Ich möchte dies anhand eines Beispiels erläutern: Vor sieben Jahren begann ich, an einem Forschungsprojekt über lumbale Spinalkanalstenose zu arbeiten, in dem Internisten, Chirurgen, Rheumatologen und Radiologen involviert sind. So können verschiedene Aspekte der Krankheit aus unterschiedlichen Blickwinkeln untersucht und neue Erkenntnisse in puncto Diagnose, Prognose und Therapie gewonnen werden.

Das Departement Biostatistik am Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention (EBPI) an der Universität Zürich trägt einen wesentlichen Teil zu den methodischen Grundlagen der Biostatistik in der Aus- und Weiterbildung von Studierenden

der Medizin an der Universität Zürich bei. Was heisst das genau?

Biostatistik-Vorlesungen gibt es im ersten und im vierten Studienjahr des Medizinstudiums. Hinzu kommen praktische Übungen, die auf die Vorlesungsstunden und auf individuelle Bedürfnisse der Mediziner abgestimmt sind. Seit Kurzem gibt es für Medizinstudierende die Möglichkeit, den speziellen Track «Forschung in der Medizin» zu wählen, in dem wir ein ganzes Modul über Statistik und Datenanalyse unterrichten werden. Auf Doktorats-Niveau lehren Mitglieder des EBPI in mehreren strukturierten PhD-Programmen Epidemiologie und Biostatistik.

Was kann die Biostatistik zur Nutzen- und Risikoabschätzung in der Medizin beitragen?

Die Nutzenabschätzung wird in der klinischen Forschung durch die Beurteilung der Wirksamkeit neuer Therapien geleistet. In klinischen Studien der Phase III, in denen die Behandlung zufällig (randomisiert) zugewiesen wird (RCTs), ist davon auszugehen, dass der gemessene Gruppen-Unterschied am Ende der Studie kausal durch die unterschiedlichen Therapien entstanden ist. Neben der Beurteilung der Wirksamkeit werden in klinischen Studien auch Nebenwirkungen erfasst, diese dienen der Beurteilung der Sicherheit einer neuen Behandlung und am Ende der Studie der Risikoabschätzung. Nach Zulassung einer neuen Behandlung auf dem Markt können sogenannte Phase-IV-Studien durchgeführt werden, welche weitere Risiko-Nutzen-Abschätzungen an einem grösseren Patientenkollektiv und unter realistischen Bedingungen ausserhalb von kontrollierten Studienbedingungen erlauben. Sehr selten auftretende Nebenwirkungen können auf diese Art erkannt werden. Die Methoden der Biostatistik sind in jedem der beschriebenen Aspekte wichtig.

Welche zentralen Informationen oder Erkenntnisse aus Ihrem Fachgebiet können Sie den Grundversorgern und Hausärzten weitergeben?

Seit einigen Jahren wird die sogenannte evidenzbasierte Medizin propagiert, die die Grundlage für klinische Entscheidungen bilden sollte. Basierend auf der empirischen Forschung gibt es verschiedene Niveaus von klinischer Evidenz für oder gegen Therapien, die die Grundversorger in ihrem Fachgebiet kennen sollten. Zum Beispiel liefert eine randomisierte Phase-III-Studie ein viel höheres Niveau an Evidenz als die kleine retrospektive Beobachtungsstudie – auch wenn die Phase-III-Studie von der pharmazeutischen Industrie finanziert wurde.

Biostatistik kann einen wertvollen Beitrag zur Entscheidungsfindung zum Beispiel pro/contra Mammographie- oder PSA-Screening bieten. Können Sie uns dazu einige Kernaussagen (take home messages) machen?

In unterschiedlichen Ländern wird der Einsatz von Screening-Programmen unterschiedlich beurteilt. Neben den Kosten, die ein Screening-Programm verursacht, entstehen natürlich auch falsch-positive Screening-Resultate, welche die Menschen verunsichern und zusätzliche Abklärungen erfordern, in denen sich dann das positive Resultat nicht bestätigt. Auf der anderen Seite können durch Screening-Programme

maligne Erkrankungen in einem frühen Stadium erkannt und Todesfälle vermieden werden. Wichtig ist in jedem Fall die individuelle Betrachtung der familiären Belastung oder das Vorliegen bekannter Risikofaktoren.

Im Gesundheitswesen werden die Kosten zunehmend in den Mittelpunkt gerückt. Gibt es in der Biostatistik Erkenntnisse über Behandlungen, die ein besonders ungünstiges Preis-Leistungs-Verhältnis aufweisen? Oder solche mit besonders günstigem Preis-Leistungs-Verhältnis?

Es gibt ein eigenes Forschungsgebiet, welches sich mit den Fragen zur Kosteneffizienz von Therapien und Arzneimitteln beschäftigt. Die Zulassung einer Behandlung erfolgt jedoch allein über den Nachweis ihrer Wirksamkeit, und nicht aufgrund der Kosten.

Untersuchungen zeigen, dass Hausärzte Nachholbedarf für biostatistisches Denken haben. Wie erleben Sie dies? Nehmen oder nehmen Sie an Qualitätszirkeln von Ärzten teil?

In den vergangenen Jahren habe ich an verschiedenen Deutschschweizer Spitälern in verschiedenen Abteilungen Workshops und Fortbildungsveranstaltungen zu unterschiedlichen Themen der Biostatistik gehalten. Meine Erfahrung ist, dass unabhängig von der Fachrichtung ein gewisser Nachholbedarf besteht. Einige Ärztinnen und Ärzte erzählen, dass sie während ihres Studiums die Bedeutung der Biostatistik nicht erkannt haben und nun gerne ihr Wissen auffrischen würden. Ohne Grundkenntnisse in der Biostatistik ist die kritische Beurteilung von publizierten Studienergebnissen schwierig. Ich habe bisher nicht an Qualitätszirkeln von Ärzten teilgenommen.

Ulrike Held, PD Dr. rer. nat., ist Leiterin Wissenschaftliche Methodenberatung am Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention an der Universität Zürich.

Die Fragen stellten Bernhard Stricker und Gregor Dufner

Argomed engagiert sich seit vielen Jahren in der medizinischen Nachwuchsförderung, unterstützt aber ebenso Bemühungen um die Aufwertung des Berufes der MPA. Nachfolgend drei aktuelle Beiträge zu diesen Themen, die ergänzt werden durch einen Bericht über die Plattform der Argomed vom 9. November 2017.

Nachwuchsförderung: Frischer Wind dank Medizinstudenten in der Praxis!



Dr. med. Isabelle Fuss

Dass wir Hausärzte vom Aussterben bedroht sind wie einst der Dodo, ist nichts Neues. Die viel interessantere Frage ist jedoch: Was tun wir dagegen? In meiner Tätigkeit als Botschafterin für Hausarztmedizin bei der Argomed habe ich mit einigen Hausärzten, Studenten und Assistenzärzten gesprochen und bin immer wieder zum gleichen Schluss gekommen: Je mehr Kontakt die Jungen mit der Hausarztmedizin haben, desto eher möchten sie selbst Hausärzte werden. Der noch Unwissende hat manchmal den Eindruck, der Hausarzt behandle ja nur Husten und Schnupfen.

Andere denken, sie müssten als Hausärzte alles können. Dass die ärztliche Grundversorgung eine spezielle Form der Medizin ist, erkennen wir erst mit der praktischen Erfahrung.

Wir Hausärzte behandeln ca. 90 % der Fälle eigenständig und koordinieren die Untersuchungen sowie die Therapien bei Spezialisten. Wir begleiten unsere Patienten über viele Jahre und kennen häufig deren soziales Umfeld. Wir nehmen Abklärungen schrittweise vor, immer so viele wie sinnvoll sind. Wir wissen, dass sich vieles von alleine wieder regelt und kein Eingreifen unsererseits nötig ist. Andererseits ziehen wir alle Register, um eine Diagnose zu erzwingen, wenn dies eine relevante Konsequenz hat.

Hausärzte als Lehrärzte gesucht

Diese Fähigkeiten gilt es auch unserem Nachwuchs zu vermitteln. Als Belohnung winkt neben der finanziellen Vergütung ein frischer Wind, eine neue Sichtweise und die Motivation der nächsten Generation. Mit viel Glück gelingt es sogar, zukünftige Mitarbeiter zu gewinnen.

Ein Engagement als Lehrarzt ist an verschiedenen Universitäten möglich. Auch innerhalb einer Uni gibt es unterschiedliche Lehrgänge für Studenten. In unserer Praxis hatten wir im Frühling 2017 eine Studentin aus Zürich im vierten Studienjahr für sechs Halbtage im Einzeltutoriat, weshalb ich dies hier als Beispiel darstelle. Einige nachfolgende Grundregeln gelten für all diese Formen.

Was erwarten die Studenten von uns?

Der Fokus liegt auf der praktischen Arbeit. Der Student soll sehen, was in einer Hausarztpraxis alles machbar ist und möglichst alles auch einmal selbst gemacht haben. Er soll die Praxisorganisation erkennen. Er erhebt Anamnese und Befunde selbstständig seinem Wissensstand entsprechend und stellt dies dem Lehrarzt vor. Auch Normalbefunde sind hier spannend. Einige Fälle werden nach dem SOBP-Schema (subjektiv, objektiv, Beurteilung, Procedere) durch den Studenten dokumentiert.

Idealerweise legen wir vor jedem Kurs mit dem Studenten die Ziele generell und für die jeweiligen Halbtage fest. Regelmässiges konstruktives Feedback (mehr dazu später) sowie auch Feedback vom Studenten sind wichtig für den Lerneffekt. Lehrreich ist auch der Vergleich zwischen der Selbsteinschätzung durch den Studenten mit unserer Beurteilung. Eine wertschätzende Haltung ist dabei schon die halbe Miete.

Eine wichtige Regel ist: lange Monologe vermeiden. Als Hilfen bieten sich folgende Fragen an den Studenten an:

- Was meinst du, ist das Hauptproblem des Patienten?
 - Was würdest du als nächsten Schritt unternehmen, um die Diagnose zu sichern?
 - Welche Erkrankung behandeln wir jetzt?
 - Wie dringlich sind weitere Abklärungen und Therapien?
 - Kannst du das Gehörte zusammenfassen?
- Anstelle von: «Hast du es verstanden?» lieber offene Fragen stellen, um zu erkennen,

ob das Gesagte wirklich verstanden wurde. Dazu ein interessantes Zitat von Peter Benary: «Das Missverständnis ist die häufigste Form der menschlichen Kommunikation.»

Falls doch einmal Probleme auftreten, sollten diese ohne Vorwurf angesprochen werden. Der Didaktikkurs des Hausarztinstituts Zürich bietet Hilfestellungen für spezielle Situationen an. Generell ist dieser Kurs sehr empfehlenswert als Einstieg und zum Auffrischen.

Die Skripte für Studenten wurden uns zur Verfügung gestellt, sodass wir Lehrärzte wissen, was von den Studenten verlangt wird. Gemäss Didaktikkurs des Hausarztinstituts Zürich wird bei den Prüfungen besonders Wert darauf gelegt, dass die Studenten eine bestimmte Reihenfolge der Untersuchungsmethoden einhalten: Inspektion, Palpation, Perkussion, Auskultation, Funktionsprüfungen. Hier müssen wir uns etwas umgewöhnen.

Wie gebe ich konstruktives Feedback?

Auch hier ist die wertschätzende Haltung wichtig. Ich gebe Feedback mit einer Ich-Botschaft. Ich verallgemeinere nicht. Das Feedback ist konkret. Der Empfänger hört zu und verteidigt sich nicht. Erlaubt sind nur Verständnisfragen.

Ein Beispiel für das Einzeltutoriat

Das Einzeltutoriat besteht aus sechs Halbtagen. Am ersten Halbttag lief unsere Studentin mit den MPAs mit. Sie schrieb ein EKG, impfte, nahm Blut ab, mass den Blutdruck und bediente Laborgeräte. Am zweiten Halbttag bestritten wir gemeinsam die Sprechstunde. Jeder Fall wurde kurz vor- und nachbesprochen. Am dritten Nachmittag untersuchte die Studentin selbstständig einen Patienten und stellte ihn mir vor. Das weitere Vorgehen erarbeiteten wir gemeinsam. Am vierten Nachmittag war sie bei

der Kollegin, die Manualmedizin und Gelenkinfiltrationen anbietet. Der fünfte Halbttag wurde für die Visite im Pflegeheim verwendet und der sechste für den Notfalldienst im Spital. Hier konnte sie einige Patienten unter Supervision behandeln. Ihre Begeisterung für den Notfalldienst war für mich sehr erfrischend.

Gut geplant ist halb gewonnen!

Ein Tutoriat in der Praxis will vorbereitet sein. Wenn die Sprechstunde platschvoll ist und dann noch viele Notfälle kommen, wird es ungemütlich. Wenn wir aber die Sprechstundenzeit etwas verlängern und Pausen dazwischenschieben, geht es sehr gut und es stellt eine Bereicherung für alle dar. Zugegeben ist dies nicht einfach umsetzbar, müsste aber bei langfristiger Planung möglich sein. Praxismitarbeiter sowie Patienten sollten kurz über den Kurs informiert werden.

Dabei reicht es, den Studenten kurz dem Patienten vorzustellen. Die Patienten sind häufig sehr wohlwollend und freuen sich, wenn sie zur Ausbildung beitragen können. Eine Zielvereinbarung braucht wenig Zeit, hilft aber sehr für die Strukturierung. Am besten legen wir für den Studentenkurs einen Ordner an und sammeln dort alles. Dann ist beim nächsten Halbttag (der immer schneller kommt als man denkt) alles sofort verfügbar. Am Schluss des Halbtages legen wir am besten bereits die Ziele für den folgenden Halbttag fest.

Laut denken (das gilt für Lehrarzt und Studenten gleichermaßen) hilft für das Verständnis. Die Studenten viel selber machen lassen motiviert und der Lerneffekt ist so am grössten.

Was wir vermitteln sollen ist kurz gesagt: Wissen-Können-Haltung. Dazu gehört auch unsere eigene wertschätzende Haltung sowohl dem Studenten gegenüber als auch gegenüber dem Patienten.

Vorbild Curriculum Hausarzt Freiamt

Zum Schluss noch ein Blick auf das Curriculum Hausarzt Freiamt, welches durch Dr. med. Roland Schumacher mit seinen Hausarztkollegen ins Leben gerufen wurde. Dort kommen die angehenden (Haus-)Ärzte immer wieder in Kontakt mit den praktizierenden Grundversorgern. Viele Ärzte der Region sind als Lehrärzte tätig. Die Studenten werden jeweils zum «Studentenhöck» eingeladen, einem lockeren Austausch zwischen Hausärzten und Studenten. Dies bietet Gelegenheit, vieles über die Weiterbildungsmöglichkeiten, die Besonderheiten der Hausarztmedizin, die Praxisformen und -organisation, die Arbeitsbedingungen usw. zu erfahren. Weiter gibt es die Möglichkeit, 1–2 Monate als Unterassistent in der Praxis zu verbringen, und ergänzend wird nach dem Studium die Praxisassistenten angeboten. In Zusammenarbeit mit dem Spital Muri erhalten interessierte Assistenzärzte die Möglichkeit, während der Weiterbildung tageweise in einer Hausarztpraxis zu arbeiten. Das Spital profitiert von den erworbenen Fähigkeiten ihrer Assistenzärzte in der Hausarztpraxis, und manch ein Assistenzarzt kann für den wunderschönen Hausarztberuf motiviert werden.

Auch in Baden bieten wir seit 2014 regelmässig Studentenhöcks an, die jeweils gut besucht werden. Der tageweise Einsatz von Assistenzärzten des Kantonsspitals Baden bei Hausärzten der Region ist geplant.

**Dr. med. Isabelle Fuss,
Hausärztin, Argomed-Botschafterin
für Hausarztmedizin**

Arbeitsteilung in der Praxis: Förderung der MPA



Marco Plüss

Stellt man Hausärzten die Frage, wo die grössten Probleme in Bezug auf die Gewährleistung der Grundversorgung bestehen, wird man meistens mit einem Ressourcenproblem konfrontiert. Zum einen steht eine wachsende Anzahl an Versicherten und künftigen Patienten einer rückläufigen Anzahl an Hausärzten gegenüber. Um der steigenden Belastung in vermehrt übervollen Praxen mit gleichbleibenden Ressourcen gerecht werden zu können, sind Hausärzte gezwungen, die täglichen Abläufe zu optimieren. Dies soll jedoch

nicht auf Kosten der Qualität und auch nicht zulasten der Patienten in Form eines Aufnahmestopps geschehen. Ziel ist, die bestehenden Ressourcen möglichst gewinnbringend einzusetzen und dadurch einen Mehrwert und Nutzen zu schaffen. Ein Ansatz ist, die Arbeitsteilung in der Praxis zu fördern. Dies soll zum Beispiel mit einer gezielten Förderung und Weiterbildung der MPA möglich gemacht werden.

Im Rahmen der vergangenen Argomed-Netzkonferenz im Herbst wurde anhand des Doktorzentrums Mutschellen aufgezeigt, wie eine solche Optimierung funktionieren kann. Das Doktorzentrum Mutschellen beschäftigt unter anderem eine Medizinische Praxiskoordinatorin (MPK) in praxisleitender Richtung, die alle Koordinationsaufgaben inkl. zum Beispiel der personellen Führung der MPA übernimmt. Rahel Hüscher, MPK in praxisleitender Richtung, bestätigt: «Wir handeln grösstenteils autonom, haben jedoch eine Ansprechperson in der Ärzteschaft.» Und Dr. med. Andreas Weisshaar, einer der leitenden Ärzte im Doktorzentrum Mutschellen, ergänzt: «Dies ist eine grosse Entlastung, da die Ärzteschaft sich wieder auf den eigentlichen Job konzentrieren kann. Grundsätzlich wird die Praxis durch die leitenden MPK geführt.»

In der weiterführenden Ausbildung der MPA zur MPK wird zwischen der praxisleitenden und der klinischen Richtung unterschieden. Die praxisleitende Richtung soll klinisch-medizinische Erfahrung mit Geschäftsführungs-Know-how verbinden. Dies kann das Personalwesen, Löhne, Kommunikation und Qualitätssicherung umfassen. Die klinische Richtung hingegen konzentriert sich auf die ganzheitliche Betreuung von Patienten mit chronischen Krankheiten. Eine MPK klinischer Ausrichtung erfasst z.B. die aktuelle Lage eines Patienten, plant die weitere Behandlung, fördert die Selbsthilfekompetenz des Pati-

enten und dessen Angehörigen und koordiniert Leistungserbringer. Leila El-Akab, MPK klinischer Ausrichtung im Doktorzentrum Mutschellen, erwähnt, pro Woche betreue sie vier bis sechs Patienten praktisch autonom, ein Arzt werde lediglich für die Schlusskontrolle beigezogen. Dr. med. Andreas Weisshaar bestätigt: «Einerseits entsteht eine zeitliche Entlastung, da die Betreuung mehrheitlich ausgelagert wird. Andererseits wird auch der administrative Aufwand verringert, da die MPK sozusagen ihre «eigenen» Patienten selbst organisiert. Und zu guter Letzt können die Leistungen über die Tarmed-Position 00.1430 abgerechnet werden.»

Nebst einer Entlastung in der Praxis kann durch eine gezielte Förderung zudem das Berufsbild der MPA aufgewertet werden und wieder an Attraktivität gewinnen. Das Bedürfnis nach einem Wechsel in eine andere Sparte (Stationäre Leistungserbringer, Pharma usw.) könnte durch eine neue Perspektive ebenfalls gemindert werden. Noch sind einige Fragen zu klären und natürlich ist eine anfangs kostenintensive Ausbildung nicht für jede Praxisart und -grösse gleich gut geeignet. Das Netzkonferenz-Plenum ist sich jedoch einig, dass man hier gemeinsam anpacken will. Die Argomed Ärzte AG prüft derzeit verschiedene Möglichkeiten für eine gemeinsame Förderung.

Marco Plüss,
Bereichsleiter Managed Care

Weiterführende Informationen zu den MPA-Weiterbildungsmöglichkeiten:
www.odamed.ch

Der Beruf der MPA wird wieder attraktiver



Jacqueline Kaeser

Als ich vor rund elf Jahren meine Ausbildung als MPA abschloss und in einer Gruppenpraxis zu arbeiten begann, war das Thema Weiterbildung auf einzelne themenbezogene Schulungen reduziert. Man hatte keine Möglichkeit, etwas auf dieser Ausbildung aufzubauen. Für mich spielte dies anfangs auch noch keine grosse Rolle, ich wollte erst einmal Berufserfahrung sammeln.

Mir wurde dies nach ca. zwei Jahren nach meinem Abschluss als MPA erstmals bewusst, als ich noch eine Weiterbildung machen wollte. Bei allen medizinischen Ausbildungen, die mich interessierten, hätte ich bei null anfangen müssen, und nicht einmal berufsbegleitend wurden diese angeboten, wenn man MPA gelernt hatte. Aus finanziellen Gründen war es mir aber unmöglich, bei null anzufangen, da ich zu diesem Zeitpunkt eine Wohnung zu finanzieren hatte, was mit einem Gehalt eines Auszubildenden unmöglich ist.

In der Gruppenpraxis bekam ich jedoch die Möglichkeit, zusätzliche Aufgaben zu übernehmen, wie die Apotheke, später den IT-Erstsupport und interne Audits durchzuführen. In einer Gruppenpraxis bekommt man viele Möglichkeiten, sich weiterzubilden und zusätzliche Aufgaben zu überneh-

men. In Einzelpraxen oder kleinen Doppelpraxen hat man diese Möglichkeiten nicht. Da bleibt man schnell «stehen», wie auch ich merken musste.

Nach ca. fünf Jahren habe ich mich beruflich verändert und in eine kleine Doppelpraxis gewechselt. Nach einiger Zeit merkte ich, dass dies nicht alles ist, was ich machen möchte, denn die Abläufe sind immer gleich und die Routine ist gross. Den Beruf zu wechseln war allerdings für mich keine Lösung. Zu diesem Zeitpunkt war die Ausbildung als medizinische Praxiskoordinatorin im Aufbau. Da ich aber in dieser kleinen Hausarztpraxis weder die klinische Richtung noch die administrative Richtung anwenden konnte, war dies in dem Moment eigentlich auch noch keine Option. Wir hatten da schlicht zu wenige MPA, um dies umzusetzen. Für mich war klar, dass ich in einer solch kleinen Praxis keine Weiterbildungsmöglichkeiten hatte und auch keine Zukunft sah.

Bei der Stellensuche legte ich Wert darauf, dass es doch in einer Hausarztpraxis war, ich aber die Möglichkeit bekam, nach der Ausbildung das Erlernte auch anzuwenden. Ich wurde fündig bei Dr. med. Gregor Dufner. Er ermöglicht mir die Ausbildung zur medizinischen Praxiskoordinatorin in die klinische Richtung. Somit kann ich meinen Beruf weiter ausüben und dabei doch noch etwas darauf aufbauen.

Dies ist alles nicht selbstverständlich, wie ich von mehreren Seiten hören konnte. Die Ausbildung wird von vielen Ärzten noch nicht akzeptiert, vor allem die klinische Richtung.

Verantwortung abgeben fällt vielen nicht leicht, obwohl wir nichts selber entscheiden, alles auf Anweisung geschieht und dokumentiert wird. Auch ist die Verrechnung noch ein Thema, das verunsichert. Besser aufgenommen wird die Ausbildung in administrativer Richtung. Die leitenden MPA können das, was die meisten schon vorher ohne Ausbildung gemacht haben, nun mit einem Fachausweis nachweisen.

Ich glaube, der Beruf MPA wird durch diese weiterführende Ausbildung wieder attraktiver. Schulabgängerinnen und -abgänger möchten bei der Berufswahl schon wissen,

was für Möglichkeiten sie nach der Ausbildung haben. Viele Auszubildende machen die Ausbildung mit BMS, damit sie nachher weitermachen können. Das heisst, dass wir viele junge Lehrabgängerinnen wieder verlieren. Wenn sie aber sehen, dass es Weiterbildungsmöglichkeiten gibt, wird dies vielleicht weniger der Fall sein.

Diese Ausbildung in die klinische Richtung ist auch wichtig für die Langzeitbetreuung der chronisch kranken Patienten. Die Hausarztpraxis wird mehr und mehr mit akuten Patienten ausgelastet. Viele einfache Kontrollen (Fusskontrolle bei Diabetikern usw.) und Überweisungen gehen unter, da bei den chronisch kranken Patienten Zeit gespart wird. Dabei ist eine umfassende Betreuung gerade für diese Patienten wichtig, und sei es nur, dass sie jemanden zum Reden haben, ihre Probleme deponieren können und gemeinsam Lösungen gefunden werden. Viele Unsicherheiten, denke ich, werden dadurch verringert, wenn man genau weiss, was man wann tun muss. Und wenn dieses Wissen vorhanden ist, werden auch Notfallkonsultationen vermindert.

Schlussendlich geht es nicht darum, den Ärzten etwas wegzunehmen (wovor meiner Meinung nach viele Ärzte Angst haben), sondern sie zu unterstützen. Was letztlich wieder den Patienten zugutekommt und langfristig die Kosten senkt.

Jacqueline Kaeser,
Medizinische Praxisassistentin

E.T. – eine Plattform voller elektronischer Themen



Martina Gottburg

Ein November-Abend im Bahnhofbuffet Olten. Auf der Agenda stand der eMediplan, das elektronische Patientendossier und Chronic Care in der Diabetesbehandlung. Langweilig? Im Gegenteil! Drei renommierte Referenten zeigten an der letzten Argomed-Plattform vom 9. November 2017 sehr anschaulich und praxisnah auf, wie diese Themen in den jeweiligen Kantonen umgesetzt werden können.

Die wichtigsten Botschaften in Kürze:

1 Das elektronische Patienten-dossier (EPD)

präsentiert von Nicolai Lütschg,
Geschäftsführer Stammgemeinschaft
eHealth Aargau

Die Stammgemeinschaft ist die Kompetenz- und Umsetzungsstelle für eHealth im Kanton Aargau und publiziert demnächst das übergeordnete Strategiepapier «eHealth Aargau 2025». eHealth ist viel mehr als das elektronische Patientendossier – aber es gilt Qualität vor Quantität. Primär wird in die Digitalisierung der Leistungserbringer und in die direkten Primärsysteme investiert. Auch die Finanzierungsfrage ist bereits geklärt; ein Grossteil der Kosten soll vom stationären Bereich getragen werden. Ab sofort nutzbar ist die elektronische Zu- und Überweisung zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern. Weitere Anwendungen folgen Ende 2018. Wir stellen somit fest, «eHealth Aargau» ist keine Vision, sondern Realität!

2 Der Zuger eMediplan

präsentiert von Dr. med. Peter Gerritsen,
Präsident der Ärztesgesellschaft Zug

Eine Halbierung der Medikationsfehler bedeutet für den Kanton Zug jährliche Einsparungen von über einer Million Schweizer Franken. Das tönt vielversprechend. Mit dem Projekt eMediplan steht allen beteiligten Gesundheitsfachpersonen ein zentraler und tagesaktueller Medikationsplan zur Verfügung. Der Clou daran? Es gibt sowohl eine digitale als auch analoge Lösung. Eine geschickte Webportallösung ermöglicht den eMediplan auch für Praxen ohne elektronische Krankengeschichte. Der Patient entscheidet über die Zugriffsrechte, und auch dem Datenschutz wird gemäss aktuellsten Richtlinien Rechnung getragen.

3 QualiCCare

präsentiert von Dr. med. Regula Kaufmann Castillo, Leiterin Centramed Zug

QualiCCare ist ein Projekt zur Outcome-Messung in der Diabetesberatung. Eine Digitalisierung wäre in diesem Bereich wünschenswert, die Realität sieht momentan

leider noch anders aus. Nichtsdestotrotz lässt sich ein solches Programm auch ohne elektronische Schnittstellen bestens in der Praxis umsetzen, sind doch die entscheidenden Erfolgsfaktoren nach wie vor die Menschen dahinter. In den Centramed-Praxen betreuen fünf medizinische Praxiskoordinatorinnen rund 600 Diabetes-Patienten. Dies scheint für Patienten, MPA, Ärzte und Krankenversicherer eine Erfolgsstory zu sein. Somit bleibt zu hoffen, dass Chronic-Care-Programme bald vom Papier wegkommen und sich richtige Informationssysteme etablieren.

Sie möchten mehr zu den Themen wissen? Gerne stellen wir für Sie Kontakt zu den entsprechenden Experten her. Alle Präsentationen sind auch im geschützten Bereich unter www.argomed.ch zu finden. Wir freuen uns auf ein Wiedersehen an der nächsten Argomed-Plattform vom 1. Februar 2018 und hoffen, gemeinsam mit Ihnen die «e-Themen» vorantreiben zu können.

Martina Gottburg,
Consultant Managed Care

Testen Sie Ihr Wissen und gewinnen Sie schöne Preise!

Die Hauptpreise:

- 1. Preis:** Essens-Gutschein für zwei Personen im Wert von CHF 300.–
- 2. Preis:** Fitnesstracker
- 3. Preis:** Geschenkkorb

Wie steht es um Ihr gesundheitspolitisches und medizinisches Wissen? Wenn Sie die nachfolgenden, nicht ganz einfachen Fragen richtig beantworten, entsteht ein Lösungswort, das aus 20 Buchstaben besteht. Alle richtigen Einsendungen nehmen an einer Verlosung teil, an der es einiges zu gewinnen gibt (siehe Kasten nebenan). Wir wünschen Ihnen erholsame Feiertage, einen guten und erfolgreichen Start ins neue Jahr und vor allem gute Gesundheit. Möge im Jahr 2018 vieles von dem in Erfüllung gehen, was Sie sich wünschen.

Redaktion Defacto

1 Wer ist im Bundesrat für das Gesundheitswesen zuständig?

- B** Doris Leuthard
- H** Alain Berset
- A** Simonetta Sommaruga

2 Wofür steht die Abkürzung HPV?

- M** Herpes Pilz Virus
- E** Hausärztliche Pillen-Verordnung
- A** Humanes Papilloma-Virus

3 Was ist eine Fallpauschale?

- U** Pauschalbetrag für eine bestimmte ärztliche Leistung
- N** Eine Pauschale für medizinische Leistungen, die in jedem Fall fällt
- A** Spezielle Unfallversicherung für Notfälle

4 Was ist eine Sonografie?

- S** Eine Ultraschalluntersuchung
- F** Eine bildgebende Untersuchung «in der Röhre»
- G** Die grafische Darstellung der Gehirnhäute

5 Eineiige Zwillinge teilen sich immer ...

- K** ... eine Fruchthöhle
- A** ... eine Gebärmutter
- E** ... einen Mutterkuchen

6 Was ist ein Gen?

- S** Träger der Erbinformation, kommt in Zellkernen vor und besteht aus DNA (Desoxyribonukleinsäure), die um Proteine gewickelt ist
- R** Abschnitt der DNA, der die Informationen für ein bestimmtes Protein enthält
- G** Grundbaustein der Zelle, besteht aus Molekülen, die aus Aminosäuren zusammengesetzt sind

7 Was ist «e-Health»?

- Z** System der elektronischen Verarbeitung von Daten eines Patienten
- K** Gesundheitsprogramm, das auf der E(nergie)-Theorie von Einstein basiert
- A** Elektronischer Arzt (im Internet)

8 Was prüft der Arzt mit dem Lachman-Test?

- T** Bandverletzung am Knie
- I** Stärke der Bauchmuskulatur
- K** Ob der Patient Humor hat

9 Wo liegen die Langerhansschen Inseln?

- W** Im Mittelmeer
H In der Lunge
S In der Bauchspeicheldrüse

10 Wie bezeichnet man die Genesung bzw. Genesungszeit nach einer Krankheit?

- A** Rehabilitation
B Reinkarnation
P Rekonvaleszenz

11 Was bezeichnet der Arzt als Meningitis?

- R** Hirnhautentzündung
I Gelenkentzündung
A Bindehautentzündung

12 In welchem Jahr wurde zum ersten Mal eine erfolgreiche Herztransplantation am Menschen durchgeführt?

- A** 1971
K 1958
E 1967

13 Welche der genannten Früchte haben den höchsten Vitamin-C-Gehalt?

- B** Kiwi
N Orangen
C Schwarze Johannisbeeren

14 Wie viele Ärzte arbeiteten Ende 2016 insgesamt in der Schweiz (ambulanter und stationärer Sektor zusammen)?

- S** 28 993
U 44 715
H 36 175

15 Wie viele Prozente davon (bezogen auf Frage 14) waren als Hausärzte tätig?

- S** 32
V 27
A 44

16 Welches sind drei wichtige Risikofaktoren für einen Herzinfarkt?

- B** Diabetes, Alkohol, erhöhte Leberwerte
T Rauchen, Bluthochdruck, erhöhter Cholesterinspiegel
E Übergewicht, Stress, Gicht

17 Was heisst BAG?

- U** Bundesamt für Gesundheit
K Bundesamt für Gesetze
I Bundesamt für Gratismedizin

18 Was meint der Arzt, wenn er sagt: «Sie haben eine Rhinitis»?

- N** Sie haben Schnupfen
A Sie haben Durchfall (M)
K Sie haben Migräne

19 Was ist das OBSAN?

- T** Amt für Oberfeldsanität
D Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
O Schmerzmittel

20 Was ist gemeint mit «smarter medicine»?

- E** «Weniger ist mehr» (Verhinderung von unnützen oder gar schädlichen Therapieformen)
Z «Mehr smarte Medizin» (= mehr Schönheitsoperationen)
L «Mehr für weniger» (mehr Medizin für weniger Kosten)

Das Lösungswort heisst:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Bitte senden Sie das Lösungswort bis 31. Januar 2018 an folgende Adresse:

Argomed Ärzte AG, Weihnachtsrätsel, Bahnhofstrasse 24, 5600 Lenzburg – oder per Mail: argomed@argomed.ch



Bringt Ärzte weiter

Impressum

Bahnhofstrasse 24
CH-5600 Lenzburg
Tel. +41 56 483 03 33
Fax +41 56 483 03 30
argomed@argomed.ch
www.argomed.ch

Redaktionelle und inhaltliche Verantwortung

Dr. med. Gregor Dufner
Dr. med. Rudolf Ebnöther
Dr. sc. nat. Claudine Blaser, Geschäftsführerin
Bernhard Stricker, lic. phil., Journalist BR
Michelle Stettler, Administration

Agenda

Plattform Tarifschulung
Donnerstag, 01.02.2018

Netzkonferenz
Donnerstag, 01.03.2018
Donnerstag, 07.06.2018

Argomed Jubiläums-GV
Donnerstag, 24.05.2018