

# DEFACTO

FAKTEN UND MEINUNGEN DER ARGOMED

**Forschen, statt  
beforscht werden!**



Max  
Springe

# Inhalt

- 3 Editorial**  
Von Dr. med. Gregor Dufner
- 4 Forschung im Dienste der Patienten**  
Von Bernhard Stricker lic. phil., Redaktor DEFACTO
- 6 «Forschen oder beforscht werden ist die Frage»**  
Interview mit Prof. Dr. med. Thomas Rosemann
- 10 Beispiel eines hausärztlichen Nationalfonds-Forschungsprojektes**  
Von Dr. med MPH Stefan Neuner-Jehle
- 12 Forschung in der Hausarztmedizin ist wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich**  
Von Dr. med. Jürg Vontobel
- 13 TARMED: die Würfel sind gefallen!**  
Von Dr. sc. nat. Claudine Blaser
- 14 «Die Schiffsmedizin orientiert sich an der Notfallmedizin»**  
Interview mit dem Hausarzt Jörg Gaiser



Liebe Leserinnen und Leser

Was bietet die Hausarztmedizin? Diese Frage kann unter verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden. Der Patient mag das Leistungsangebot sehen, welches der Diagnostik und Behandlung seiner Beschwerden dient. Der Hausarzt verfügt über ein langjähriges Vertrauensverhältnis, kennt das Umfeld des Patienten und auch dessen persönliche Reaktionsweisen, wenn ihn psycho-soziale Veränderungen belasten. Dies verhindert überbordende Fremdadklärungen.

Die WZW-Kriterien verlangen zwar den Nachweis von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit – auch für die Hausarztmedizin. Wir sehen uns als Hausärzte aber häufig einer einseitigen Kontrolle der Wirtschaftlichkeit ausgesetzt, als ob dies in unserer täglichen Arbeit wichtiger wäre als Wirksamkeit und Zweckmässigkeit.

Was bietet denn die Hausarztmedizin aus wissenschaftlicher Sicht? Die Datenlage ist noch recht dünn und hinkt dem Ausland zum Teil hintennach. «Forschen oder beforscht werden», so lautet das zugespitzte Fazit von Prof. Thomas Rosemann im Interview auf Seite 6 und weist damit auf das Dilemma der Forschung in der Hausarztmedizin hin.

Vor diesem Hintergrund stellen wir Ihnen in dieser Defacto-Ausgabe einige ausgewählte Studienprojekte des «Nationalen Forschungsprogrammes 74 Gesundheitsversorgung» (NFP 74 – Versorgungsforschung) vor, wozu auch der Artikel von Dr. Neuner-Jehle über ein Forschungsprojekt zur Medikation bei Spitalaustritt gehört. Die Untersuchung dieser fehleranfälligen Schnittstelle wird ebenfalls vom Schweizerischen Nationalfonds unterstützt.

Während wir mit KVG-Mitteln auf unsere Wirtschaftlichkeit kontrolliert werden, müssen Wirksamkeit und Zweckmässigkeit weitgehend mit Fremdmitteln (oder Enthusiasmus) erforscht werden.

Die Institute für Hausarztmedizin sind auf unsere Unterstützung angewiesen, wir wiederum auf ein zeitlich möglichst wenig belastendes Studiendesign, welches die Delegation der Datenerfassung erlaubt. Welche Erkrankungen sind bei unseren Patienten wie häufig? Wie sind Blutdruck oder HbA1c durchschnittlich eingestellt? Diesen Fragen geht das Projekt FIRE nach. Es ist speziell für elektronische Krankengeschichten konzipiert. (Siehe auch Kasten auf Seite 8.)

An dieser Stelle hatten wir Ihnen vor Jahren den Wert der telefonischen Triage durch unsere MPAs vorgestellt (Defacto 3/2009, S.5). Das Erstellen eines Studiendesigns und die Datenauswertung haben damals viel Denkarbeit und Zeit verschlungen. Ich bin froh, dass uns dies mit FIRE abgenommen wird. Daher habe ich mich dafür angemeldet.

Ferner aktualisieren wir in dieser Defacto-Ausgabe den Tarmed-Eingriff des Bundesrats und publizieren das Fazit aus Sicht der Argomed dazu. Last, but not least veröffentlichen wir in der Rubrik «Hausarztmedizin einmal anders» ein Interview mit einem deutschen Hausarzt, der zwischendurch als Schiffsarzt tätig ist.

**Dr. med. Gregor Dufner**

# Forschung im Dienste der Patienten

Im Frühling 2017 hat der Schweizerische Nationalfonds das «Nationale Forschungsprogramm 74 Gesundheitsversorgung» (NFP 74) lanciert. Es besteht aus 29 Forschungsprojekten, die alle nach Lösungen suchen, um chronisch kranke Menschen besser, kosteneffizienter und innovativer zu versorgen.

Immer mehr alte und chronisch kranke Menschen benötigen langfristige Behandlung und Pflege. Rund 80 Prozent der Versorgungskosten fallen in diesen Bereich.

Ein Ziel des NFP 74 ist es, einerseits die Überversorgung von Patientinnen und Patienten zu verringern («smarter medicine») und andererseits die Unterversorgung zu verhindern. Letzteres ist beispielsweise der Fall, wenn im ländlichen Gebiet die Hausarztpraxis schliesst und der Zugang zur Grundversorgung erschwert wird.

Die 29 Projekte des NFP 74 sollen ferner dazu beitragen, neue Modelle der Behandlung und Betreuung chronisch kranker Menschen zu entwickeln. Das heutige System ist sehr auf Ärzte konzentriert, insbesondere wenn es um die Vergütung von Leistungen geht. Chronisch kranke Menschen brauchen aber nicht in jedem Fall einen Arzt, auch andere Gesundheitsberufe sind für eine gute Versorgung wichtig. Untersucht werden im NFP darum einerseits die Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sowie bei der Pflege kranker Menschen zu Hause. Andererseits wird die Zusammenarbeit zwischen den Fachpersonen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen erforscht.

Das NFP 74 verfügt über ein Budget von 20 Millionen Franken. Der SNF hat bisher 29 Projekte von insgesamt 173 eingegangenen Vorschlägen bewilligt. Voraussichtlich werden weitere Ausschreibungen folgen. Die Projekte wurden zu Beginn des Jahres 2017 schweizweit an zehn Forschungsinstitutionen (kantonale Universitäten, Fachhochschulen und andere) lanciert. Erste Forschungsergebnisse sind ab 2020 zu erwarten. Die Veröffentlichung der Programmsynthese ist für 2022 geplant. Nachfolgend werden fünf der 29 Projekte kurz vorgestellt.

## 1 Verbesserung der Datenlage im ambulanten Versorgungsbereich

Während für die stationäre Gesundheitsversorgung in der Schweiz eine breite statistische Grundlage besteht, fehlt diese für den ambulanten Bereich. Das Ziel der Studie ist es deshalb, die standardisierte Erfassung von Routinedaten in Schweizer Hausarztpraxen zu verbessern. Zudem soll die Qualität der Daten geprüft und bei Bedarf verbessert werden. Auf diese Weise wird eine repräsentative Datenbasis im hausärztlichen Bereich der Schweiz geschaffen, auf der zum Beispiel ein Monitoring der ambulanten Behandlungsqualität errichtet und vergleichende Analysen durchgeführt werden können. Zudem werden Erkenntnisse über finanzielle Anreize für Hausarztpraxen gewonnen, welche wieder in Vergütungsmodelle einfließen können.

**Leiterin dieses Projektes: PD Dr. med. Corinne Chmiel, Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich**

## 2 Psychische Störungen in der Grundversorgung besser erkennen und behandeln

Ein relativ grosser Teil der Bevölkerung leidet unter Depressionen und Angststörungen. Studien zeigen, dass nur eine von drei Personen mit einer psychischen Störung in der Schweiz fachgerecht behandelt wird. Die Folgen sind Gesundheitsbeeinträchtigungen, chronische Verläufe sowie hohe Kosten für das Gesundheits- und Sozialwesen. Gründe für die ungenügende Versorgung sind die mangelhafte Früherkennung und Behandlungsauswahl sowie Wartelisten bei Spezialisten.

Ziel der Studie ist es, die Erkennung, Diagnose und Behandlung von psychischen Krankheiten, insbesondere von Depressionen und Angsterkrankungen, in der Grundversorgung zu verbessern. Zudem sollen die Wirksamkeit,

die Kosten-Wirksamkeit, die Machbarkeit und die Akzeptanz einer umfassenden Intervention evaluiert werden. Dabei sollen die untersuchten Interventionen möglichst früh im Behandlungsprozess ansetzen, nämlich, wenn es um die Frage geht, welche Erkrankung vorliegt und welche Behandlung ausgewählt werden soll. Dieser neue Interventionsansatz kann dabei auf weitere Arztpraxen und auch auf andere Erkrankungsgruppen ausgedehnt werden.

**Leiterin dieses Projektes: Prof. Dr. phil. Birgit Watzke, Psychologisches Institut, Universität Zürich**

## 3 Pauschale Leistungsvergütung: Funktioniert das in der ambulanten Versorgung?

Im traditionellen Vergütungssystem stellen Ärztinnen und Ärzte ihre ambulanten Leistungen einzeln in Rechnung. Dies kann dazu führen, dass mehr und teurere Leistungen als nötig erbracht werden. Andere Vergütungssysteme (mit Pauschalen für Patientinnen und Patienten) bieten dagegen einen ökonomischen Anreiz, eine Überversorgung zu vermeiden. Aus diesem Grund wurden in der Schweiz und in Deutschland die Vergütungssysteme für Grundversorger und Pädiater reformiert.

Die Reform des Schweizer Systems will mittels finanzieller Anreize eine Verschiebung der Leistungen weg von den Spezialisten hin zu den Grundversorgern erreichen. Die Studie vergleicht in einem Quasi-Experiment und basierend auf Routinedaten die erbrachten Leistungen vor und nach der Umsetzung der Reform und im Vergleich zum traditionellen Vergütungssystem. In Baden-Württemberg können Pädiaterinnen und Pädiater zwischen zwei verschiedenen Vergütungsmodellen wählen. Diese unterscheiden sich bezüglich des Umfangs der pauschal vergüteten Leistungen.



Basierend auf Routinedaten wird untersucht, wie sich die beiden Vergütungsmodelle auf die Leistungserbringung auswirken. Zum Schluss werden die Ergebnisse für die Schweiz und Baden-Württemberg verglichen.

**Leiter des Projektes: Prof. Dr. Stefan Felder, Department of Business and Economics, Universität Basel**

#### 4 Impfskeptische Eltern und Ärzte in der Schweiz

Eine wachsende Zahl von Personen zweifelt die Sicherheit, die Wirksamkeit und den Nutzen von Impfungen an. Vor allem nimmt die Zahl von Eltern in der Schweiz zu, die ihre Kinder nur teilweise, später als empfohlen oder gar nicht impfen. Diese Impfskepsis führt zu einer zu geringen Durchimpfungsrate der Bevölkerung, erhöht das Risiko für Krankheitsausbrüche und gefährdet vulnerable Personen. Zudem kann chronischen Krankheiten wie beispielsweise Feigwarzen und Gebärmutterhalskrebs nicht optimal vorgebeugt werden, wenn auf die entsprechende Impfung verzichtet wird. Bisher wurde kaum untersucht, welche Faktoren Eltern bei ihrer Entscheidung, ob und wie sie ihr Kind impfen, beeinflussen.

Ziel der Studie ist es, die Gründe für die Impfskepsis bei Eltern sowie Ärztinnen und Ärzte

besser zu verstehen. Insbesondere soll die Perspektive von Eltern, welche komplementär- bzw. alternativmedizinische Praxen aufsuchen, berücksichtigt werden. Zudem soll eine Annäherung der komplementär- bzw. alternativmedizinisch und schulmedizinisch tätigen Ärzte ermöglicht werden.

**Leiter des Projektes: Prof. Dr. med. Philip Tarr, Medizinische Universitätsklinik, Kantonsspital Baselland**

#### 5 Förderung der partizipativen Medizin in der Früherkennung von Darmkrebs

Nur jeder fünfte Schweizer über 50 Jahre nimmt in der Schweiz an einem Darmkrebs-Screening teil. Durch Früherkennungsprogramme kann die Darmkrebsmortalität um die Hälfte reduziert werden. Zwei Vorsorgeuntersuchungen werden von der Grundversicherung übernommen: Die Darmspiegelung, mit der genaue Ergebnisse erzielt werden, und die etwas angenehmere Stuhlanalyse. Doch nur wenige Personen werden über die Darmkrebsvorsorge und die verschiedenen Screening-Möglichkeiten informiert. Umso wichtiger ist die Schulung der Hausärztinnen und Hausärzte in partizipativer Medizin, damit ihre Patienten eine informierte Entscheidung treffen können.

Zuerst soll die Screening-Praxis der Hausärztinnen und Hausärzte untersucht werden. Es soll erfasst werden, wie vielen Patientinnen und Patienten ein Screening angeboten wird, wie viele das Angebot ablehnen und welche Untersuchung sie wählen. Die Erkenntnisse werden dann in einer Hausärzte-Schulung verwendet, in der die Ärztinnen und Ärzte ihr Vorgehen mit Kollegen vergleichen können. So sollen der Anteil der Patientinnen und Patienten, die über das Screening-Angebot informiert werden, erhöht und die unterschiedliche Handhabung in hausärztlichen Praxen reduziert werden. Die Studie verfolgt insofern einen partizipativen Ansatz, als sie sich an den Nutzerinnen und Nutzern des Gesundheitswesens orientiert. Sie begünstigt einen Paradigmenwechsel weg von der strikten Einhaltung der ärztlichen Vorgaben hin zu einer informierten Wahl. Es werden neue Methoden für die Schulung von Hausärztinnen und Hausärzten in partizipativer Medizin entwickelt und getestet, die die Wünsche und Werte der betroffenen Personen berücksichtigen.

**Leiter des Projektes: Prof. Dr. med. Reto Auer MD, MAS, Berner Institut für Hausarztmedizin, Universität Bern**

**Bernhard Stricker lic. phil., Redaktor DEFACTO**

*zur Rose*

**Für Ihre Patienten mit  
3 oder mehr Medikamenten**

**Dailymed® Verblisterung  
für eine einfache und  
sichere Medikation**



Mit Dailymed erhalten Ihre Patienten die Medikamente nach Einnahmezeit sortiert in kleinen Beuteln sauber verpackt. Dies garantiert die korrekte Umsetzung der von Ihnen verordneten Medikationstherapie und verhindert schwerwiegende Folgen durch falsche Einnahme. Jetzt Dailymed bestellen unter 052 724 08 82.

# «Forschen oder beforscht werden ist die Frage»

Fragen an Prof. Dr. med. Thomas Rosemann



Prof. Dr. med. Thomas Rosemann

**Defacto:** *Hausärzte leisten einen entscheidenden Beitrag zur medizinischen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in der Schweiz. Wie genau ist deren Beitrag wissenschaftlich erforscht?*

**Prof. T. Rosemann:** Genau das ist das Problem: Es gibt nach wie vor zu wenige Daten, die den Beitrag und die Bedeutung der Hausarztmedizin für ein effizientes Gesundheitssystem belegen. Dies ständig zu postulieren, reicht den (Gesundheits-)politikern schon lange nicht mehr. Wir müssen belegen, dass beispielsweise Patienten in hausärztlicher Betreuung weniger hospitalisiert werden, weniger medizinischer Überversorgung ausgesetzt sind, eine höhere Lebensqualität haben und am Ende damit auch kostengünstiger sind. Es gibt dazu internationale Arbeiten und einige Studien aus unserem Institut, aber insgesamt noch viel zu wenige Fakten.

*Was genau verstehen Sie unter «Versorgungsforschung»?*

Versorgungsforschung untersucht, wie Menschen effizient im Gesundheitssystem behandelt werden, sodass sie als Individuum bestmöglich davon profitieren. Die Organisation des Gesundheitssystems orientiert sich dabei primär am maximalen Patientennutzen.

*Wie unterscheidet sich klinische Forschung von der Versorgungsforschung?*

Versorgungsforschung liefert die Evidenz für die Organisation und Ausgestaltung des Gesundheitssystems. Klinische Studien klären beispielsweise, ob ein Medikament wirksam und sicher ist. Versorgungsforschung untersucht beispielsweise nicht die Wirksamkeit eines Diabetesmedikamentes, sondern wie die Versorgung von Diabetikern im Ganzen verbessert werden kann, also etwa das Blutzuckermonitoring, die Einstellung von kardiovaskulären Risikofaktoren, die Koordination

von Spezialistenkontakten und die Patientenadherence. Der Blick ist also wesentlich umfassender als in einer klinischen Studie.

*Heute steht die Behandlung von akuten Krankheiten im Zentrum des Gesundheitssystems. Die Stossrichtung der NFP-74-Programme zielt aber in eine andere Richtung: Es werden künftig mehr chronische Erkrankungen sowie Prävention und Gesundheitsförderung im Vordergrund stehen. Was bedeutet diese «Zielverlagerung» für die Hausarztmedizin?*

Der Anstieg chronischer Erkrankungen ist zunächst einmal das Resultat eines guten Gesundheitssystems. Nur dies lässt es zu, mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen lange zu leben. Die Hausarztmedizin ist davon ganz besonders betroffen, denn dem Hausarzt fällt die Rolle desjenigen zu, der Diagnostik und Therapien im Sinne des Patienten koordiniert. Er ist quasi der Dirigent in einem immer komplexeren Orchester. Dies ist eine extrem anspruchsvolle Tätigkeit, deren Bedeutung von der Gesundheitspolitik noch nicht wahrgenommen wird. Genau dafür braucht es die Versorgungsforschung.

*Ihr Forschungsthema innerhalb des NFP 74 heisst «Verbessern finanzielle Anreize die Behandlung von Diabetes?». Welches Ziel verfolgen Sie damit? Und wer könnte davon profitieren?*

In England hat man vor vielen Jahren bereits die finanzielle Incentivierung von Qualitätsindikatoren in der Hausarztmedizin eingeführt. Weltweit wurde das aber noch nie in einer randomisierten Studie gemacht. Wir möchten zeigen, dass die hausärztliche Versorgung von Diabetikern besser ist als viele denken und dass Geld am sinnvollsten für Qualität eingesetzt wird.

*Wie steht es mit der Forschung in der Hausarztmedizin in der Schweiz im Vergleich mit dem Ausland?*

Wir haben im Vergleich zu Holland oder England einen grossen Nachholbedarf. Dort haben Daten aus der Hausarztmedizin immer wieder die Gesundheitspolitik massgeblich beeinflusst. In Holland beispielsweise haben sie den Hausärzten die Gatekeeper-Rolle bewahrt. In England bezeichnete ein Gesundheitsminister die Hausärzte als «Jewels in the crown». Leider ist es für viele Kollegen noch nicht selbstverständlich, sich an Forschung zu beteiligen. Ihnen ist nicht bewusst, dass sie damit den Fortbestand der eigenen Species sichern können. Das Ausland macht es vor.

*Wie beurteilen Sie die Gesundheitsdaten-Basis in der Schweiz (im Hinblick auf die Forschung)?*

Es ist wie in vielem: Wir haben gute Datenbanken, aber es ist sehr fragmentiert. Mit unserem FIRE\*-Forschungsnetzwerk sind wir auf gutem Wege. Auch dieses wird im Rahmen eines NFP-74-Projektes schweizweit ausgebaut werden. Jeder Hausarzt mit elektronischer KG kann hier ohne zusätzlichen Aufwand etwas für sein Fachgebiet tun!

*Für eine erfolgreiche Forschung in der Grundversorgung brauche es die «motivierte Teilnahme hausärztlicher Kollegen», wie Sie einmal in einem Beitrag für die Ärztezeitung geschrieben haben. Welche (Zwischen-)Bilanz ziehen Sie diesbezüglich? Gibt es heute genügend motivierte Hausärzte, die an Forschungsprogrammen teilnehmen?*

Wir haben einen kleinen Kreis sehr motivierter Kollegen, aber leider insgesamt immer noch viel zu wenige, die sich beteiligen. Ein Stück weit verstehe ich das. Die Belastung in der Praxis ist oft sowieso schon sehr hoch. Doch man muss sich immer vor Augen halten:

**«Leider ist es für viele Kollegen noch nicht selbstverständlich, sich an Forschung zu beteiligen. Ihnen ist nicht bewusst, dass sie damit den Fortbestand der eigenen Species sichern können. Das Ausland macht es vor.»**

Wenn wir unsere Funktion und Leistung nicht untersuchen, tun das andere, etwa Versicherer oder Spezialisten. Und deren Schlussfolgerungen fallen oft in Unkenntnis des spezifischen Settings

ungünstig für die Hausarztmedizin aus. Forschen oder beforscht werden ist die Frage.

*In der medizinischen Grundversorgung spielt das Zusammenspiel aller Einzelakteure eine immer wichtigere Rolle (Stichwort: Interprofessionalität). Wie gut ist dieses Zusammenspiel heute erforscht?*

Interprofessionalität ist ein sehr grosses Thema, das gerade auch von der Gesundheitspolitik immens getrieben wird. Wir haben dazu kürzlich eine Metaanalyse durchgeführt und festgestellt, dass es zur Interprofessionalität in der Grundversorgung nur sehr wenige und noch weniger methodisch gute Studien gibt. Im Moment entbehren diese Forderungen einer soliden wissenschaftlichen Evidenz. Hier besteht grosser Forschungsbedarf.

*Bei den sog. WZW-Kriterien im KVG ist offenbar die Wirksamkeit am wenigsten erforscht. Was wissen Sie darüber? Gibt es Forschungsprogramme zur Wirksamkeit medizinischer Massnahmen?*

Das ist völlig richtig. Das BAG nimmt sich nun mittels einzelner HTA weniger Themen

an. Aber was es bräuchte, wären systematische Wirksamkeitsbeurteilungen wie etwa durch das NICE in England oder das IQWiG in Deutschland. Man müsste auch das Rad nicht immer neu erfinden, sondern könnte prüfen, was auf die Schweiz übertragbar ist. Wenn eine arthroskopische Meniskusresektion in England wirkungslos ist, wird sie das auch in der Schweiz sein.

*Welche Rolle spielt die privatwirtschaftlich finanzierte Forschung (Pharma-Industrie) heute in der Schweiz? Und wie beurteilen Sie diese?*

Ein Grossteil der klinischen Studien wird durch die Pharmaindustrie finanziert. Oft leiten sich aus den Patientenpopulationen in diesen klinischen Studien dann Leitlinien ab. Da sich die Patienten aber oft deutlich

von den Patienten im hausärztlichen Alltag unterscheiden, bleibt völlig unklar, inwiefern diese Ergebnisse, respektive Leitlinien auf die Hausarztmedizin übertragbar sind. Auch dies ist ein Forschungsfeld für die Versorgungsforschung.

*In welchen Bereichen müssten in Zukunft stärker geforscht werden?*

Neben den schon erwähnten Themen denke ich, dass wir uns in der Schweiz zu viel mit der Struktur- oder Prozessqualität im Gesundheitswesen beschäftigen, die Indikationsqualität als wichtigsten Parameter aber wenig beachten. Es ist schön, wenn beispielweise eine Arthroskopie gut gemacht wird und die Infektionsrate niedrig ist. Wenn sie aber gar nicht indiziert ist, hilft das wenig. Hier kommt sowohl der Hausarztmedizin als auch der Versorgungsfor-

schung eine bedeutende Rolle zu. Begründetes Nichtstun ist eine der schwierigsten Handlungen und sie muss gut begründet sein.

**Die Fragen stellte Bernhard Stricker,  
Redaktor DEFACTO**

**Prof. Dr. med. Thomas Rosemann** ist  
Leiter des Institutes für Hausarztmedizin  
an der Universität Zürich

## \* Das Projekt FIRE – ein Beitrag zur Forschung in der Hausarztmedizin

Der grösste Teil der Patienten im Schweizer Gesundheitswesen wird ambulant behandelt. Es stehen aus diesem Bereich jedoch kaum Daten für die medizinische Forschung zur Verfügung. Das Projekt FIRE will dies ändern.

FIRE (Family medicine ICPC Research using Electronic medical records) wurde 2008 von der Arbeitsgruppe SGAM-informatics initiiert und steht heute unter der Leitung des IHAMZ (Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich). Das Ziel ist der Aufbau und die langfristige Pflege einer Datenbank für die For-

schung in der Hausarztmedizin auf der Basis von medizinischen Routinedaten aus elektronischen Krankengeschichten von Hausärztinnen und Hausärzten.

Heute liefern über 230 Ärztinnen und Ärzte anonymisierte Patientendaten über eine Schnittstelle ihrer elektronischen Krankenakte an die FIRE-Datenbank. Der schweizweit einmalige Datenpool umfasst mittlerweile 300'000 Patienten und über 3.3 Mio Konsultationen. Erfasst werden Vitaldaten, Labordaten und Medikamente sowie zusätzlich Diagnosen nach ICPC-2 Klassifikation (für FIRE-professional-Teilnehmer).

Basierend auf dem Datenpool wurden bisher zehn Studien erarbeitet und publiziert, primär zu chronischen Erkrankungen. Neue Teilnehmer sind jederzeit willkommen. Voraussetzung ist eine elektronische Krankenakte, die über eine FIRE-Schnittstelle verfügt.

Weitere Informationen zu FIRE finden Sie unter [www.hausarztmedizin.uzh.ch](http://www.hausarztmedizin.uzh.ch).



Schauen Sie genau hin,  
ob Sie im **ECHTEN Hausarztmodell**  
versichert sind.



Denn nur im ECHTEN Hausarztmodell profitieren Sie von allen Vorzügen. Fragen Sie hier Ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin oder informieren Sie sich über +41 56 483 03 48.



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

**ARGO  
MED.**

Bringt Ärzte weiter

Optimierte Medikation und Kommunikation bei Spitalaustritt

# Beispiel eines hausärztlichen Nationalfonds-Forschungsprojektes

Versorgungsforschung, Hausarztmedizin und der Nationalfonds

Versorgungsforschung fokussiert darauf, wie sich verschiedene Variablen gesundheitlicher Versorgung aufs Ergebnis auswirken (zum Beispiel Zugang zur Versorgung, Organisation, Abklärungen oder Therapien) und schafft damit Grundlagen, ein Gesundheitssystem effizient, qualitativ hochstehend und bezahlbar zu machen<sup>1</sup>. Die hausärztliche Forschung hingegen kümmert sich um spezifische Probleme, die im Zusammenhang mit der ambulanten Grundversorgung unserer Patienten auftreten. Eine Besonderheit der Hausarztmedizin ist beispielsweise, dass viele schwere Erkrankungen mit niedriger Prävalenz («selten») auftreten. Dies führt zur Notwendigkeit, Abklärungs-Algorithmen daran anzupassen – andernfalls droht eine masslose Überdiagnostik. Und bei der Behandlung sind unsere multimorbiden älteren Patienten oft nicht in Wirksamkeitsstudien und Guidelines abgebildet, sodass es wichtig ist, für eine angemessene, patientengerechte Behandlung eigene Daten zu diesen Patienten zu generieren. Insofern kann die hausärztliche Forschung als besonders ergiebiges Feld der Versorgungsforschung angesehen werden<sup>2</sup>. 2016 wurde vom Bund die Bedeutung der

<sup>1</sup> <https://www.ahrq.gov/news/index.html>

<sup>2</sup> Rosemann Th. Neuner-Jehle S., Muheim L. Versorgungsforschung: das richtige Mass an Medizin, zum richtigen Zeitpunkt für den richtigen Patienten. Therapeutische Umschau 2017; 74(1):827-31).



Dr. med MPH Stefan Neuner-Jehle

Versorgungsforschung für die Schweiz erkannt und vom Nationalfonds das NFP-74 «Versorgungsforschung» ausgeschrieben. Das im Folgenden skizzierte Forschungsprojekt des Instituts für Hausarztmedizin Zürich (IHAMZ) konnte sich in zwei Evaluationsrunden erfolgreich für eine Finanzierung durch den Schweizerischen Nationalfonds durchsetzen.

### Welche Ziele hat das Projekt und mit welchen Mitteln können sie erreicht werden?

Der Spitalaustritt ist eine heikle Übergangsphase, besonders für multimorbide, gebrechliche und ältere Patienten. Jeder fünfte Patient wird innert eines Monats erneut hospitalisiert, was mit erheblichen Kosten verbunden ist. Interventionen bei Entlassung, die unter anderem die Medikation und die Weiterversorgung adressieren («transitional care» Programme), können diese Rehospitalisationsrate deutlich senken<sup>3</sup>. Dem Hausarzt kommt dabei als nachbetreuender Arzt eine wichtige Rolle zu. Mit welcher Intervention können nun Verbesserungen erzielt werden? Ziel der Studie ist es also, zu untersuchen, ob ein angeleitetes Medikamentenreview mit definierter Kommunikationsstrategie (zwischen Spitalarzt und Patient, zwischen

Spitalarzt und Hausarzt) – kurz vor oder beim Spitalaustritt ausgeführt – die Rehospitalisationsrate nach Spitalaustritt verringern kann. Dazu entwickeln wir ein Weiterbildungsmodul, das später Modellcharakter für das Spitalentlassungs-Procedere haben könnte. Weitere Parameter, welche in der Studie untersucht werden, betreffen die Anzahl der Arzt- und Notfallstationbesuche, die Anzahl der Medikamente, die Lebensqualität der Patienten und kommunikative Aspekte. Nebst dieser Hauptstudie werden Parameter erhoben, wie gut ein solcher Ansatz in den Betreuungsalltag implementiert werden kann und wie es mit der Kosten-Effizienz aussieht.

Die Studie ist auf vier Jahre, 40 Spitalärzte und 1980 Patienten ausgelegt. Der Schweizerische Nationalfonds finanziert vor allem die Löhne der benötigten Wissenschaftler und Study Nurses im Umfang von ca. CHF 100 000 pro Jahr.

### Wer profitiert davon?

Zuerst einmal profitieren die Patienten davon, indem sie – falls positive Effekte messbar sein werden – in einer heiklen Phase für ihre Gesundheit effizienter unterstützt werden. Auch die ambulante Grundversorgung (und damit die Arbeit des Hausarztes) wird mit solchen Ansätzen vereinfacht, weil besser koordiniert und mit weniger Notfallübungen belastet. Ausserdem profitiert das ganze Gesundheitssystem davon, wenn

holprige Abläufe effizienter und unnötige Kosten reduziert werden.

Von einer hochstehenden und kompetitiven Forschung an den Instituten für Hausarztmedizin profitiert letztlich auch die Hausarztmedizin als Disziplin, weil sie als professioneller und bedeutsamer für das gute Funktionieren des Gesundheitswesens wahrgenommen wird.

### Rolle der HausärztInnen

Den praktizierenden Hausärzten kommt eine sehr wichtige Rolle bei solchen Forschungsprojekten zu: Nur wenn sich genügend Kollegen daran beteiligen, kann die «real life»-Situation in den Praxen korrekt abgebildet werden. In der Sprechstunde des Hausarztes finden sich in einem hohen Anteil genau diese multimorbiden, älteren und gebrechlichen Patienten, über die wir sonst wenig robuste Daten aus Studien haben. Das skizzierte Projekt «Optimierte Medikation und Kommunikation bei Spitalaustritt» findet zwar nicht primär in den Praxen statt (sondern in den Spitälern), thematisiert aber eine Aufgabe, die in diesen Jahren immer häufiger als entscheidend für eine effizient funktionierende Patientenversorgung wahrgenommen wird: die interprofessionelle Zusammenarbeit.

**Dr. med. MPH Stefan Neuner-Jehle,  
Institut für Hausarztmedizin Zürich**

<sup>3</sup> Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 1. Art. No.: CD000313

## Möchten Sie sich auch an einem hausärztlichen Forschungsprojekt beteiligen?

Hausärztinnen und Hausärzte spielen eine zentrale Rolle in der Raucherentwöhnung. Auf 2018 hin plant das Institut für Hausarztmedizin Zürich deshalb ein Forschungsprojekt zur Rauchstoppberatung in der Arztpraxis mit dem Namen «Cosmos». Dafür suchen wir 60 Argomed-Hausärztinnen und -ärzte, die bereit sind, nach einer halbtägigen Schulung vier bis sechs Raucherinnen/Raucher innert ca. sechs Monaten als Studienpatienten zu rekrutieren und zu beraten. Daraus erhoffen wir uns Aufschluss über die Effizienz verschiedener Coaching-Ansätze beim Rauchstopp.

Die Hauptmenge der Daten wird durch die Patienten selbst «geliefert», die Datensammlung in der Praxis bleibt damit

bescheiden. Die Geschäftsleitung der Argomed unterstützt das Vorhaben und empfiehlt ihren Mitgliedern die Teilnahme. Helfen Sie mit, dass hausärztliche Forschung praxisrelevante Informationen generiert! Weitere Informationen und ein Einladungsbrief zur Teilnahme folgen Ende 2017.

**Stefan Neuner-Jehle**



# Forschung in der Hausarztmedizin ist wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich

Die Sicht der Krankenversicherer auf die Forschung in der Hausarztmedizin

Die gute Nachricht vorneweg: Das Instrument Forschung in der Hausarztmedizin spielt eine zunehmend wichtigere Rolle im Orchester der medizinischen Forschung. Fast alle medizinischen Fakultäten in der Schweiz haben nach vielen Jahren forciertes Bemühungen von Hausärzten und Hausärztinnen endlich einen Lehrstuhl für Hausarztmedizin eingerichtet. Und dies zeigt Wirkung. Es erreichen uns immer mehr und bessere Studien im Kontext der Hausarztmedizin.

Und das ist auch dringend notwendig. Denn nach wie vor wird die Forschung von den spezialmedizinischen Disziplinen dominiert. Selbstverständlich sind deren Ergebnisse sehr wichtig. Dank ihnen werden immer wieder neue Wege in Diagnose und Therapie vieler Krankheiten gefunden. Doch so gut die spezialmedizinische Forschung auch ist, sie leidet systeminhärent an einem blinden Fleck: die praktische Anwendung der untersuchten Methoden im gelebten Alltag ausserhalb des jeweils gelebten Studiendesigns. Wie oft entspricht der tatsächlich behandelte Patient, die tatsächliche Patientin genau der untersuchten Studienpopulation?

Hier kann die hausärztliche Forschung ergänzende oder komplett neue, wichtige Erkenntnisse liefern. Bringt die aufgrund von kontrollierten Studien vielversprechend scheinende, neue Therapie meinen multimorbiden Patienten und Patientin-

nen wirklich die versprochene zusätzliche Verbesserung? Wie ist die Verträglichkeit in Kombination mit anderen Therapien?

***Deshalb muss die Forschung in der Hausarztmedizin entschieden weiter gestärkt werden. Sie muss mehr Forschungsmittel erhalten.***

Wie ist der Nutzen im Alltag? Rechtfertigt dieser die zusätzlichen Aufwände und Kosten? Gerade in den grössten medizinischen Herausfor-

derungen der Zukunft, der Behandlung von chronischen Krankheiten und von Menschen im geriatrischen Kontext, ist für den Behandlungserfolg und die Lebensqualität der Betroffenen nicht nur die Wahl der einen richtigen Therapien entscheidend. Mindestens ebenso wichtig sind die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen, die Berücksichtigung und Klärung der psychosozialen Situation, die Fähigkeit zur Bewältigung von Belastungssituationen sowie die Organisation und Koordination von Betreuung und Therapien mit Professionals verschiedener Berufe und Fachrichtungen. In all diesen prozess- und organisationsorientierten Fragen erhalten wir neue wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse nur von der anwendungsorientierten und gleichzeitig methodisch kongruent arbeitenden Forschung in der Hausarztmedizin.

Aus Sicht der die Kosten tragenden Prämienzahlenden müssen diagnostische und therapeutische Massnahmen in der konkreten Lebenssituation eines betroffenen Patienten indiziert und wirksam sein. Wenn sie das nicht sind, handelt es sich

um Verschwendung. Leider müssen wir davon ausgehen, dass mindestens ein Fünftel aller heute angewandten medizinischen Massnahmen genau das sind. Das ist auf die Dauer unhaltbar, denn diese Mittel fehlen dort, wo sie Wirkung erzielen könnten. Auch hier kann und muss uns die Forschung in der Hausarztmedizin weiterbringen.

Deshalb muss die Forschung in der Hausarztmedizin entschieden weiter gestärkt werden. Sie muss mehr Forschungsmittel erhalten. Ihre Position in den medizinischen Fakultäten muss gestärkt werden. Und weshalb sollte sie nicht sogar eines Tages die erste Geige im Orchester der medizinischen Forschung spielen?

**Dr. med. Jürg Vontobel,  
Mitglied der Geschäftsleitung CONCORDIA**



Dr. med. Jürg Vontobel



# TARMED: die Würfel sind gefallen!

Der neue ambulante Ärztetarif TARMED stellt eine zwar kleine, aber erfreuliche Aufwertung der Hausarztmedizin dar.

Das Engagement der Argomed hat zu diesem Resultat beigetragen. Am 16. Juni 2017 hatten wir eine detaillierte, gemeinsam mit unseren 18 Ärztenetzen abgestimmte Stellungnahme zum Tarifeingriff bei Bundesrat Berset eingereicht. Insgesamt sollen durch den Tarifeingriff CHF 470 Mio. eingespart werden, der neue Tarif tritt ab 1.1.2018 in Kraft.

Welche Anliegen aus unserer Stellungnahme fanden Gehör? Was bedeutet der bundesrätliche Tarifeingriff für Sie als Hausärztinnen und Hausärzte in der Praxis?

Wir fassen nachfolgend den Entscheid zu den vier wichtigsten Positionsbezügen der Argomed zusammen.

## **1 Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen**

Die Argomed-Ärzte hatten einen einheitlichen Dignitätsfaktor für alle Leistungen befürwortet, jedoch dazu aufgefordert, den Faktor beim bisherigen Durchschnitt von 1.00 zu belassen, und nicht, wie vom Bundesrat angesetzt, bei 0.968. Aufgrund der Rückmeldungen aus der Vernehmlassung wurde der einheitliche Dignitätsfaktor vom BAG neu berechnet und leicht höher angesetzt. Er beträgt nun neu 0.985, was einer erfreulichen Aufwertung in die richtige Richtung entspricht.

## **2 Die Weiterführung der Zuschlagsposition für die hausärztliche Leistung**

Die im 2014 eingeführte Zuschlagsposition für hausärztliche Leistungen wird weiterhin beibehalten. Dies stellt ein wichtiges Signal im Sinne der Grundversorgung dar.

## **3 Leistungen in Abwesenheit des Patienten und damit assoziierte Limitationen**

Die Leistungen in Abwesenheit des Patienten hätten neu auf maximal jeweils 30 Minuten alle drei Monate pro Patient beschränkt werden sollen. Die Argomed-Ärzte hatten sich dezidiert gegen diese Massnahme gestellt und gefordert, dass diese Limitationen fallen gelassen werden oder dass alternativ eine neue Position geschaffen wird, die die aufwendigen Behandlungspfade bei chronisch kranken Menschen entsprechend abbilden kann. Es ist sehr erfreulich, dass aufgrund der Rückmeldungen aus der Vernehmlassung wichtige Anpassungen vorgenommen und die Limitationen für einzelne Patientengruppen gelockert wurden. So werden für Kinder unter sechs Jahren und für Personen über 75 Jahren, bei denen erfahrungsgemäss ein höherer Bedarf besteht, die Limitationen wie bisher bei 60 Minuten pro Quartal belassen. Auch für Patienten mit komplexen Erkrankungen kann die Limitation nach Absprache mit den Versicherern auf 60 Minuten verdoppelt werden.

## **4 Umwandlung der hausärztlichen Untersuchung in eine reine Zeitleistung**

Gemäss Anpassung durch den Bundesrat soll die bisher als Pauschale verrechnete, hausärztliche körperliche Untersuchung in eine reine Zeitleistung umgewandelt werden. Der Bundesrat hält an dieser Massnahme fest, da die Untersuchungen nicht homogen und die Behandlungsdauer je nach Patient/-in und Leistungserbringer unterschiedlich seien. Die Argomed-Ärzte hatten diese Massnahme kritisiert, da sie zu einer Abwertung der hau-

särztlichen Leistung führt und damit das Kernstück der Sprechstunde – Anamnese, Untersuchung und Beratung des Patienten – untergräbt. Hier muss also weiterhin Überzeugungsarbeit geleistet werden. Wir bleiben dran!

**Dr. sc. nat. Claudine Blaser**

# «Die Schiffsmedizin orientiert sich an der Notfallmedizin»

Auf einer Mittelmeerkreuzfahrt mit der «Mein Schiff 2» von TUI Cruises im Mai dieses Jahres kam Argomed-Mitarbeiter Roger Tschumi per Zufall am Bordhospital vorbei. Aus reiner Neugier wagte er einen Blick hinein und fand sich in einer erstaunlich grossen Arztpraxis wieder. Er wollte mehr über den Alltag im Bordhospital wissen. Jörg Gaiser, einer der beiden Bordärzte, stellte sich freundlicherweise für ein Interview zur Verfügung.



Jörg Gaiser

**Defacto:** *Herr Gaiser, wie sind Sie Schiffsarzt geworden?*

**Jörg Gaiser:** Neben meiner Tätigkeit als Hausarzt leiste ich in meinem Landkreis Notfalldienste und mache bei der Notarztbörse mit. Über eine Weiterbildung, bei einem Anbieter für Fortbildungen in maritimer Medizin, kam ich mit der Schiffsmedizin in Kontakt. Die Schiffsmedizin

orientiert sich stark an der Notfallmedizin. Die meisten Anforderungen erfüllte ich bereits. Also absolvierte ich die fehlenden Kurse und bewarb mich.

**Was schätzen Sie an Ihrer Tätigkeit als Schiffsarzt?**

Ich sehe das als Abwechslung zur Routine und zum Alltag in meiner Hausarztpraxis.

Ich kann hier einerseits meine Expertise einbringen, die ich über die Jahre gewonnen habe und kann andererseits auch die Faszination des Schiffes geniessen. Es ist ein eigener Organismus. Der Passagier- und der Crewbereich sind zwei verschiedene Welten. Das ist eine eigene Gemeinschaft. Ich wechsele mich mit meinem Kollegen im Bereitschaftsdienst ab und kann so auch

mal einen Ausflug mitmachen. Das gibt mir Kraft zurück.

### *Wie vereinen Sie die Tätigkeit auf dem Schiff mit Ihrer Hausarztpraxis?*

Als Schiffsarzt dauert ein Einsatz in der Regel zwischen sechs und 12 Wochen. Das erfordert eine gute Absprache mit den Kollegen in der Praxis. Ich kenne Kollegen, die für ihren Einsatz auf dem Schiff eine Vertretung einstellen.

### *Was sagt Ihre Familie zu Ihrer Tätigkeit als Schiffsarzt?*

Ich versuche, meine Familie während einem Einsatz auf dem Schiff für einen Teil der Zeit als Passagiere einzubuchen. Es ist schön, wenn man die Familie bei einer Reise um sich herum hat.

### *Wie muss man sich Ihre Arbeit auf dem Schiff vorstellen? Wo gibt es Unterschiede zur Praxis zuhause?*

Das muss man etwas zweiteilig betrachten. Als Schiffsarzt bin ich der Hausarzt für die Crew. Da begegnen mir die gleichen Dinge wie auch in der Praxis zuhause. Die Crew ist eher jünger und damit auch etwas gesünder. Bei den Gästen decken wir ebenfalls das ganze Spektrum der Allgemeinmedizin ab. 90 bis 95% unserer Arbeit hier sind ebenfalls hausärztliche Tätigkeit.

Das Bordhospital ist jeden Tag sechs Stunden geöffnet. In dieser Zeit behandeln wir ca. 40 Patienten. In der übrigen Zeit haben wir Bereitschaftsdienst.

### *Welche medizinischen Probleme treten häufig auf?*

Am häufigsten sehen wir grippale Infekte, Entzündungen der oberen Atemwege und Seekrankheit. Zudem kommt es vor, dass Gäste ihre Medikamente vergessen, was aber eher selten vorkommt. Die Bordapotheke erfüllt den Zweck der medizinischen Erst- und Notfallversorgung. Medikamente

**Jörg Gaiser**, 51, ist Facharzt für Allgemeinmedizin und betreibt mit zwei Kollegen eine Hausarztpraxis in Sindelfingen (D). Seit Anfang 2016 ist er bereits zum dritten Mal als Bordarzt auf einem Schiff von TUI Cruises unterwegs.

geben wir grundsätzlich nur nach Konsultation und Untersuchung durch den Arzt ab.

### *Wie gross ist das medizinische Team an Bord?*

Hier auf diesem Schiff arbeiten je zwei Ärzte und zwei Nurses, die sich jeweils täglich als Team abwechseln. Auf den grösseren Schiffen von TUI Cruises arbeitet zusätzlich ein Medical Assistant zur Entlastung des Teams von Verwaltungstätigkeiten.

### *Was kann das Bordhospital leisten, wie ist es ausgerüstet?*

Unsere Ausrüstung entspricht in etwa dem Schockraum eines Kreiskrankenhauses. Wir können Patienten stabilisieren und auch einige Stunden überbrücken. Wir haben aber kein CT oder MRT an Bord und auch keinen Herzkatheter. Da sind wir im Bedarfsfall auf die Landseite angewiesen.

### *Wie gelangen die Patienten in einem solchen Fall in ein Krankenhaus an Land?*

Wenn es die Umstände zulassen, kann das Schiff den nächsten geeigneten Hafen anlaufen. Als Alternative kann der Patient auch von einem Schlepperboot abgeholt werden oder der Transport erfolgt per Hubschrauber.

### *Auf einem Kreuzfahrtschiff sind viele Nationen vertreten. Wie klappt das mit der Verständigung?*

Die Bordsprache ist Englisch. Die Verständigung klappt damit eigentlich immer. Auch wenn wir die Landseite miteinbeziehen müssen, verfassen wir unsere Arztberichte in Englisch.

### *Was würden Sie jemandem empfehlen, der das auch mal machen möchte?*

Wer Interesse hat, sollte zuerst abklären, ob er oder sie die Anforderungen an die medizinischen Ausbildungen erfüllt und sich dann direkt an die Reederei wenden. Sie gibt einen Einblick in die Einbindung des Schiffarztes in die Strukturen und Prozesse an Bord. Das muss dann auch auf die persönlichen Vorstellungen passen. Man ist Teil eines grossen Organismus und hat Verpflichtungen.

### *Was zum Beispiel?*

Sicherheitsaspekte werden hier sehr hoch gehalten. Es gibt für die Crew viele Sicher-

Die «Mein Schiff 2» ist eines von sechs Kreuzfahrtschiffen von TUI Cruises. Als eines der ersten Schiffe der Flotte bietet es Platz für 1900 Passagiere und ca. 800 Crewmitglieder. Die neueren Schiffe bieten 2500 Passagieren und ca. 1000 Crewmitgliedern Platz.

Detaillierte Informationen zu den medizinischen Berufen an Bord eines Kreuzfahrtschiffes finden Sie hier: <https://suche.tuicruises.com/karriere/karriere-an-bord/medica>

heitstrainings, die sind verpflichtend. Wenn sich ein Unfall ereignet, z.B. ein eingeklemmter Finger oder ein Sturz auf einem feuchten Bereich wird ein Unfallbericht erstellt. Der Safety Officer überprüft dann, ob die Vorschriften eingehalten wurden und ob man etwas verbessern kann.

Wir überprüfen auch die Qualität des Trinkwassers. Wenn wir in einem Hafen Wasser aufnehmen, prüfen wir hier im Bordspital mit Wasserproben, ob eine Verkeimung vorliegt. Wenn etwas auffällig ist, werden die Tanks gespült und gereinigt. Dies geschieht in Zusammenarbeit mit dem Environmental Officer.

### *Welche Wünsche haben Sie an die Hausärzte Ihrer Gäste zuhause?*

Bei chronisch Kranken ist es für uns sehr von Vorteil, wenn der Gast eine Kopie eines nicht allzu alten Arztbriefes dabei hat. Es hilft uns sehr, wenn die bekannten Diagnosen darauf aufgelistet sind. Ganz wichtig wäre ein Medikationsplan.

Die Hausärzte sollen ihre Patienten darauf aufmerksam machen, auf einen Reisekrankenversicherungsschutz zu achten und einen genügend grossen Vorrat an Medikamenten mit auf die Reise zu nehmen. Wir haben immer wieder die Situation, dass Gästen die Medikamente ausgehen oder sie gleich zuhause vergessen werden.

**Die Fragen stellte Roger Tschumi, Bereichsleiter Praxismanagement**

**ARGO  
MED.**

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  
Roger Tschumi, Bereichsleiter Praxismanagement

#### **Agenda**

##### Plattform

Donnerstag, 09.11.2017

Argomed Jubiläums-GV

Donnerstag, 24.05.2018