DEFACTO 2/2023



Bringt Ärzte weiter

MPA/MPK: Ein Beruf mit grossem Potenzial Diabetes-Guideline der mednetbern AG

Gründung «MPAK QZ Verein» – wir vernetzen, verbinden, verändern



Impressum

Inhaltsverzeichnis

02

04

07

15

19

21

25

26

27

28

29

31

Editorial DEFACTO | Fokus MPA/MPK: Ein Beruf mit grossem Potenzial Bernhard Stricker, lic. phil. «Der Beruf der MPA ist aus der ambulanten Grundversorgung nicht mehr wegzudenken» Fragen an Marianne Schenk, Zentralvizepräsidentin SVA «Jeder Tag ist anders und bringt neue Herausforderungen» Interview mit Mirlind Halili, Priska Cecon, Natalie Graf und Sandra Weber «Meine Erwartungen wurden übertroffen» Interview mit der MPK Jacqueline Kaeser und dem Hausarzt Dr. med. Gregor Dufner «Zuoberst steht die Freude am Beruf» Fragen an Ruth Kurmann, MPA im Ruhestand und erste Angestellte der Arztpraxis St. Wolfgang in Hünenberg, ZG «Diese interprofessionelle Versorgung macht Sinn» Marco Plüss und Dr. med. Corina Omlin **DEFACTO** | Medizin Diabetes-Guideline der mednetbern AG Ein Ärztenetzwerk der Argomed Ärzte AG Die Empfehlungen zur Nachsorge nach Polypektomien Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie **DEFACTO | Argomed** Rezepte einfach und schnell an jede Apotheke übermitteln Martina Gottburg Gründung «MPAK QZ Verein» – wir vernetzen, verbinden, verändern Yvonne Müller und Caroline Fröhli Projekt: Erweiterung der medizinischen Versorgungskapazität in der Hausarztpraxis Marco Plüss Alles im Griff mit dem Qualitätsmanagementsystem «MehrFachArzt» MFA-Team Rückblick auf unser 25-Jahr-Firmenjubiläum Martina Gottburg **DEFACTO** | Die letzte Seite

Nach sieben Jahren Präsidentschaft

Dr. med. Gregor Dufner



Bringt Ärzte weiter

Argomed Ärzte AG

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

Redaktionelle und inhaltliche Verantwortung

Dr. med. Gregor Dufner Dr. med. Corina Omlin Bernhard Stricker, lic. phil. Martina Gottburg Marco Plüss Joleen Feuerstein

Gestaltungskonzept

Büro Becker www.buerobecker.ch

in guter Partnerschaft













Editorial 03



Caroline Fröhli



Dr. med. Gregor Dufner

Medizinische Praxisassistentinnen und Medizinische Praxiskoordinatorinnen bilden das Rückgrat einer jeden Praxis. Nicht umsonst sagt man: «MPA = MACHT PRAKTISCH ALLES». Ohne ihren unermüdlichen Einsatz wäre wohl der Praxisbetrieb nicht – oder nur mit starken Einschränkungen – möglich.

Von Seiten der MPA-Verbände bestand seit mindestens der Jahrtausendwende der Wunsch nach Weiterbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten für MPA.

Im Rahmen der Bildungsverordnung 2012 erfolgte die intensivierte Zusammenarbeit der FMH mit den MPA-Berufsverbänden mit Gründung der Berufsorganisation odamed. In der Folge entstand die duale Weiterbildung zur Medizinischen Praxiskoordinatorin mit praxisleitender und klinischer Richtung mit Eidgenössischem Fachausweis.

Wenngleich der Beruf der MPA/MPK grosses Potenzial aufweist, so nehmen die Mitgliederzahlen des Berufsverbandes SVA ab. Bernhard Stricker geht den Ursachen auf den Grund und beleuchtet mögliche Massnahmen.

Marianne Schenk, Zentralvizepräsidentin des SVA, gibt eine fundierte Übersicht zum Beruf der MPA/MPK.

Einblicke in ihren Praxisalltag, dessen Herausforderungen sowie die Zukunftsaussichten und -hoffnungen geben uns Mirlind Halili (Auszubildender), Priska Cecon (MPA), Natalie Graf und Sandra Weber (beide MPK).

Wie und was eine MPK in einem Betrieb bewirken und verändern kann, zeigt Jacqueline Kaeser in der Hausarztpraxis in Bremgarten AG.

Das Leben einer MPA im Rückblick schildert uns Ruth Kurmann nach ihrer Pensionierung.

Im medizinischen Teil finden Sie die Diabetes-Guidelines des Ärztenetzes mednetbern und die neuen Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie zur Nachsorge nach Polypektomie.

Im Argomed-Teil erfahren Sie Neues zum MPAK QZ Verein, zum 25-Jahre-Jubiläum der Argomed, zum Rücktritt von Dr. med. Wolfgang Czerwenka als Präsident des Verwaltungsrates und zum Rezeptübermittlungstool von Zur Rose.

Eine angenehme und spannende Lektüre wünschen Ihnen

Dr. med. Gregor DufnerRedaktionsleiter DEFACTO

Caroline Fröhli MPA/MPK-Botschafterin

MPA/MPK: Ein Beruf mit grossem Potenzial

Der Beruf der Medizinischen Praxis-Assistentinnen und -Assistenten (MPA) und der Medizinischen Praxis-Koordinatorinnen und -Koordinatoren (MPK) profitiert von der aktuellen Mangellage an Fachkräften und vom Umbruch im Schweizer Gesundheitswesen. Trotzdem verlassen immer wieder MPA ihren Beruf und ihr Berufsverband (Schweizerischer Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen – SVA) verzeichnet einen Mitgliederrückgang. Wie ist dieser Widerspruch erklärbar?

Die Situation im Gesundheitswesen ist prekär. Es fehlt an allen Ecken und Enden an Fachleuten. Und die Bevölkerung wird immer älter, braucht in Zukunft noch mehr medizinische Leistungen und Pflege. Eine im letzten Jahr publizierte Studie von PricewaterhouseCoopers geht davon aus, dass bis 2040 rund 40 000 Pflegende und 5500 Ärztinnen und Ärzte fehlen.

Vor diesem Hintergrund kommt jenen Gesundheitsberufen eine zunehmend wichtige Rolle zu, die in der Lage sind, Hausärztinnen und Hausärzte zumindest partiell zu entlasten. An erster Stelle sind damit MPA und MPK gemeint.

Das heisst im Klartext: Die berufliche Situation ist für MPA und MPK derzeit höchst erfreulich, sie sind gesucht und gefragt wie selten zuvor. Da es derzeit wesentlich mehr offene Stellen als stellensuchende MPA/MPK gibt, können sich diese ihre Arbeitsstelle aus einer grossen Auswahl aussuchen und zum Teil auch Lohnforderungen stellen, die sogar die Empfehlung des SVA übersteigen. Fazit: Das Potenzial und der Wert von MPA und MPK steigen auf dem Stellenmarkt deutlich.

MPK als Karrierechance

Trotzdem verlassen laut dem Schweizerischen Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen (SVA) immer wieder viele gelernte MPA ihren Beruf und wenden sich anderen Berufsrichtungen und

Ausbildungsgängen zu. Zudem nimmt die Zahl der Mitglieder laut SVA ab. Der SVA hat die Situation erkannt und 2015 das neue Berufsprofil der Medizinischen Praxiskoordinatorin (MPK) geschaffen, um den MPA eine reelle Aufstiegs- und Karrieremöglichkeit anbieten zu können.

MPK müssen mindestens drei Jahre praktische Erfahrung als MPA haben, bevor sie die Ausbildung beginnen können. Die Ausbildung zur MPK, bzw. zum MPK ist modular aufgebaut und kann individuell in zwei bis fünf Jahren abgeschlossen werden. Der Abschluss ist ein eidgenössischer Fachausweis. Sie können dabei zwischen einer klinischen und einer praxisleitenden Ausrichtung wählen. Medizinische Praxiskoordinatorinnen mit klinischer Ausrichtung sind für die Beratung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer Reihe von chronischen Erkrankungen qualifiziert (z. B. Diabetes, Rheuma, Atemwegserkrankungen, koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz und zerebrale Insuffizienz). Und zum Aufgabengebiet einer MPK praxisleitender Richtung gehören u.a. die gesamte Administration und die Personalführung.

Seit 2015 wurden rund 1500 Fachausweise für MPK erteilt. Der SVA führt zweimal jährlich die eidgenössischen Prüfungen für die MPK durch. Im letzten Prüfungsanlass haben 179 Kandidatinnen und Kandidaten teilgenommen.

Die Anzahl Prüfungsanmeldungen hat sich jährlich gesteigert und sich in den letzten zwei Jahren etwa gleichbleibend, zwischen 150 und 180, eingependelt. Dass das neue Berufsprofil MPK eine gute Vorbildung und Berufserfahrung voraussetzt und die Prüfung anspruchsvoll ist, beweist die Durchfallquote. Sie beträgt seit 2020 zwischen 29 und 34%. Fast jede und jeder dritte Geprüfte schafft die hohen Anforderungen nicht, was wiederum für die hohe Qualität des Berufsprofils spricht.

Fehlende Berufsbildnerinnen und Berufsbildner

Der SVA ist derzeit daran, das Erfolgsmodell MPK weiter auszubauen und das Berufsprofil weiter zu schärfen und aufzuwerten, indem er die Prüfungsordnung und die Berufsprüfung überarbeitet und anpasst (siehe auch Interview mit Marianne Schenk vom SVA, Seite 7). Auch wenn die Voraussetzungen und das Potenzial für den Ausbau und die Weiterentwicklung dieses Berufszweiges gemäss Gesundheitsfachleuten gross sind, gibt es laut FMH einen Mangel an Berufsbildnerinnen und Berufsbildnern für die Ausbildung von MPA/ MPK. Dies hänge laut FMH auch mit der Fachrichtung und der Anzahl Ärztinnen und Ärzte in der Praxis zusammen, aber auch mit den Steuerungsmöglichkeiten, die zum Teil auf einer ungenügenden Datengrundlage basieren.



Gleichwohl unterstützt die FMH aber den Beruf der MPA/MPK (pro-)aktiv und engagiert. Aktuell vor allem durch ihr Fortbildungsprogramm «Prävention mit Evidenz in der Praxis (PEPra)», das sowohl von Ärztinnen und Ärzten als auch von MPA und MPK besucht werden kann. Auch Pflegefachpersonen im Bereich der Advanced Nursing Practice (ANP) oder Suchtfachleute mit psychologischem oder sozialarbeiterischem Hintergrund haben schon an Modulen teilgenommen.

Neue Studie bestätigt Kompetenz und Entlastungsfunktion von MPK

Inzwischen hat eine Studie des Berner Instituts für Hausarztmedizin (BIHAM) nachgewiesen, dass gut ausgebildete Medizinische Praxiskoordinatorinnen mit klinischer Fachrichtung (MPK) Diabetes-2-Patienten genauso gut betreuen können wie Hausärzte und diese damit deutlich entlasten.

An der Studie nahmen 22 Praxen aus der Deutschschweiz mit insgesamt 12 MPK teil. Es wurden 171 Patientinnen und Patienten eingeschlossen, die zu Beginn der Studie im August 2020 seit mindestens einem Jahr bei einer Hausärztin, einem Hausarzt oder einer MPK behandelt wurden. Im Vordergrund standen Patientinnen und Patienten mit Typ-2-Diabetes.

Die 171 teilnehmenden Patientinnen und Patienten waren bezüglich Alter, Geschlecht, Jahre seit Diagnosestellung und Beschäftigungsgrad vergleichbar. Sie waren im Schnitt 69 Jahre alt, übergewichtig und hatten seit zwölf Jahren Diabetes mellitus Typ 2. Der HbA1c- und LDL-Wert lagen in beiden Gruppen im Zielbereich.

Die Studie ergab, dass die Patientinnen und Patienten mit Typ-2-Diabetes in Praxen mit MPK gleich gut betreut wurden wie in Praxen ohne MPK (also ausschliesslich durch Ärzte). Insgesamt war die Behandlungsqualität sehr hoch, auch aus Patientensicht.

Das heisst im Klartext: Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Typ-2-Diabetes konnte in gleich hoher Qualität an die MPK delegiert werden. MPK können komplexe und zeitintensive Leistungen für Diabetespatientinnen und -patienten auf gleicher Basis erbringen wie Hausärztinnen und Hausärzte, von Blut- und Urinuntersuchungen über Fussuntersuchungen bis hin zur Koordinierung von Überweisungen zu Ernährungs- und Bewegungsberatungsangeboten oder jährlichen Überweisungen zu Spezialisten.

Die MPK selbst sahen die Vorteile ihrer Arbeit vor allem darin, dass sie einen anderen Zugang zu den Patientinnen und Patienten haben, was ein besonderes Vertrauensverhältnis verstärkte. Sie vermuteten, dass die Patientinnen und Patienten sich eher ihnen als den Ärztinnen und Ärzten gegenüber öffnen und über ihre Bedürfnisse und «Schwächen» zu sprechen bereit sind. Dies schafft eine neue Möglichkeit, die Zufriedenheit und Compliance der Patientinnen und Patienten zu fördern und damit letztendlich die Qualität der Therapie zu verbessern.



Fortbildung «ICH-Gesund» der Argomed Ärzte AG vom 5. und 6. Mai 2023

Wie Argomed den Beruf der MPA/MPK fördert

Argomed hat den Beruf der MPA von Anfang an unterstützt. Vor allem durch die Schaffung einer Stelle mit dem Titel «MPA/MPK-Botschafterin» sollte der Beruf stark gefördert werden, was bisher auch gelungen ist. Diese Stelle ist seit 2018 von Caroline Fröhli besetzt, die daneben auch noch als MPA/MPK in einer Hausarztpraxis arbeitet, wo sie im Speziellen Patienten mit Rheumaerkrankungen mitbetreut und die Aufgaben einer MPA wahrnimmt. Ausserdem unterrichtet sie im Careum Aarau Grundlagen für Beratungs- und Schulungsgespräche im Modul «Diabetes-Selbstmanagement fördern» und ist Expertin für die Berufsprüfung der MPK in klinischer und praxisleitender Richtung.

Ihre Aufgabe ist es u. a., ein wachsendes Netzwerk von engagierten MPA/MPK für praxisrelevante Themen aufzubauen, zu pflegen und gezielt die Stärkung der Rolle der MPA/MPK zu fördern. Ausserdem ist sie an vielen MPA-nahen Projekten beteiligt wie MehrFachArzt, Medizinischer Beirat oder für das «Hausarztmodell only».

Sie zieht nach fünfjähriger Tätigkeit eine positive Bilanz: «Diese neu geschaffene Stelle wurde überall sehr positiv wahrgenommen und wird bis heute sehr geschätzt, und zwar nicht nur von Ärzten, sondern vom ganzen Praxispersonal. Denn eine Praxis funktioniert nur als Team.»

Neben dieser Stelle hat Argomed zahlreiche weitere Angebote für MPA/MPK geschaffen. Dazu gehören praxisbezogene Qualitätszirkel, Fortbildungen und Kurse. Zweimal jährlich veranstaltet Argomed Fortbildungen wie zu «ICH-Gesund», Pharmakologie, Palliativ Care, Telefon-Triage, Nothelfer- oder Strahlenschutzkurse. Ausserdem finden eine Vielzahl von Qualitätszirkeln als Informa-

tions- und Austauschplattform statt, an welchen aktuelle und praxisrelevante Themen aufgegriffen und diskutiert werden.

Argomed unterstützt die Hausarztpraxen aber auch bei der Strukturierung und Aufgabenteilung der Teamarbeit, bei der Effizienzsteigerung der Praxisprozesse sowie mit wertvollem Know-how die rechtlichen Anforderungen in der Arztpraxis einzuhalten. Dafür werden gezielte interdisziplinäre Qualitätszirkel zwischen Ärzten und MPA (aktuell zu Themen Datenschutz und Arbeitssicherheit) organisiert.

Argomed wird das Engagement für die MPA/MPK-Qualitätszirkel weiter ausbauen. Geplant ist u. a die Gründung des ersten Qualitätszirkel-Vereins für MPA/MPK im September 2023 (siehe auch Artikel Seite 26).

Bernhard Stricker, lic. phil. DEFACTO Redaktion

FRAGEN AN MARIANNE SCHENK, ZENTRALVIZEPRÄSIDENTIN SVA

«Der Beruf der MPA ist aus der ambulanten Grundversorgung nicht mehr wegzudenken»



Marianne Schenk

DEFACTO: Was macht den Beruf der MPA und MPK attraktiv?

Marianne Schenk: Die MPA sind praxisnahe Gesundheitsfachleute, die den Betrieb Arztpraxis genau kennen. Sie besitzen vielseitige Kompetenzen aus verschiedenen Berufsfeldern, wie beispielsweise der Kauffrau für das Administrieren im Betrieb, der biomedizinischen Analytik und der bildgebenden Diagnostik. Als MPA entwickelt man von Beginn der Ausbildung an die Fähigkeit, interprofessionell zu agieren und sich in einem beruflichen Umfeld zu bewegen, welches von laufenden Entwicklungen und Veränderungen geprägt ist. Es macht die MPA zu multitalentierten Fachleuten, die im Gesundheitswesen breit eingesetzt werden können.

Als MPK können sie aufbauend auf ihre Berufskenntnisse vertiefte Kompetenzen erwerben, welche die Praxisinhaber in der Betriebsführung entlasten oder die Hausärzte in der Betreuung von Menschen mit chronischen Krankheiten unterstützen. Sie arbeiten interprofessionell und sind Schnittstelle in und aus der Arztpraxis.

Wie beurteilen Sie generell die aktuelle Berufssituation der MPA? Und wie anspruchsvoll ist die Ausbildung?

Der Beruf der MPA ist aus der ambulanten Grundversorgung nicht mehr wegzudenken. Die Ausbildung ist in der Bildungssystematik auf der Sekundarstufe 2 angesiedelt und zählt zu den anspruchsvolleren Lehren. Der MPA-Beruf ist beliebt und ziert aktuell Platz 4 auf der Beliebtheitsskala des Yousty-Portals. Das stimmt hoffnungsvoll für den Fachkräftemangel, ist aber leider nicht

so. Die Berufslehre zur MPA EFZ (Eidg. Fähigkeitszeugnis) setzt eine vertiefte schulische Grundbildung voraus, entsprechend der höchsten Sekundarstufe 1. Diese Tatsache zeigt eine erste Hürde auf, die den Selektionsprozess der Arbeitgeber betrifft. Wer nämlich über einen entsprechenden Schulabschluss verfügt, geht, dem gegenwärtigen Trend entsprechend, häufig an eine weiterführende Schule wie FMS (Fachmittelschule) oder Gymnasium. Die Berufslehre kämpft allgemein mit einem schlechteren Image gegenüber der Maturität oder einer weiterführenden Schule, woran die Lohnverhältnisse natürlich eine gewisse Mitschuld tragen. Die Berufslehre als Einstieg für Berufe im Gesundheitswesen ist eine bewährte praxisnahe Ausbildung und lässt mit dem dualen Ausbildungsweg eine Gruppe von ebenso praxisnahen Fachleuten entstehen.

Wie ist die aktuelle personelle «Marktsituation», also das Verhältnis zwischen Angebot und Nachfrage?

Ein Blick auf den Arbeitsmarkt genügt, um festzustellen, dass kompetente und praxisnahe Fachleute durchaus gefragt sind. Aktuell sind schweizweit rund 1000 offene Stellen gemeldet und die MPA können sich ihre Arbeitsstellen bzw. Arbeitgeber aussuchen. Aufgrund dieser Marktlage und weil es für die Arbeitgeber zunehmend schwierig wird, kompetentes und gut ausgebildetes Personal zu finden, werden häufig Löhne bezahlt, die deutlich über den Empfehlungen liegen. Die Arbeitsbedingungen verschärfen sich für die Praxisinhaber auf der einen Seite und auf der anderen Seite können sich die MPA ihre Arbeitgeber aussuchen.



Sie haben vor einigen Jahren das Berufsprofil der MPA zur MPK – mit einem eidg. Fachausweis auf Tertiärstufe – weiterentwickelt. Welches war der Hintergrund dazu?

Mit der Weiterbildung zur MPK wurden neue Karriere-Möglichkeiten für MPA geschaffen. Die Ausbildung zur MPK ermöglicht den MPA, ihre Kompetenzen in den Bereichen Betriebsmanagement und Chronic Care Management zu erweitern. In der Ausbildung zur MPK werden auf die breit fundierten Kompetenzen der MPA aufgebaut. Seit Einführung der Prüfungsordnung MPK im Jahr 2015 haben schweizweit bereits über 1500 MPA die Berufsprüfung zur MPK erfolgreich bestanden.

Welche Rolle spielte dabei der drohende Hausärzte- bzw. Fachkräftemangel? Der drohende Fachkräftemangel und die Verknappung von hausärztlichen Ressourcen für chronisch kranke Menschen spielten eine wichtige Rolle. Sie haben dazu geführt, dass das Berufsbild MPK als berufsorientierte Weiterbildung in zwei Fachrichtungen ausgestaltet wurde. MPK klinischer Richtung entlasten und unterstützen die Ärztinnen und Ärzte und betreuen unter deren Verantwortung Menschen mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten.

MPK praxisleitender Richtung verbinden klinisch-medizinische Erfahrung mit Geschäftsführungs-Know-how. Sie arbeiten in einer Kaderfunktion und sind in einer Arztpraxis mit dem selbstständigen Führen des Personals und des Personalwesens, des Einkommensmanagements, des Praxismarketings und der Qualitätssicherung betraut.

Welche Erfahrungen haben Sie bisher gemacht? Gibt es Unterschiede zwischen den beiden MPK-Profilen?

Die erweiterten Kompetenzen einer praxisleitenden MPK kommen sowohl in Einzel- als auch in Gruppen- und Gemeinschaftspraxen zum Einsatz. Idealerweise werden sie auf Stufe der Geschäftsleitung organsiert und erhalten damit eine Kaderposition. Die Erfahrungen zeigen, dass dies in vielen Arztpraxen bereits erfolgreich umgesetzt wird und die MPA damit echte Aufstiegschancen im Beruf erhalten. Das steigert die Berufsattraktivität und trägt dazu bei, die MPA im Beruf halten zu können. Die Zahlen der erteilten Fachausweise in der praxisleitenden Richtung bestätigen den Trend nach dem Bedarf dieser Praxisfachpersonen. Das heisst: Bisher wurden mehrheitlich zwei Drittel - MPK in praxisleitender



Richtung ausgebildet und ein Drittel in klinischer Fachrichtung, was zu einer gewissen Marktsättigung führen dürfte.

Und wie sehen die Perspektiven der MPK klinischer Richtung aus?

Mit den erweiterten Kompetenzen einer MPK klinischer Richtung kann diese den Zugang zu den regionalen Ressourcen, wie Spitex, Apotheken und andere Gesundheitseinrichtungen, bspw. zur Ernährungsberatung oder Physiotherapie, im Beratungsgespräch erleichtern und durch Vorbereitung die Beratungen bei diesen Fachpersonen effizienter starten lassen. Das spart nicht nur Kosten, sondern lebt die interprofessionelle Arbeit vor. In der Ausbildung wird das Wissen im Bereich Chronic Care Management vertieft und auch hier sind die Berührungspunkte zu den verschiedenen Fachpersonen im

Gesundheitswesen vielfältig vorhanden. Damit ist die MPK, wie es in der Berufsbezeichnung bereits mit dem Wort «Koordinator oder Koordinatorin» beschreibt, die perfekte Fachperson für die Schnittstelle in und aus der Arztpraxis. Nicht zu vergessen, können die MPK die Menschen mit chronischen Krankheiten darin unterstützen, sich im Umfeld eines immer komplexer werdenden Gesundheitswesens zurechtzufinden und sie leiten die Menschen an, selbstkompetent mit der eigenen Krankheit umzugehen. Zudem trägt die Arbeit der MPK auch zur Prävention bei, was ebenfalls hilft, die Kosten zu senken.

Gibt es Bestrebungen oder Projekte, das MPK-Profil nochmals weiterzuentwickeln (im Sinne zusätzlicher Kompetenzen in einer Hausarztpraxis)? Aktuell wird die Prüfungsordnung für die eidgenössische Berufsprüfung MPK revidiert. Dabei wurden in einem ersten Schritt erfahrene Berufsexpertinnen und -experten sowie auch die Bildungsinstitutionen befragt und in den Prozess miteinbezogen. Wir erarbeiten gemeinsam ein Qualifikationsprofil für beide Fachrichtungen, in welchem die Fachkompetenzbereiche und Leistungsziele für die berufliche Tätigkeit beschrieben werden. Ebenso werden die gemachten Erfahrungen und Entwicklungen mitberücksichtigt und in das Profil eingebaut, um die Kompetenzen für die Praxis zu stärken. Diese Arbeiten dauern noch an. Wir sind sicher, dass mit dieser Revision die MPK-Ausbildung zeit- und marktgerecht wird und die MPK sich im Gesundheitsmarkt weiter etablieren werden.

Wie unterstützt der Schweizerische Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen (SVA) den Beruf der MPA/MPK konkret?

Die Weiterbildung der MPA wird durch den SVA auf breiter Ebene gefördert und damit die Qualität der Berufsarbeit angehoben. Eine Mitgliedschaft im SVA lohnt sich deshalb nicht nur für die Berufsfrauen und -männer selbst, sondern auch für die Praxisbetriebe, beziehungsweise Arbeitgeber. Das zeigt sich auch, indem die Arbeitgeber zunehmend den SVA-Mitgliederbeitrag für die MPA und MPK übernehmen. Sie koppeln diese Beteiligung bspw. an Rahmenbedingungen für das jährliche Qualifikationsgespräch und die Zielvereinbarungen, wo eine definierte Weiterbildungsaktivität bzw. Anzahl SVA-Credits von den Praxisfachpersonen gefordert werden.

Welche Rolle spielt dabei odamed?

Der SVA ist gemeinsam mit anderen Berufsorganisationen wie FMH, MFE, ARAM in der Trägerschaft der odamed vertreten. Die odamed ist die Organisatorin der eidgenössischen Prüfungen und in ihrer Funktion die Hauptansprechpartnerin der zuständigen Behörden für die Berufsprüfung MPK. Sie bezweckt den Zusammenschluss der an der Berufsbildung der MPK interessierten Berufsverbände und Organisationen.

Welches sind die derzeit grössten «Baustellen» bei der Aus- und Weiterbildung und im Praxis-Alltag einer MPA/MPK?

Als Berufsverband beobachten wir leider seit einiger Zeit einen Rückgang der Mitgliederzahlen und immer häufiger ein Mangel an Interesse seitens vieler MPA an unseren regionalen Angeboten. Dafür sehen wir ursächlich unter anderem das Angebot von bezahlten Weiterbildungsveranstaltungen wie die MPA- und MPK-Qualitätszirkel durch Netzwerkorganisati-

onen. Diese lassen die Teilnehmerzahlen an Veranstaltungen in unseren Sektionen schrumpfen. Das ist schade und wir werden das Gespräch mit den Netzwerken suchen müssen, um mögliche Lösungsansätze zu finden. Wir stellen den MPA/MPK ein breites Weiterbildungsangebot zur Verfügung und wir sehen dies als eines unserer Kerngeschäfte. Damit wir mehr Gewicht in Sachen Berufs- und Bildungspolitik erhalten, braucht es einen starken Verband mit engagierten Mitgliedern.

Gehört der Lohn auch zu den Baustellen?

Die Lohnfrage gehört für den SVA klar zu den Weiterbildungsaktivitäten, auch aus Gründen der Qualitätswahrung der beruflichen Arbeit. Leider beobachten wir aber gerade in diesem Bereich zurzeit auch einen Mangel an Interesse seitens einiger MPA. Aufgrund des Angebotsüberschusses auf dem Stellenmarkt und der daraus resultierenden relativen Jobsicherheit sehen viele MPA keinen Grund. sich weiterzubilden. Ein Stellenwechsel scheint kurzfristig oft erfolgsversprechender als eine «langwierige» Weiterbildung zu sein. Da müssen wir als Berufsorganisation kritisch hinschauen und Massnahmen planen, wovon wir aber bereits ein paar Ideen im Köcher haben. Zudem ist es eine Tatsache, dass die ausgebildeten MPA häufig nicht im Beruf bleiben und sich in eine andere berufliche Richtung orientieren.

Dieses Interview erscheint in DEFAC-TO, einem Argomed-Medium, das fast ausschliesslich von Hausärztinnen und Hausärzten gelesen wird. Haben Sie ein Anliegen oder einen Wunsch an die Hausärztinnen und Hausärzte, bzw. an Argomed?

Es braucht auf allen Seiten Aktionen und Massnahmen für die Weiterentwicklung und Förderung der Berufsbilder. Die Steigerung der Attraktivität der beruflichen Arbeitsbedingungen und der Ausbildung wird dazu beitragen, dass die Fachkräfte in der ambulanten Grundversorgung erhalten bleiben. Kurz gesagt: Fördern und fordern Sie Ihre Mitarbeitenden, das macht Sie zu einem attraktiven Arbeitgeber und unterstützen Sie den SVA, indem Sie Ihre Mitarbeitenden zum Beitritt motivieren.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker, lic. phil., DEFACTO Redaktion

Marianne Schenk ist Zentralvizepräsidentin des SVA und MPK klinischer und praxisleitender Richtung. Sie ist in der odamed-Geschäftsstelle tätig und arbeitet in einem Teilzeitpensum als klinische MPK in einer Hausarztpraxis in der Region Bern.

INTERVIEW MIT MIRLIND HALILI, PRISKA CECON, NATALIE GRAF UND SANDRA WEBER

«Jeder Tag ist anders und bringt neue Herausforderungen»

Welche Aufgaben im Alltag einer MPA/MPK anfallen und was den Berufsalltag so spannend macht, haben wir vier ganz unterschiedliche Berufsleute gefragt. Priska Cecon (PC) arbeitet bereits seit 25 Jahren als MPA, Mirlind Halili (MH) hat gerade erst begonnen und Natalie Graf (NG) und Sandra Weber (SW) haben sich zur MPK klinischer respektive praxisleitender Richtung weitergebildet.









Mirlind Halili

Priska Cecon

Natalie Graf

Sandra Weber

DEFACTO: Welche Aufgaben fallen an einem normalen Sprechstundentag an? M.H.: Der Tagesablauf ist abhängig von meinem Dienst. Wenn ich nicht in der Schule bin, bin ich entweder im Labor, Büro oder in der Sprechstundenassistenz eingeteilt. Aber in keinem dieser Dienste gibt es einen klar definierten Tagesablauf. Dies ist stark abhängig von den Verordnungen der Ärzte. Jedoch gibt es Ämtli, für die ich zuständig bin, welche an den einzelnen Tagen erledigt werden müssen.

P.C: Mein Arbeitstag beginnt mit der Vorbereitung für die Sprechstunde in der Praxis: Lüften, PC und Laborgeräte starten. Dazu gehört auch die Koordination der Sprechstunde. Daneben werden Medikamentenlieferungen kontrolliert und für die Patienten vorbereitet, Telefone geführt, Termine vereinbart, Fragen geklärt und Patienten beraten. Im Labor werden Blut abgenommen und Analysen

durchgeführt sowie Impfungen, Infusionen und Injektionen verabreicht. Ebenso führen wir Spirometrien und Aderlässe durch und assistieren bei Exzisionen und Notfällen. 24-h-Blutdruck-Messungen und Ruhe-/Langzeit-EKG werden angelegt. Mails müssen bearbeitet, Überweisungen freigeschaltet, Berichte nach Diktat geschrieben und Rechnungen gestellt werden.

N.G.: Der Tag beginnt mit dem Aufstarten der Geräte, dem Vorbereiten von Laborreagenzien und dem Beantworten von E-Mails. Anschliessend gibt es ein Kurzbriefing mit den Ärzten über den Tag. Dann werden die ersten Patienten in Empfang genommen, es werden am Telefon Termine nach Triage vergeben. Weiter wird Blut abgenommen und analysiert, geröntgt, Blutdruck gemessen, Spirometrien, EKG und Röntgen durchgeführt. Wir verabreichen Spritzen und

Eiseninfusionen, machen Verbandwechsel und Sprechstundenassistenz. Regelmässige Hygienemassnahmen, Lehrlingsbetreuung und diverse administrative Aufgaben (dokumentieren, Rechnungswesen, Bestellungen und Qualitätsmanagement) ergänzen den abwechslungsreichen, hektischen Alltag einer MPA.

S.W.: Aufgrund der Grösse unserer Praxis ist es mir nicht mehr möglich, im MPA-Routinealltag mitzuwirken. Vielmehr bin ich mit administrativen und organisatorischen Aufgaben beschäftigt. Oft bin ich auch an Sitzungen oder Gesprächen. Dazwischen müssen E-Mails beantwortet und Telefonate geführt werden.

Welche Spezialaufgaben gehören in deinen Bereich?

M.H.: In meinen Aufgabenbereich gehören zum Beispiel das Aufbereiten und Sterilisieren der Instrumente, die Überprüfung der Materialvorräte in den Sprechzimmern, die interne sowie externe Qualitätskontrolle des Labors sowie das Bestellen und Verwalten von Impfungen.

P.C.: Ich instruiere unsere Patienten in der Insulinapplikation und im Gebrauch von Blutzuckergeräten und versorge Wunden (Débridements etc.) Ausserdem kümmere ich mich um die Zahlungseingänge und Mahnungen. Alle anderen Arbeiten werden von allen MPA durchgeführt.

N.G.: Ich betreue Diabetiker und Lungenerkrankte in der Praxis. Ich habe ein eigenes Beratungszimmer dafür eingerichtet. Meine Spezialaufgaben beginnen schon am Vortag mit Aktenstudium der Patienten. Ich koordiniere die anstehenden Blutentnahmen, Gewichts- und Blutdruckkontrollen, Inhalationskontrollen und O2-Messungen für den kommenden Tag. Die Beratungen beinhalten unter anderem Instruktionen zum Blutzuckermessen und Insulinspritzen. Daneben behalte ich auch die jährlichen Impfungen, augenärztliche Untersuchungen und den Fussstatus im Auge. Die Beratungen bei mir finden parallel zur ärztlichen Sprechstunde statt, wozu auch Beratungen zur Ernährung, Gewichtsreduktion oder -zunahme und zum Rauchstopp gehören.

S.W.: Ich bin verantwortlich für die Dienst- und Ferienplanung unserer 40 Mitarbeiterinnen (MPA und Arztsekretärinnen). Für unsere ca. 30 Ärztinnen und Ärzte übernehme ich die ganze Praxisorganisation. Das heisst: Agenda-Anpassungen, Mutationen, Zimmerbelegung, Ferienabwesenheiten etc. Auch das

Qualitätsmanagement, Bestellwesen, Rechnungswesen und die IT gehören zu meinen Aufgabengebieten. Zusätzlich organisiere und moderiere ich als MPK viele Sitzungen, bin Anlaufstelle für Fragen und Probleme aus dem Alltag und übernehme so manches zusätzliches Projekt, zum Beispiel aufgrund eines aktuellen Ereignisses.

Was gefällt dir an deinem Job am besten? Welche Besonderheiten bietet eine Hausarztpraxis?

M.H.: An meinem Beruf gefällt mir besonders die abwechslungsreiche Arbeit, das individuelle Eingehen auf Patienten und das Arbeiten im Team. Eine Tätigkeit, die ich gerne ausführe, ist das Röntgen, weil man oft viel über den aktuellen Gesundheitszustand eines Patienten erfahren kann

P.C.: Ganz klar der Patientenkontakt. In einer Hausarztpraxis kann man eine Beziehung mit den Patienten aufbauen. Teilweise werden uns Dinge anvertraut, welche sie den Ärzten nicht sagen möchten. Das entgegengebrachte Vertrauen weiss ich sehr zu schätzen. Man kann die Patienten während ihren Krankheiten unterstützen, was von vielen sehr geschätzt wird. Jeder Tag ist anders und bringt neue Herausforderungen.

N.G.: Die abwechslungsreiche Arbeit mit Menschen jeglichen Alters und die Beratungen. Die Menschen abzuholen, wo sie gerade stehen, zuzuhören und sie nochmals von einer ganz anderen Seite kennenlernen zu dürfen und sich mit ihnen freuen, wenn es ihnen besser geht. Die familiäre Atmosphäre, da man sich schon lange kennt, wird sehr

geschätzt. Der ganzheitliche Blick gefällt mir ganz besonders, es ist ein Geschenk, so arbeiten zu dürfen! Es ist und bleibt mein Traumberuf! Die Beratungen haben meinen Beruf nochmals aufgewertet, ich habe jetzt nochmals eine ganz andere Perspektive erhalten.

S.W.: Am besten gefällt mir ganz klar die Vielfalt. Ich darf Verantwortung übernehmen, mitgestalten, administrativ arbeiten und habe dennoch viel sozialen Kontakt im Alltag. Dazu gehört der Kontakt mit unseren Mitarbeitenden, die ich gerne unterstütze und begleite oder mit den Patientinnen und Patienten und mit div. Fachpersonen von Firmen, die uns beliefern und unsere Geräte warten. Die Hausarztpraxis bietet den Patienteninnen und Patienten eine Vertrauensperson, die sie teils jahrelang betreut. Bei uns ist sicher auch die enge Zusammenarbeit und der Austausch mit div. Fachärztinnen und -ärzten im Haus ein grosser Gewinn. Sei es nun für die Ärztinnen und Ärzte oder auch für die MPA, deren Aufgabengebiet dadurch noch vielfältiger und spannender wird.

Welche Herausforderungen gibt es im Alltag?

M.H.: Ich denke, die Herausforderung als MPA ist es, den Sprechstundenablauf eines Arztes optimal zu planen. Es kommen viele unvorhergesehene Arbeiten, bei denen man den Patienten gerecht werden möchte. Dabei ist es sehr anspruchsvoll, auf die Wünsche und Anliegen der einzelnen Patienten einzugehen. Es ist eine Herausforderung im Alltag, dauernd freundlich und empathisch zu sein und dabei das eigene Wohlergehen nicht auszublenden.

P.C.: Es gibt immer mehr administrative Arbeiten, die den Praxisalltag erschweren. Leider gibt es auch immer öfters Patienten, die nur noch fordern und auch respektlos werden.

N.G.: Das Konsumverhalten von vielen Patienten widerspiegelt sich auch bei uns in der Praxis. Alles muss sofort erledigt sein, am besten noch gestern. Dies war vor 37 Jahren noch nicht so, als ich diesen Beruf erlernte. Die vielen Patienten in unserer Praxis mit wenig Deutschkenntnissen stellen mich oft vor sprachliche Barrieren. Das Einfühlen in fremde Kulturen und Lebensgewohnheiten ist nicht immer ganz leicht. Die Patienten aus ihrer passiven Haltung herauszubringen und zu coachen ist häufig eine Herausforderung.

S.W.: Es gibt viele verschiedene Herausforderungen. Im Praxisalltag sind dies u.a. medizinische Notfälle und teils auch Forderungen von Patientinnen und Patienten. In der Praxisleitung gibt es organisatorische Herausforderungen wie Krankheitsausfälle beim Personal oder bei der MPA-Rekrutierung oder bei der Adaption neuer Richtlinien, die unseren Praxisbetrieb betreffen.

Und welche Herausforderungen gibt es in der Ausbildung zur MPA/MPK?

M.H.: Die grösste Herausforderung für mich war die Integration in meiner Klasse als einziger Mann. Mittlerweile fühle ich mich aber wohl. An das stets konzentrierte und vorausschauende Arbeiten musste ich mich zuerst gewöhnen.

P.C.: Wir müssen von sehr vielen Gebieten (Krankheitslehre, Pathologie, Medikamente, Labor, Röntgen, Administration

etc.) ein Wissen erlernen, welches oftmals unterschätzt wird.

N.G.: Die heutige MPA-Ausbildung ist sehr viel komplexer geworden als bei meiner damaligen Ausbildung zur Arztgehilfin. Die Lernenden sind sehr gefordert, vielleicht sollte man in Zukunft eine vierjährige Ausbildung in Betracht ziehen, da viel Wissen in diese drei Jahre gepackt wird. Die Ausbildung zur MPK war zeitintensiv und herausfordernd, aber auch spannend. Das Modulsystem finde ich sehr gut, dass jeder in seinem Tempo lernen kann.

S.W.: Ich finde es toll, wie viele junge motivierte Leute sich für den Beruf als MPA interessieren und die Ausbildung absolvieren. Es wird aber eine immer grössere Herausforderung, die MPA auf ihrem Beruf zu halten. Umso wichtiger ist es, dass Weiterbildungen in den Praxen u.a. zur MPK grosszügig unterstützt werden.

Was wünschst du dir für die Zukunft?

M.H.: Ich wünsche mir, dass Patienten weniger skeptisch gegenüber MPA-Lernenden sind, schlussendlich macht Übung den Meister.

P.C.: Dass der MPA-Beruf mehr geschätzt und unterstützt wird. Mit unserem erlernten Wissen können wir in der Praxis eine grosse Stütze sein.

N.G.: Die MPK-Ausbildung ist eine gute Sache, aber noch zu wenig bei den Ärzten und bei den Berufsfachschulen bekannt. Ich wünsche mir, dass die Vorteile und Weiterbildungsmöglichkeiten dieser Zusatzausbildung auch den Lernenden

an den Berufsschulen vermittelt werden. Ferner wünsche ich mir Tarifsysteme, die die Dienstleistungen von MPA/MPK angemessen honorieren. Die Gesundheitspolitik versteht das grosse Potenzial von MPA und MPK immer noch nicht. Hausärztinnen und Hausärzte werden durch unsere Arbeit entlastet, wodurch wir dem Hausärztemangel entgegenwirken.

S.W.: Ich wünsche mir noch mehr MPA, die ihren Job mit Herzblut ausüben und ihrem Beruf treu bleiben. Ausserdem wünsche ich mir einen Rückgang des Ärztemangels, damit den Patientinnen und Patienten wieder ein Platz in einer Hausarztpraxis angeboten werden kann.

Was bedeutet es, als Mann in diesem Beruf zu arbeiten?

M.H.: Ich sehe keinen relevanten Unterschied zwischen den Geschlechtern in dieser Berufsgruppe, ich sehe eher Vorteile. Mir ist aufgefallen, dass Patienten sich gegenüber einem Mann weniger unangebracht äussern und mir mit mehr Respekt begegnen. Es wird im Team sehr geschätzt, dass beide Geschlechter vertreten sind. Für viele Patienten ist der Anblick eines männlichen MPA noch ungewohnt, weshalb ich öfters gefragt werde, ob ich im Medizinstudium sei.

P.C.: Leider gibt es noch zu wenig männliche MPA. Ich sehe keinen Hinderungsgrund, warum nicht mehr Männer diesen Beruf ausüben sollten. Jedoch denke ich, dass leider einige Patienten zurückhaltend darauf reagieren werden. Daher braucht es wohl Unterstützung von den Ärztinnen und Ärzten, männliche MPA auszubilden und einzustellen.

N.G.: Natürlich ist es auch ein sehr schöner Beruf für einen Mann. Die Aufstiegschancen sind aber nur begrenzt möglich. Als typischer Frauenberuf sind die Löhne nicht hoch, trotz hoher Verantwortung! Den Lohn anzuheben wäre vielleicht für manchen jungen Mann ein Anreiz, diesen Beruf in Betracht zu ziehen.

Die Fragen stellte Dr. med. Corina Omlin, DEFACTO Redaktion Mirlind Halili, 18, ist im 2. Lehrjahr als medizinischer Praxisassistent in der Arztpraxis St. Wolfgang in Hünenberg ZG.

Priska Cecon, 45, ist seit 25 Jahren mit Leib und Seele MPA. Seit 2005 arbeitet sie im Ärztezentrum Bremgarten b. Bern.

Natalie Graf, 56, arbeitet seit 37 Jahren als MPA. Seit 15 Jahren ist sie in einer Hausarztpraxis in Birr tätig bei einem 60-%-Pensum. Im Jahre 2020 hat sie die MPK-Zusatzausbildung klinische Richtung abgeschlossen.

Sandra Weber, 34, durfte nach ihrem Abschluss der MPA-Ausbildung 2008 in verschiedenen Praxen Erfahrung sammeln und ihr Wissen auch an Lernende weitergeben. 2015 bis 2018 hat sie die Ausbildung zur med. Praxiskoordinatorin praxisleitende Richtung absolviert und im 2016 durfte sie im Doktorzentrum Mutschellen die MPK-Stelle antreten, die sie bis heute von Herzen gerne ausübt.

INTERVIEW MIT DER MPK JACQUELINE KAESER (JK) UND DEM HAUSARZT DR. MED. GREGOR DUFNER (GD)

«Meine Erwartungen wurden übertroffen»



Jacqueline Kaeser und Gregor Dufner

DEFACTO: Frau Kaeser, Herr Dufner, welche Zwischenbilanz ziehen Sie nach mittlerweile sechs Jahren Zusammenarheit?

JK: Aus meiner Sicht hat die Zusammenarbeit bisher sehr gut geklappt. Das hat sicher auch damit zu tun, dass ich parallel zu meinem Stellenantritt mit der Weiterbildung zur MPK in klinischer Richtung beginnen konnte. Das hat u.a. dazu geführt, dass ich heute eine eigene Diabetes-Sprechstunde in dieser Praxis habe.

GD: Auch ich kann eine positive Zwischenbilanz ziehen, obwohl das am Anfang noch nicht absehbar war. Die Anstellung von Frau Kaeser und ihre Weiterbildung von der MPA zur MPK war für mich ein gewisses Risiko, weil ich noch

keine Erfahrungen mit einer MPK hatte, entpuppte sich aber als Glücksfall. Sie kam 2017 in einer Phase zu uns, als unsere Praxis um- und ausgebaut wurde. Durch diesen Umbau veränderte sich indirekt – und ungeplant – auch ihr Stellenprofil. Das hiess konkret: Sie begann neben klinischen auch administrative Arbeiten zu übernehmen, und später kam dann noch die Personalführung dazu, etwas, das mich früher immer gestresst hatte.

Das heisst, Frau Kaeser macht als MPK klinischer Richtung heute bei Ihnen auch Aufgaben, die ein MPK in administrativer Richtung macht?

GD: Ja, sie macht heute beides. Und beides mit grösster Sorgfalt und Kompetenz.

Dazu muss man aber auch wissen, dass sich der Personalbestand in den letzten sechs Jahren fast verdoppelt hat – und mehr Betreuung und Planung bedarf. Konkret: Wir hatten anfangs 180 Stellenprozente und befinden uns heute bei rund 350 Stellenprozenten. Und Frau Kaeser half professionell mit, diesen Ausbau administrativ und organisatorisch zu bewältigen. Dabei profitierte ich von ihren vielfältigen Fähigkeiten, die ich anfangs noch nicht kannte, die sich aber im Verlauf der Jahre immer stärker abzeichneten.

JK: Die Übernahme der zusätzlichen administrativen Arbeit war bei meiner Anstellung so nicht geplant, es war für mich vielmehr ein «natürlicher Prozess», in den ich mich hineingelebt und weiterentwickelt habe. Dazu kommt bei mir die Neigung, dass ich gerne Neues lerne und Arbeiten gut einteilen kann. Deshalb ist das für mich heute keine Mehrbelastung, sondern eine Herausforderung, die ich sehr gerne mache. Der Anteil Administration macht derzeit etwa 20–30 % aus.

Das klingt für mich jetzt so, als wären Sie beide eine Art inoffizielle Geschäftsleitung der Praxis meditum.

GD: Ja, das kann man so sagen. Dazu würde ich aber auch meine Praxispartnerin zählen, mit der ich vor allem medizinische Themen und Strategien bespreche.

Wie war das bei Ihnen, Frau Kaeser, haben Sie genau gewusst, was Sie in dieser Praxis erwarten würde?

JK: Ich hatte eine gewisse Selbstständigkeit erwartet, vor allem eine eigene Diabetes-Sprechstunde, was mir auch ermöglicht wurde, und zwar zu sehr guten Bedingungen. Damit meine ich vor allem genügend Zeit für meine vier bis fünf Patientinnen und Patienten, die ich pro Woche im Schnitt betreue und berate. Ich könnte mit meiner MPK-Ausbildung in klinischer Richtung auch noch weitere medizinische Fälle übernehmen – zum Beispiel Atemwegserkrankungen oder

Wundversorgung, aber dafür haben wir derzeit zu wenig Patienten. Das heisst: Meine Erwartungen wurden übertroffen, vor allem das Vertrauen, das mir Dr. Dufner entgegenbrachte und bringt – und mir viel Verantwortung überträgt, habe ich so nicht erwartet, und auch in früheren Stellen nie erlebt.

GD: Ich bin heute überzeugt, dass Vertrauen ein Schlüsselfaktor für den Erfolg einer Praxis ist. Das habe ich zum Beispiel auch durch die Einführung des Homeoffice in unserer Praxis gelernt, bzw. lernen müssen. Ich vertraue all jenen MPA, die im Homeoffice arbeiten, dass sie ihre Arbeit auch wirklich vor Ort erledigen und ihre «Freiheit» nicht für anderes, etwa zum «Käfele», missbrauchen.

Wie würden Sie die Stimmung im MPA-Team heute beschreiben?

JK: Die Stimmung ist aus meiner Sicht gut, auch wenn es durch Stellenwechsel und krankheitsbedingte Ausfälle immer wieder Situationen gab und gibt, die man überbrücken und neu koordinieren muss, was auch schon mal zu Spannungen führen kann. Ich versuche als Leiterin des Teams, möglichst offen und transparent zu kommunizieren und suche in heiklen Situationen das direkte Gespräch. Und ich versuche, die verschiedenen Wünsche der MPA nach bestimmten Arbeitstagen und -zeiten so gut es geht zu erfüllen und in einen funktionierenden Arbeitsplan zu integrieren.

GD: Auch ich nehme die Stimmung im Team positiv wahr, auch wenn ich nicht so direkt konfrontiert bin wie Frau Kaeser. Dazu tragen sicher auch unsere regelmässigen Teamsitzungen bei.

Gab oder gibt es denn nie grössere Konflikte?

GD: Einen «grösseren» Konflikt gab und gibt es aus meiner Sicht nicht. Gleichwohl stelle ich eine Art «Generationenwechsel» fest. Damit meine ich eine neue Generation MPA, die offensichtlich eine andere Arbeitseinstellung mitbringt als ich es

noch gelernt hatte und gewohnt war. Kurz und zugespitzt gesagt: Eine neue Generation – die «Generation Z», wie sie heute genannt wird – möchte keine Überstunden machen, auch wenn sie kompensiert werden. Ich erlebe das konkret am Beispiel, dass sie abends pünktlich die Praxis verlassen wollen. Natürlich kann ich das nachvollziehen, das hätte ich mir durchaus auch gewünscht. Dass sich die medizinischen Berufe nicht mehr primär an den Bedürfnissen der Patienten als oberste Maxime orientieren, ist für mich gewöhnungsbedürftig. Hier muss ich umdenken.

Und wie gehen Sie damit um?

GD: Das habe ich weitgehend an Frau Kaeser delegiert. Vieles lässt sich organisatorisch bereits lösen. Das heisst konkret: Bei uns muss es nach wie vor möglich sein, auch kurz vor Praxisschluss noch einen Termin buchen zu können. Und das ist – dank ihrer pragmatischen Art und Weise der Konfliktbewältigung – auch weiterhin möglich.

Wie ist das derzeitige Patientenaufkommen in Ihrer Praxis?

GD: Es gibt eine leichte Zunahme. Mit unserem derzeitigen Personalbestand können wir trotzdem keine neuen Patientinnen und Patienten aufnehmen (ausser im Hausarztmodell Versicherte) und haben deshalb einen Aufnahmestopp verfügt.

Es ist schon lange bekannt, dass es einen Hausärzte-Mangel gibt. Gibt es auch einen MPA-Mangel?

JK: Ja, den gibt es. Ich stelle fest, dass es mehr freie Stellen gibt als MPA, die eine Stelle suchen.

Wie beurteilen Sie die aktuelle Situation der Hausärzte in der Schweiz?

GD: Als ich Assistenzarzt im Spital war, hiess es, Hausärzte sind jene Ärzte, die man im Spital nicht brauchen kann. Heute dürfte das allerding nicht mehr so sein, aber es besteht nach wie vor eine gewisse Nachwirkung dieser Einstel-

lung: Ich meine damit, dass die meisten Hausärzte eine gewisse Angst vor dem unausgesprochenen Anspruch haben, dass sie medizinisch alles wissen müssten, aber gar nicht in der Lage sind, alles wissen zu können. Diese «Angst» ist nicht nur unbegründet und falsch, wir Hausärzte müssten eigentlich viel mehr Selbstvertrauen haben, weil wir ganz eigene medizinische Kompetenzen haben, auf die wir uns besinnen und stützen können.

Was meinen Sie damit?

GD: Wir sind im medizinischen Prozess noch immer in den allermeisten Fällen die ersten primären Ansprechpersonen, was eine wichtige zentrale Aufgabe ist. Zudem sind wir in der Lage, etwa 80% aller medizinischen Fälle selbstständig zu bearbeiten und zu lösen. Trotzdem gibt es seit Jahren eine verheerende politische Entwicklung, die unsere Kompetenzen und Freiheiten – durch immer neue Vorschriften und Auflagen – beschneidet und die Verrechnungsmöglichkeiten einschränkt. Das ist ein absoluter Un- und Widersinn, denn es ist hinlänglich bekannt und bewiesen, dass Hausarztmedizin die kostengünstigste Medizin ist.

Sie sind aber trotz allen Widerwärtigkeiten nach wie vor gerne Hausarzt. Warum?

GD: Weil der Beruf des Hausarztes im Grunde der schönste und spannendste Beruf innerhalb der verschiedenen medizinischen Fachrichtungen ist, den es gibt. Die Stärke und die Attraktivität der Hausarztmedizin ist deren Breite und Vielfalt. Ich gehe auch heute noch jeden Tag gerne zur Arbeit in meine Praxis und würde als junger Medizinstudent nochmals die Fachrichtung Hausarztmedizin wählen.

Und wo liegt die Attraktivität des MPK-Berufes? Woran haben Sie konkret Freude?

JK: Auch bei uns sind es vor allem die Vielfalt und die Abwechslung. Und der Kontakt zu den Menschen, den Patienten.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft?

JK: Dass es bei uns in der Praxis so weitergeht wie bisher. Und dass sich mehr MPA getrauen, die Weiterbildung zur MPK zu machen. Und ganz wichtig: dass es mehr Ärzte wie Dr. Dufner gibt, die Vertrauen zu den MPA haben und den MPK Verantwortung delegieren.

GD: Auch ich wünsche mir, dass mehr MPA den Schritt zur MPK wagen. Ich muss dazu aber auch sagen, dass ich die Erfahrung gemacht habe, dass längst nicht alle MPA dazu die Fähigkeiten und Voraussetzungen haben. Trotzdem würde ich ihnen raten: Wagt es! Ich könnte mir in Zukunft noch eine 2. MPK in dieser Praxis vorstellen. Und was die Zukunft der Hausärzte betrifft, so wünsche ich mir ein stärkeres politisches Selbstbewusstsein, das sich weder von der Politik noch den Krankenkassen vorführen lässt.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker, lic. phil., DEFACTO Redaktion

MEDITUM Hausärzte Bremgarten

Jacqueline Kaeser (35) ist MPK klinischer Richtung und arbeitet seit 2017 in der Praxis MEDITUM. Sie leitet das MPA-Team.

Dr. med. Gregor Dufner (59) ist Hausarzt und seit 2000 Inhaber der Praxis meditum. FRAGEN AN RUTH KURMANN, MPA IM RUHESTAND UND ERSTE ANGESTELLTE DER ARZTPRAXIS ST. WOLFGANG IN HÜNENBERG, ZG

«Zuoberst steht die Freude am Beruf»

45 Jahre mit viel Leidenschaft im Dienst der Patientinnen und Patienten. Ruth Kurmann erzählt uns, wie sie den Wandel von der Arztgehilfin zur Medizinischen Praxisassistentin erlebt hat und wie ihr über vier Jahrzehnte die Begeisterung für ihren Beruf erhalten blieb.



Ruth Kurmann

DEFACTO: In welcher Funktion wurden Sie eingestellt? Welche Berufsbezeichnung stand in Ihrem Arbeitsvertraq?

Ruth Kurmann: Nach meiner Ausbildung als Arztgehilfin bei der Berit Schule in Luzern folgten drei Monate Englischaufenthalt in Bournemouth. Danach startete ich mit meiner ersten und einzigen Anstellung als Arztgehilfin bei Dr. med Anton Hürlimann in Hünenberg.

Wie hat sich das Berufsbild der MPA aus Ihrer Sicht über die letzten Jahrzehnte verändert?

Wie überall war die Digitalisierung die grösste Veränderung. Die Bürokratie hat stark zugenommen, ebenso die Anforderungen im Bereich des Qualitätsmanagements. Die Vergrösserung der Praxis brachte ebenfalls viele Veränderungen mit sich. Durch die Erweiterung ist aus der familiären Hausarztpraxis eine moderne Gemeinschaftspraxis entstanden.

Gibt es auch Aspekte in der modernen Rolle der MPA, die Sie schwierig fanden? Wenn ja, welche?

Die grösste Schwierigkeit für mich war die Digitalisierung, das heisst der Umgang mit Computer und anderen elektronischen Messgeräten. Gleichzeitig war das für mich aber eine spannende Herausforderung.

Wie war der Chefwechsel für Sie, als die Praxis vom Vater zum Sohn überging? Aus meiner Sicht gelang der Übergang vom Vater zum Sohn sehr gut.

Sie sind seit einem guten Jahr pensioniert. Welche Bilanz – positiv oder negativ – ziehen Sie persönlich? Würden Sie den Beruf der MPA nochmals erlernen wollen?

Den Beruf als MPA würde ich auf jeden Fall wieder wählen. Die vielseitige und abwechslungsreiche Tätigkeit motivierte mich, jeden Tag mit Freude zur Arbeit zu gehen. Ich schätzte vor allem den persönlichen Kontakt zu den Patienten. Sehr schön war auch die Zusammenarbeit mit den Ärzten und meinen Arbeitskolleginnen. Über all die Jahre schätzte ich immer das sehr angenehme und kollegiale Arbeitsklima.

Weswegen sind Sie der Arztpraxis St. Wolfgang in all den Jahren treu gebliehen?

In all den Jahren fühlte ich mich sehr wohl in dieser Praxis und es gab für mich keinen Grund, den Arbeitgeber zu wechseln. Was möchten Sie einer jungen Berufskollegin mit auf den Weg geben?

Heute empfehle ich den jungen MPA, sich in jungen Jahren weiterzubilden und offen zu sein für Veränderungen. Zuoberst steht jedoch die Freude am Beruf, um jeden Morgen aufstehen zu können und mit Begeisterung zur Arbeit zu gehen.

Zum Schluss: Stimmt es, dass Sie zu Beginn sogar noch auf die Kinder vom damaligen Arzt (Dr. med. Anton Hürlimann) aufgepasst haben?

Das stimmt. Ich durfte zu Beginn meiner Anstellung zwei Wochen auf die zwei Kinder Urs und Matthias schauen, was bereits zum Start sehr grosses Vertrauen in mich voraussetzte. Dafür bin ich heute noch sehr dankbar. Danach war die Einrichtung der Praxis angesagt, inklusive des Nähens der Vorhänge, bis am 5. September 1977 die Praxis eröffnet wurde

Die Fragen stellte Martina Gottburg, DEFACTO Redaktion

Ruth Kurmann, Jahrgang 1958, ist am 1. Juli 1977 als Arztgehilfin in die Arztpraxis St. Wolfgang eingetreten. Seit Juli 2022 ist Frau Kurmann pensioniert.

«Diese interprofessionelle Versorgung macht Sinn»

Die Entwicklung der MPA zur MPK hat Dr. med. Emil Schalch selbst mitgestaltet. Der ehemalige odamed-Präsident erklärt, wie es dazu gekommen ist und wie es in Zukunft weitergehen sollte.

Von Seiten der MPA-Verbände bestand seit mindestens der Jahrtausendwende der Wunsch nach Weiterbildungsmöglichkeiten respektive Aufstiegsmöglichkeiten für MPA.

Im Anschluss an die erste Revision der Bildungsverordnung 2012 erfolgte die Gründung der odamed (Berufsorganisation, Zusammenarbeit FMH/MPA-Berufsverbände), deren erster Präsident Dr. med. Emil Schalch war. Im Rahmen der ersten Arbeiten wurde bald klar. dass eine ausschliesslich «praxisleitende» Weiterbildung nur den Grosspraxen nützte. Es wurde daher auch das Angebot klinischer Module diskutiert, welche zum Chronic Care Management entwickelt und zusammengefasst wurden: Die «MPA klinischer Richtung» und die duale Weiterbildung «praxisleitende Richtung» und «klinische Richtung» waren geboren.

Die MPK ist ein «Versorgungsmanager» und umfasst vielseitige Möglichkeiten von der Überwachung der Patientenversorgung, Einbindung des gesamten Versorgungsteams, Überwachung von Qualitätsergebnissen und -massnahmen zur Beratung des Patienten und dem Versorgungsteam. Diese interprofessionelle Versorgung macht Sinn, weil so der Hausarzt von verschiedenen Aufgaben entlastet werden kann, welche nicht unbedingt ärztliche Kompetenz benötigen.

Die Ausbildung von MPA überlässt man gerne den Grundversorgerpraxen, die den MPA-Bedarf von Grundversorgern, Spezialisten, Ambulatorien etc. decken müssen. Ungerecht ist dabei, dass die Ausbildungspraxen bei den Löhnen nicht mithalten können und deshalb hei der Rekrutierung hintenanstehen müssen. Doch die Hausarztmedizin ist dem Zuhause des Patienten und somit dem Patienten am nächsten und kann somit nie vollständig von Spital-Ambulatorien ersetzt werden. Auf der Seite der Hausärzte braucht es dazu aber eine Rückbesinnung auf die alten hausärztlichen Werte: Präsenz, Erreichbarkeit, Effizienz. Damit diese Rückbesinnung auch unter dem Aspekt der Work-Life-Balance für Hausärzte möglich wird, sind teambasierende, interprofessionelle Konzepte wichtig, welche zwangsläufig auch zu einem «Empowerment» von MPA und MPK führen müssen. Je mehr die medizinische Grundversorgung vom Patienten hergedacht und aufgebaut wird (und dies ist ein Muss, denn der Patient ist die «Raison d'être» des Gesundheitswesens), desto unverzichtbarer ist, dass die Betreuung immer mehr von einem Versorgungsteam erbracht wird, wobei die Delegation von Tätigkeiten individuell dem Hausarzt und der Hausärztin überlassen ist.

In der eingangs erwähnten odamed macht man sich auch Gedanken, wie zukünftig unterstützt werden kann. Die Trends im Gesundheitswesen gehen in Richtung IT zur Unterstützung eines unkomplizierten Versorgungszugangs und zur Ermöglichung von Versorgungskoordination und Populationsmanagement. Ein zweiter Trend ist die verbesserte Gesundheitsverantwortung der Patienten in ihre Versorgung – dies braucht Schulung. Beide Trends sind notwendig zur Rückgewinnung der Kosteneffizienz, wie sie von der Politik gefordert wird. In einer

modernen Grundversorgung gibt es viele Möglichkeiten, den MPA/MPK-Beruf mit der Übernahme zusätzlicher Aufgaben aufzuwerten. Ob eine solche Zusatzausbildung im traditionellen Berufsbildungs-Modell erfolgen kann, muss allerdings diskutiert werden – es braucht Ausbildungsgefässe. Die Entwicklung bei den MPK müsste in eine ähnliche Richtung wie die der Pflegefachleute (Zulassung zu den CAS der Fachhochschulen) gehen. Diese Diskussion wird sowohl beim MPA-Berufsverband als auch bei der odamed bereits geführt. Bis eine entsprechende Ausbildung vorliegt, rät Dr. Schalch zu einer langfristigen Personalplanung: Man muss sich seine MPA selbst ausbilden und während der Ausbildung darauf achten, dass den Auszubildenden die Freude am gewählten Beruf nicht abhanden kommt.

Marco Plüss und Dr. med. Corina Omlin, DEFACTO Redaktion

Emil Schalch hat nebst seinem Engagement für die Ausbildung der MPA/MPK den Rettungsdienst des Kantons Zug und die Notfallpraxis der Zuger Ärzte aufgebaut. Zusätzlich hat er eine der innovativsten Hausarztpraxen etabliert, wobei er stets betont, dass er dies nie ohne Unterstützung geschafft hätte. In seinem «Gesundheitspunkt» sind vier Hausärzte, eine Kinderärztin, zwei Pflegefachfrauen mit CAS «Wundexpertin» und CAS «Assessment», ein Sozialarbeiter, eine Arztsekretärin als «Versorgungskoordinatorin», sowie zwei MPK (eine als LMPA, eine CCM) und acht MPA angestellt.



Unterschätztes Doppelpack

«Die Nieren werden häufig vernachlässigt. Dabei ist das Doppelorgan, das etwa faustgross ist, lebensnotwendig: 300 Mal am Tag strömt die gesamte Blutmenge durch die Nieren, das sind circa 1500 Liter täglich! Die Organe regulieren den Blutdruck, den Mineralstoff-Haushalt und den Knochenstoffwechsel und entgiften das Blut. Doch Nieren leiden leise, erst in einem Spätstadium führen Nierenleiden zu Beschwerden. Deshalb sollten sich Menschen mit einem Risikofaktor für Nierenschwäche wie Bluthochdruck oder Diabetes einmal pro Jahr untersuchen lassen.»

Keine Krankheit des Alters

Einer von zehn Erwachsenen in der Schweiz ist von einer Nierenerkrankung betroffen. Die Erkrankung kann jeden treffen, unabhängig von Alter und Geschlecht.

→ Informiere dich jetzt über Risikofaktoren, Diagnose und Therapie auf



www.nieren-leiden-leise.ch



DR. MED. ISABELLE BINET Klinikleiterin Nephrologie/ Transplantationsmedizin am Kantonsspital St. Gallen. Präsidentin der Schweizerischen Nierenstiftung

























Analytik, umgesetzt in die Praxis.



Diabetes-Guideline der mednetbern AG

Das Ärztenetzwerk der Argomed Ärzte AG hat in den folgenden Seiten die Diabetes Guidelines übersichtlich dargestellt. Die vollständigen Guidelines finden sich auf www.mednetbern.ch/guidelines-publication.

Stand Pebruar 2022 – Seite 1 © mednetbern AG



Diagnose nach ICD-10	E11: Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes).		
Definition	Chronische Hyperglykämie (ursächlich relativer Insulinmangel/Insulinresis Mikroangiopathie (Retinopathie, Nephropathie, Neuropathie) und Makro	Chronische Hyperglykämie (ursächlich relativer Insulinmangel/Insulinresistenz), welche, zu spät diagnostiziert und/oder inadäquat behandelt, zu Organschäden führen kann: Mikroangiopathie (Retinopathie, Nephropathie, Neuropathie) und Makroangiopathie (Myokardinfarkt, cerebrovaskulärer Insult, periphere arterielle Verschlusskrankheit).	ganschäden führen kann: Verschlusskrankheit).
Case-Finding	Diabetes-Symptome vorhanden: Durst, Polyurie, Gewichtsabnahme. Modifizierter FINDRISK-Fragebogen zur Bestimmung des 10-Jahres-Risikos in % bei asymptomatischen Erwachsenen (s. letzte Seite). eine Laboruntersuchung indiziert. Für die Beantwortung des Fragebogens bedarf es einer klinischen Untersuchung (BMI/Bauchumfang). Auffällige Gelegenheitsgukose (z. B. bei Laienmessungen) Prädiabetes (CD-10 R73: Veröse Nüchternglukose: 5.6–6.9 mmol/I oder vernöse Zufallsglukose 7.8–11.0 mmol/I oder HbAtc 5.7-6.4%. Spezielle Risikofaktoren: z.B. Gestationsdiabetes, Geburtsgewicht des Neugeborenen, PCO, diabetogene Medikamente.	Diabetes-Symptome vorhanden: Durst, Polyurie, Gewichtsabnahme. Modifizierter FINDRISK-Fragebogen zur Bestimmung des 10-Jahres-Risikos in % bei asymptomatischen Erwachsenen (s. letzte Seite). Ergibt der Score ≥ 15 Punkte (Risiko > 32 %) ist eine Laboruntersuchung indiziert. Für die Beantwortung des Fragebogens bedarf es einer klinischen Untersuchung (BMI/Bauchumfang). Auffällige Gelegenheitsgulkose (z. B. bei Laienmessungen) Prädiabetes (CD-10 R73: Verbose (z. B. bei Laienmessungen) oder venöse Zufallsglukose 7.8−11.0 mmol/I oder HbA1c 5.7-6.4 %. Spezielle Risikofaktoren: z. B. Gestationsdiabetes, Geburtsgewicht des Neugeborenen, PCO, diabetogene Medikamente.	· Score ≥ 15 Punkte (Risiko > 32 %) ist
Labor	Zur Diagnosestellung des Diabetes mellitus Typ 2 ist jeder der folgenden Labortests gültig (WHO-Kriterien): • Venöse Nüchternglukose oder venöse Zufallsglukose im Akutfall bei symptomatischen Patienten (Durst, Polyurie, Gewichtsabnahme), oder • HbA1c-Wert, oder • Oraler Glukose-Toleranz-Test (OGTT): Glukosemessung nüchtern und 2 Std. nach Einnahme von 75g Glukose (wegen Nebenwirkungen nic	mellitus Typ 2 ist jeder der folgenden Labortests gültig (WHO-Kriterien): ise Zufallsglukose im Akutfall bei symptomatischen Patienten (Durst, Polyurie, Gewichtsabnahme), oder): Glukosemessung nüchtern und 2 Std. nach Einnahme von 75g Glukose (wegen Nebenwirkungen nicht empfohlen bei älteren Menschen).	oei älteren Menschen).
Diagnose	Die Diagnose wird durch jeden der folgenden vier Laborwerte gestellt: venöse Nüchternglukose: > 7.0mmol/I oder venöse Zufallsglukose: > 11.1 mmol/I, oder i HbAtc. > 6.5 % i OGTI: > 11.1 mmol/I nach 2 Std. Ausnahmen: falsch höhere (f) und falsch tiefere (j) HbAtc-Werte durch Alkohol- u. Opiatkonsum (f Hämoglobiopopathien (f/ U), Schwangerschaft (f/ I), hochdosierte Einnahme von Vitamin C und E (f' (bei Eisen-, Vit-BI2-Mangel), vermindertes Durchschnittsalter der Erythrozyten (j) (bei akuter Blutul Eisen-, Vit-BI2-Mangel).	Die Diagnose wird durch jeden der folgenden vier Laborwerte gestellt: 1 venöse Nüchternglukose: 2 7.0mmol/I oder venöse Zufallsglukose: 2 11.1 mmol/I, oder 1 wenöse Nüchternglukose: 2 7.0mmol/I oder venöse Zufallsglukose: 2 11.1 mmol/I oder 1 wenöse Nüchternglukose: 2 7.0mmol/I oder venöse Zufallsglukose: 2 11.1 mmol/I oder 1 wenöse Nüchternglukose: 2 7.0 mmol/I nach 2 std. Ausnahmen: falsch höhere (†) und falsch tiefere (į) HbAI-c-Werte durch Alkohol- u. Opiatkonsum (†), Niereninsuffizienz (†/1), Hypertriglyzeridämie (†), Hyperbilirubinämie(†), Amanogerschaft (†/1), hochdosierte Einnahme von Vitamin C und E (†/1), Bluttansfusion (i), Erythropathien (į), erhöhtes Durchschnittsalter der Erythrozyten (‡) (bei akuter Blutung, Hämolyse, Erythropoietin-Behandlung, Transfusionen, Aderlässe, behandelter Eisen-, Vit-B12-Mangel).	(1), Hyperbilirubināmie(1), es Durchschnitsalter der Erythrozyten (1 fusionen, Aderlässe, behandelter
Differentialdiagnose	In atypischen Fällen an Autoimmun-Diabetes (Typ-1-Diabetes), MODY (W Pankreaspathologie, Medikamentennebenwirkungen) denken.	In atypischen Fällen an Autoimmun-Diabetes (Typ-1-Diabetes), MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young), Gestationsdiabetes oder sekundären Diabetes (z.B. Hämochromatose, Pankreaspathologie, Medikamentennebenwirkungen) denken.	n Diabetes (z. B. Hämochromatose,
Assessment	1. Erkennen von Folgeerkrankungen Anamnese: atherosklerkrische Erkrankungen, Nikotin, Alkohol. Klinische Untersuchung: Internistisch-neurologischer Status, inkl. Blutdruck, BMI, Fussinspektion. Ophtalmologische Untersuchung (Retinopathie). Erweiterte Labordiagnostik: Serumkreatinin, eGFR, Mikroalbumin im Urin, Lipidstatus, evtl. Transferrin-Sättigung. EKG.	2. Stratifizierung des kardiovaskulären Risikos bei Diabetes Mässiges Risiko: Diabetesdauer < 10 Jahre ohne Risikofaktoren. Hohes Risiko: Diabetesdauer ≥ 10 Jahre mit < 3 Risikofaktoren oder mässiger Niereninsuffizierz KDIGO 3a und b (eGFR 30-59 ml/min). Sehr hohes Risiko: Diabetes mit Organschäden ODER ≥ 3 Risikofaktoren (< 55-j., Rauchen, Hypertonie, Hyperlipidämie, Adipositas).	3. Ressourcen Bio-psycho-soziales Assessment, Wohnsituation, familiäres Umfeld.
Behandlungsstrategie	Immer individuell gemäss Erkenntnissen des Assessments. Beseitigung der Risikofaktoren zur Vermeidung von Folgeerkrankungen sowie Die folgenden Schwerpunkte werden speziell berücksichtigt: • Positiver Effekt durch Lifestyle-Änderungen während aller Krankheitsphasen: Reduktion des HbA1c-Wertes von 1–2 % ist durch Ernähru. • HbA1c-Zielwert gemäss Life-time-Risiko, Begleiterkrankungen. Hypoglykämien unbedingt vermeiden! Siehe auch: diabetesguide.ch.	Immer individuell gemäss Erkenntnissen des Assessments. Beseitigung der Risikofaktoren zur Vermeidung von Folgeerkrankungen sowie Verringerung der Mortalität. Die folgenden Schwerpunkte werden speziell berücksichtigt: • Positiver Effekt durch Lifestyle-Änderungen während aller Krankheitsphasen: Reduktion des HbA1c-Wertes von 1–2 % ist durch Emährungsumstellung möglich. • HbA1c-Zielwert gemäss Life-time-Risiko, Begleiterkrankungen. Hypoglykämien unbedingt vermeiden! Siehe auch: diabetesguide.ch.	erung der Mortalität. tellung möglich.
Therapieziel HbA1c	< 70 Jahre: < 7 % / ≥ 70 Jahre: 7.0–7.5 % (8 %–8.5 % bei Frailty: gebrechliche, multimorbide hochbetagte Patient/innen).	hliche, multimorbide hochbetagte Patient/innen).	

- International Diabetes Federation, 2017. IDF Clinical Practice Recommendations for Managing Type 2 Diabetes in Primary Care, www.idf org/e-library/guidelines/128-idf-clinical-practice-recommendations-for-managing-type-2-diabetes-in-primary-care, html
 2019 update to: Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). www.asad.org/statements.html
 Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED/SSED) für die Behandlung von Diabetes melitus Typ 2 (2020). www.sgedssed.ch/fileadmin/user_upload/6_Diabetologie/6]_Empfehlungen_Facharzt/2020_Swiss_
 - Richtlinien bezüglich Fahreignung und Fahrfähigkeit bei Diabetes mellitus. I
 www.swissmedicinfo.ch/ Recomm_Medis_DE_def.pdf

 - ICD-10-GM. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/homenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.html
 Lindstrom J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. Diabetes Care 2003; 26: 725–731
 WHO Model List of Essential Medicines. https://www.who.int/groups/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines/sessential-medicines-lists

Projektteam: Dres. med. Amato Giani, Stefan Schäfer – Beratender Arzt: Prof. Dr. med. Beat Müller

Februar 2022 – Seite 2 © mednetbern AG



Therapiebeginn: • In der Regel, wenn nach einer 3-monatigen Umstellung des Lifestyles der HbA1c-Zielwert nicht erreicht worden ist.

• Sofort bei hohen Werten (HbA1c >10%) und /oder wenn kein Effolg von einer Lifestyle-Umstellung auf die Senkung des HbA1c-Wertes zu erwarten ist.

• Initial: • Metformin (7DPP ab KDIGO 4 = 66FR < 30ml/min; halbieren ab KDIGO 3b = 66FR < 30ml/min; halbieren ab KDIGO 3b, GLI-2-Hemmer (bis KDIGO 3b, GLI-2-Hemmer.

Bei Unvertäglichkeit von Metformin oder Niereninfsuffizienz: SGLI-2-Hemmer (bis KDIGO 3b, GLI-2-Hemmer.

Bei kardiovaskulären Komorbiditäten frühe Kombinationstherapie Metformin PLUS SGLI-2-Hemmer und/oder GLP-1-RA. Add-on Therapie bei Michterreichen des HbA1c-Zielwerts mit der Initialtherapie. Bei Mehrfachkombinationen Limitatio beachten.
 SGLT-2-Hemmer bei Herzinsuffizienz und/oder kardiovaskulärem Risiko.
 GLP-1-RA, wenn Gewichtsreduktion prioritär und/oder bei kardiovaskulärem Risiko. Kostengutsprache nötig bei Kombination von SGLT-2-Hemmer und GLP-1-RA. (+) eGFR > 30 Lifestyle: Ernährung (z. B. mediterran), körperliche Bewegung (Ausdauertraining 30 Min. 5x/Woche). Nikotin und Alkohol stopp. BMI 20–25 kg/m² anstreben. Aufklärung zu Krankheit, Folgeerkrankungen, Therapie und Relevanz von persönlichem Engagement.
Vereinbarung zu Therapieziel und Therapieplan mit regelmässigen Kontrollen.
Selbsthilfe mobilisieren: Hinweis auf Beratungs- und Rehabilitationsprogramme, z. B. www.diabetesbern.ch oder www.diafit.ch.
Blutzucklerselbstkontrollen bei ausgewählten Patienten: Hypoglykämie erkennen (Limitatio für Teststreifen und Sensoren).
Pflegeinstruktionen: Fuss-, Hautpflege, Zahnhygiene. Meldung an die IV zur Früherfassung und Frühintervention, bzw. für berufliche Massnahmen, wenn Folgen der chronischen Hyperglykämie (Visusbeeinträchtigung, Polyneuropathie) Folgeerkankungen (Visusbeeinträchtigung, Polyneuropathie) und Hypoglykämien durch SU oder Insulin beeinflussen das sichere Führen eines Motorfahrzeugs. VZV Anhang 1:

1. Gruppe (PVI, Motorrad), «Bei Vorliegen einer Zuckerkrankheit (Übbetes meillus) muss eine stabile Bultzuckereinstellung ohne verkehrstelevante Unter- oder Überzuckerungen vorhanden sein.» Wenn möglich keine SU oder Insulin, sonst wegen Hypoglykämierisko Blutzuckermessung von Antritt der Fahrt obligatorisch, ausser bei Behandlung mit tiefem Hypoglykämierisiko (anloiges Basalinsulin 1st äglich oder Glidazd oder Glinde allein). Massnahmen gemäss Merkblatt www.sgrm.ch. Überprüfung Therapie (evtl. Insulin nötig bei versiegender Restsekretion), Überweisung an Diabetologen Nochmalige Aufklärung. Nochmalige Abklärungen, Überweisung an Spezialisten. Gliclazid alle 3 Monate: HbA1c, Blutdruck, BMI, Fusskontrolle (Haut, Polyneuropathie), Überprüfung Therapieadhärenz und Lifestyle.
Jahreskontrolle mit zusätzlich Lipidstatus, Serumkreatinin, eGFR, Mikroalbumin im Urin, internistisch-neurologische und ophtalmologische Untersuchung,
Bio-psycho-sozialer Status. Kardiovaskuläres Risiko: gemäss mednetbern-Guidelines «Hyperlipidämie» und «Essentielle Hypertonie». Bei Nichterreichen des individuellen HbA1c-Zielwerts, sowie bei insulinbehandelten Berufsfahrern, v.a. Personentransport, ist die Weiterweisung zum Diabetologen notwendig. Blutdruck: < 130/90mmHg
 LDL-C bei: Diabetes mit Endorganschäden: < 1.4 mmol/L. Diabetes ohne Endorganschäden: < 1.8 mmol/L. Diabetesdauer < 101. und keine Endorganschäden: < 2.6 mmol/L. oral Injektion **Gruppe** (Lastwagen, Personentransport, Autobus): Verkehrsmediziner, Diabetologe. Beruflicher Personentransport bei Insulintherapie in der Regel verboten Insulin **⇒ \(DPP-4-Hemmer** oral 1 **‡** Neueinstellungen mit Sulfonylharnstoffen (SU) sollten nur noch in gut begründeten Fällen erfolgen DPP-4-Hemmer bei m\u00e4ssigem kardiovaskul\u00e4rekn Injektion und oral oder dröhende Hypoglykämien durch Insulintherapie (Berufsfahrer) die Ausübung des bisherigen Berufs beeinträchtigen. GLP-1 RA **↑**↑ - ↑↑ Basalinsulin ohne/mit schnellwirksamem (meal-time) Insulin ÖDER Mischinsulin. Überprüfung Medikamentenplan. . – ↓↓ (abhängig von eGFR) Adhärenz Therapieplan (Lifestyle, Medikamente, Beratungsstellen).
 Befolgung von Pflege- und Hygienemassnahmen (Füsse, Haut, Zähne). SGLT-2-Hemmer (+) eGFR > 30 ‡ 1 (+) eGFR > 30 Metformin MangeInde Compliance (medikamentös und nicht-medikamentös). Insulin bei akuter Dekompensation. Medikamente (z. B. Kortison, Betablocker, Thiazid-Diuretika). oral Progredienz der Diabeteserkrankung («Sekundärversagen»). 1 Influenza, Covid-19, Pneumokokken Wirkstoffklasse zu erwartende HbA1c-Senkung (Wirkungsgrad) Hypoglykämierisiko (kardial, Autofahren) bei Herzinsuffizienz empfehlenswert Bariatrische Chirurgie. Reduktion kardiovaskuläres Risiko bei Niereninsuffizienz möglich Effekt auf Körpergewicht Neue Komorbiditäten. Applikationsart Impfungen Invasive Patient Arzt Zielwerte kardiovas-kuläre Risikoprävention Wann Weiterweisung? **Therapie-resistenter** Verlaufskontrolle Arbeitsfähigkeit



Stand Pebruar 2022 – Seite 3 © mednethern AG

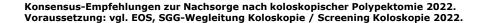
				:-	
Medikamentengruppen	Wirkstoff	Wirkstoff	Wirkstoff	Emptehlung	Kontraindikationen/Cave/Nebenwirkungen
Biguanid Tagesdosis Kosten/Tag CHF	Metformin (Glucophage®) (WHO) 1500–2000 (–3000) mg 0.30			First-Line-Therapie	Überempfindlichkeit gegen Metformin oder einem der Hilfsstof- fe. Diabetische Kelozatiose, diabetisches Koma und Präkoma. Neireninssuffizienz (eGRR 30–45 ml/min Dosisreduktion, STOPP <30 ml/min). Nierenfunktionsstörung bei Dehydratation (Diarfn, wiedenfunktiensstörung bei Dehydratation (Diarfn, wiedenfunkties Fürberbein), schwere Infektionen, hohes Fieber, schwere Inpoxische Zustände, jodhaltige Kontrastmittel. Cave Alkohol. Schwangerschaft, Stillzeit.
SGLT2-Hemmer Tagesdosis Kosten/Tag CHF	Empagliflozin (Jardiance®) 10 mg 1.89	Dapagliflozin (Forxiga®) 5–10 mg 1.88	Canagliflozin (Invokana®) 100 mg 1.85	Vorteile bei Herzinsuffizienz, chron. Nierenerkrankung, Übergewicht. Fixkombinationen mit Metformin erhältlich. Limitationen gemäss Spezialitätenliste (SL).	Genital- und Harnwegeinfektionen. Polyurie, Volumendepletion, Hypotension, Schwindel. LDI-Cholesterin und Kreatinin können steigen. Risiko für Amputation und Fraktur erhöht (Canagliflo- zin). Schwangerschaft und Stillzeit.
GLP1-Rezeptor-Agonisten Tagesdosis Kosten/Tag CHF	Liraglutide (Victoza® s.c.) 0.6–1.8 mg 7.50	Semaglutid (Ozempic* s.c, Rybelsus* per os) 4.50	Dulaglutid (Trulicity® s.c.) 6.20	Kein Hypoglykämierisiko. Vorteile bei Übergewicht. Reduktion des kardiovaskulären Risikos. Semaglutid: 1x/Woche sc. oder tgl. p. o. Liraglutide: tgl. sc., Fikkombination mit Insulinanalogon erhältlich (Xultophy.®).	Teuer. Instruktion. Gastrointestinale Nebenwirkungen. Schwangerschaft und Stillzeit.
DPP4-Hemmer Tagesdosis Kosten/Tag CHF	Sitagliptin (Januvia®) 100 mg 1.69	Linagliptin (Trajenta®) 5 mg 1.74		Bei Niereninsuffizienz möglich. Dosisreduktion bei Sitagliptin nötig. Fixkombinationen mit Metformin erhältlich.	Selten Urtikaria und Angiooedem. Schwangerschaft und Stillzeit.
Sulfonylhamstoffe (SU) Tagesdosis Kosten/Tag CHF	Gliclazid (mikronisiert) Diamicron® (WHO) 30–120mg 0.25 – 0.80			Glukoseselbstmessung wegen Hypoglykämiegefahr empfohlen (z. B. Autofahrer)	Überempfindlichkeit. Diabetes mellitus Typ 1. Diabetisches Präkoma und Koma, diabetische Ketoazidose, Jugenddiabetes. Kontraindiziert beit schwerer Leber- oder Niereninauffiziernz. Micronazol-Behandlung. Schwangerschaft und Stillzeit. Schwere Störungen der Nebennieren- oder Schilddrüse. Hypoglykämierisiko.
Insulin (Basalinsulin) und Langwirksame Insulinanaloga Üblicher Tagesbedarf Kosten/Tag CHF	Glargin (Lantus®, Toujeo®) 30–100 I.E. 1.75–5.75	Degludec, (Tresiba®) 30–100 I.E. 2.25–7.40	Huminsulin Basal NPH® Lilly (WHO) 30–100 I.E. 1.15–3.70	Standard. Glukoseselbstmessung.	Hypoglykämierisiko, Fahreignung.
Mischinsuline Üblicher Tagesbedarf Kosten/Tag CHF	Lispro (Humalog Mix®NPH) 30–100 I.E 1.45–4.80	Degludec/Aspart (Ryzodeg®) 30–1001.E 1.80–6.00		Standard, 2 Tagesdosen. Glukoseselbstmessung.	Hypoglykämierisiko. Fahreignung.
Kurz und rasch wirksame Insulinanaloga Üblicher Tagesbedarf Kosten/Tag CHF	Lispro (Humalog®) 30–60 I.E. 1.45–2.90	Aspart (Fiasp®) 30–60 I.E. 1.45–2.90	Glulisin (Apidra®) 30–60 I.E. 1.45–2.90	Immer in Kombination mit langwirk- samen Insulinanaloga oder Basalinsulin. Glukoseselbstmessung.	Hypoglykämierisiko. Fahreignung.
in Spezialfällen					
Glinide (Sulfonylharnstoffanaloga)	Repaglinid (NovoNorm®)	Nateglinid (Starlix®)		Glukoseselbstmessung wegen Hypoglykämiegefahr empfohlen (z.B. Autofahrer).	Hypoglykämierisiko. Fahreignung.
Glitazone	Pioglitazon (Actos®)			Reduktion des kardiovaskulären Risikos. Geringes Hypoglykämierisiko.	Gewichtszunahme. Herzinsuffizienz. Frakturen.
Alpha-Glukosidasehemmer	Acarbose (Glucobay®)			Kardiovaskuläre Sicherheit.	Gastrointestinale Nebenwirkungen.

Medikamente

Die Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie zur Nachsorge nach Polypektomien

Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie

Société Suisse de Gastroentérologie Societa Svizzera di Gastroenterologia





	rrakterisierung des/der Polypen stologie, Zusatzkriterien)	Zeitintervall zur 1. Überwachungs- koloskopie	Zeitintervall zur 2. Überwachungs- koloskopie	Zeitintervall zur 3. Überwachungs- koloskopie			
Ad	enomatöse Polypen						
Defi	Definition						
Low	v-risk	10 Jahre:					
-	Anzahl ≤4	Koloskopie (oder Wiederaufnahme kantonales Screening-					
	und	Programm mit FIT)					
-	Grösse <10mm						
	und						
-	Histologische Faktoren: Low-Grade Dysplasie						
Hig	h-risk	3 Jahre	Erneut High-Risk Adenome: 3 Jahre	Erneut High-Risk Adenome: 3 Jahre			
-	Anzahl ≥5						
	oder		Keine Adenome oder Low- Risk Adenome:	Keine Adenome oder Low- Risk Adenome: Koloskopie			
-	Grösse ≥10mm		5 Jahre	(oder Wiederaufnahme			
	oder			kantonales Screening Programm mit FIT)			
-	Histologische Faktoren: High-Grade Dysplasie						
Sei	Serratierte Polypen und Läsionen (HP, SSL, TSA)						
Definition							
Low	<i>y-</i> risk	10 Jahre:					
-	Grösse <10mm	Koloskopie (oder Wiederaufnahme kantonales Screening-					
	und	Programm mit FIT)					
-	Histologische Faktoren: keine Dysplasie						
Hig	h-risk	3 Jahre	Erneut High-Risk serratierte Polypen: 3 Jahre	Erneut High-Risk serratierte Polypen: 3 Jahre			
-	Grösse ≥10mm		Polypell. 3 Jallie	Polypen. 3 Janie			
	oder		Keine serratierte Polypen	Keine serratierte Polypen			
-	Histologische Faktoren: jede Dysplasie		oder Low-Risk serratierte Polypen: 5 Jahre	oder Low-Risk serratierte Polypen:			
	oder			Koloskopie (oder Wiederaufnahme kantonales			
-	Traditionell serratiertes Adenom (unabhängig von Grösse und Dysplasiegrad)			Screening Programm mit FIT)			

Spezielle Situationen

Piecemeal-Resektion grosser sessiler Polyp (meistens <2cm): lokale Kontrolle nach 3-6 Monaten, wenn (diese) unauffällig, Koloskopie nach

Diese Empfehlungen gelten nicht bei (Verdacht auf) hereditärem kolorektalem Karzinom, serratiertem Polypose-Syndrom (SPS), positiver Familienanamnese für das kolorektale Karzinom

Definition SPS (WHO 2019):
- ≥5 SP proximal des Rektums, alle ≥5mm, davon mindestens zwei ≥10mm

≥20 SP jeglicher Grösse im ganzen Kolorektum, davon ≥5 proximal des Rektums (kumulative Anzahl SP aller Koloskopien)

EOS: Expert Opinion Statements «fecal immunochemical test» hyperplastische Polypen

serratierte Polypen

Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie sessil serratierte Läsionen SGG:

traditionell serratierte Polypen

SGG/SSG gkaufmann Verbandsmanagement, Wattenwylweg 21, 3006 Bern T +41 31 332 41 10 F +41 31 332 41 12 office@sggssg.ch www.sggssg.ch

Rezepte einfach und schnell an jede Apotheke übermitteln

Die Rezeptübermittlungshilfe von Zur Rose ist eine einfache Lösung zum Erstellen, Visieren und Übermitteln von Rezepten an alle Schweizer Apotheken. Der Arzt stellt dabei das Rezept wie gewohnt aus und die MPA übermittelt dieses an die gewünschte Apotheke.

Kennen Sie die zeitintensivsten und wiederkehrenden Tätigkeiten in Ihrer Arztpraxis? Medikationen und dessen Verschreibungen gehören mit Sicherheit dazu. Mit dem Rezeptübermittlungstool von Zur Rose haben wir ein digitales Werkzeug gefunden, welches den Rezeptierungsprozess in Ihrer Praxis stark vereinfacht. Wir arbeiten seit Jahren im Bereich Medikation mit Zur Rose zusammen und freuen uns, Ihnen hier die Rezeptübermittlungshilfe präsentieren zu können.

Fünf Minuten Zeit sparen pro Rezept, aber wie?

In der Rezeptübermittlungshilfe sind die Versandapotheke Zur Rose sowie alle Apotheken hinterlegt, Sie suchen keine Adressen mehr. Das Visieren und Versenden von Rezepten ist ortsund zeitunabhängig möglich. Die Rezeptübermittlungshilfe ist ein einfacher Druckertreiber, der keine zusätzliche Schnittstelle benötigt und mit allen Praxisinformationssystemen kompatibel ist. Zudem sind die Installation wie auch die Nutzung kostenlos.

Einige Mitglieder der Argomed Ärzte AG haben die Rezeptübermittlungshilfe bereits im Einsatz und sind begeistert von der Einfachheit.

Martina Gottburg



«Die Rezeptübermittlungshilfe ist eine tolle Sache. Es geht um einiges schneller und unkomplizierter als vorher. Wir sind richtig begeistert!»

Vanessa Urech, MPA in Lenzburg



Mehr zur Rezeptübermittlungshilfe von Zur Rose finden Sie unter zurrose.ch/rezeptübermittlung

Gründung «MPAK QZ Verein» – wir vernetzen, verbinden, verändern

«Als erster Qualitätszirkel-Verein in der Schweiz vernetzen und verbinden wir die Berufsgruppe medizinische/r Praxiskoordinator/in. Gemeinsam wollen wir die Rolle der MPA/K besser sichtbar machen, etwas verändern und bewirken.» So steht es im frisch entworfenen Leitbild.

In ihrer Rolle als innovative Betriebsgesellschaft setzt sich Argomed seit rund fünf Jahren stark für die Entwicklung und Vernetzung von medizinischem Praxispersonal ein. Die Aktivitäten rund um Fortbildungen, Vernetzung und Wissensaustausch haben stark zugenommen. Für viele MPK und MPA mit entsprechender Weiterbildung sind unsere Angebote und Dienstleistungen auch ausserhalb unseres Einzugsgebiets bekannt. Was einst mit einzelnen motivierten MPA/K begann, ist heute ein ganzes Netzwerk an interessierten medizinischen Fachpersonen. Es ist an der Zeit, die nächsten Schritte zu tätigen.



wir vernetzen, verbinden und verändern

Projektvorstellung - was machen wir?

Mit dem «MPAK QZ Verein» führen wir die bisherigen regionalen Qualitätszirkel zusammen und sorgen für eine einheitliche Organisation mit klaren Strukturen und Verantwortlichkeiten. Es sind auch MPA/K aus Praxen, welche nicht der Argomed angeschlossen sind, herzlich willkommen im Verein. In regelmässigen Abständen bieten wir QZ-Veranstaltungen an.

Nutzen für die Vereinsmitglieder

Das breite Angebot an themenspezifischen Qualitätszirkeln, von Rheuma bis Personalführung, ist einzigartig. Zudem werden aktuelle politische Themen aufgegriffen. Die digitalen Events werden von Fachexpertinnen und Fachexperten moderiert und bieten den Teilnehmenden die Möglichkeit, Fragen zu stellen, sich einzubringen und sich überregional zu vernetzen. Gemeinsam stärken wir die Rolle der MPA/K und können gemeinsam etwas bewegen.

Wie geht es weiter?

Die Gründungsversammlung findet im September 2023 statt. Bis dahin laufen die letzten Vorbereitungen, damit wir ab dem Jahr 2024 mit dem ersten Qualitätszirkel starten können. Vielleicht sogar mit Ihnen? Caroline Fröhli freut sich über Ihre Kontaktaufnahme. Weitere Infos finden Sie auf www.argomed.ch.

Yvonne Müller

Fachspezialistin Managed Care

Caroline Fröhli

MPA/K-Botschafterin



Evelyne Bühler:

«Die Stärkung und Vernetzung unserer Berufsgruppe/n liegt mir am Herzen. Es braucht immer Menschen, die den Stein ins Rollen bringen. Ich freue mich, Caroline und Carmen dabei helfen zu dürfen.»

Carmen Rattin:

«Ich setze mich sehr gerne für den MPAK QZ Verein ein, da ich den Austausch für sehr wichtig empfinde. Der Verein soll die Rolle der MPAK fördern und somit können wir hoffentlich mehr Personen motivieren, im Beruf zu bleiben.»

Projekt: Erweiterung der medizinischen Versorgungskapazität in der Hausarztpraxis

Während die medizinischen Bedürfnisse einer wachsenden Gesellschaft stets zunehmen, entwickelt sich die Zahl der praktizierenden Hausärzte in den nächsten Jahren eher rückläufig. Mit einem beim Kanton eingegebenen Pilotprojekt will eine unserer Mitgliedspraxen deshalb die gezielte Erweiterung der medizinischen Kapazität einer Hausarztpraxis auf einem anderen Weg angehen. Wir unterstützen sie dabei.

Bereits heute ist die medizinische Grundversorgung, primär sichergestellt durch Hausarztpraxen, im Kanton Aargau unterdurchschnittlich. Der Schlussbericht von Obsan und BSS (BSS Volkswirtschaftliche Beratung) für den Kanton Aargau weist für 2022 für die Allgemeine Innere Medizin einen Versorgungsgrad von nur 84% aus.1 Die Situation wird sich zwangsläufig in den nächsten Jahren weiter zuspitzen, da 40-50 % der aktuell praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzte das pensionsfähige Alter erreichen werden. Steigende Nachfrage nach medizinischen Leistungen stehen somit eher rückläufigen hausärztlichen Ressourcen gegenüber, eine Überbelastung ist vorprogrammiert. Die fehlenden Ressourcen müssen durch alternative Anlaufstellen (z. B. Notfallstationen der Spitäler) abgedeckt werden, was eine Patientenbetreuung zu deutlich höheren Kosten bedeutet. Eine Unterversorgung wirkt sich zudem insbesondere für chronisch kranke und ältere Personen stark negativ aus, da die verhältnismässig kostengünstigen Interventionen in der gewohnten Umgebung einer Hausarztpraxis durch teure, langwierige Konsultationen im Spital, auf dem Notfall oder bei Spezialisten aufgefangen werden müssen. Eine Aufrechterhaltung der bisherigen Grundversorgung ist zwingend angebracht.

Ein Lösungsansatz können die stärkere Einbindung und Nutzung von weiteren medizinischen Rollen in der Hausarztpraxis sein. Die nach wie vor zu wenig verbreiteten, neueren Berufsbilder Medizinische Praxiskoordinatorin (MPK) sowie Advanced

Practice Nurse (APN) können Hausärztinnen und Hausärzte bei gewissen delegierten Aufgaben direkt unterstützen und in der täglichen Arbeit entlasten. Bereits heute gibt es innovative Praxen, die das Potenzial dieser Berufsgruppen erkannt haben, wir möchten dem zu einer weiteren Verbreitung verhelfen.

Gemeinsam mit dem Aargauer Start-up Enzian Health, das zusammen mit Dr. med. Marc Meili die Praxis im Lenzhof betreibt, wollen wir verstärkt die Rollen der MPK sowie der APN als Ergänzung in der Hausarztpraxis prüfen. Da die medizinische Versorgung nicht warten kann, bis eine entsprechend tarifarische Einigung erzielt wurde, erfolgt ein Projektantrag auf kantonaler Ebene im Kanton Aargau. Unser Ziel ist es, möglichst für jede Hausarztpraxis einen Weg zu ebnen, dieses Modell innerhalb der Praxis anwenden zu können.

Unterstützt wird das Projekt weiter durch das Asana Spital in Menziken, das selbst eine am Spital angegliederte Hausarztpraxis betreibt und mit denselben Herausforderungen in der Grundversorgung konfrontiert ist. Weiter wird das Vorhaben durch Prof. Dr. Maya Zumstein-Shaha der Berner Fachhochschule (Departement Gesundheit) sowie durch den Verband der Haus- und Kinderärzte Aargau (mfe Aargau) begleitet.

Marco Plüss
DEFACTO Redaktion











Alles im Griff mit dem Qualitätsmanagementsystem «MehrFachArzt»

«Das Praxishandbuch ist super! Das hat mir sehr geholfen, unsere Prozesse zu dokumentieren» oder «Der MehrFachArzt gibt mir ein sicheres Gefühl, dass ich die vielen Anforderungen richtig erfülle.» Solche Rückmeldungen unserer Kunden freuen uns sehr und motivieren uns, unser Qualitätsmanagementsystem «MehrFachArzt» noch besser zu machen.

Für Arztpraxen ist die Situation in den letzten Jahren nicht einfacher geworden. Wir sehen, dass die Arbeitsbelastung zunimmt. Der Fachkräftemangel wirkt sich auf jene aus, die noch da sind. Statt mit Entlastungsmassnahmen winken Gesetzgeber und Behörden mit zusätzlichen Anforderungen. Strenge Zulassungskriterien, strengere Gesetze (z. B. Datenschutz) und zunehmende Kontrollen (z. B. Arbeitssicherheit) sind Beispiele dafür.

Mit dem MehrFachArzt haben unsere Kunden die ganzen Anforderungen im Griff und die Praxis optimal organisiert – mit unserer persönlichen Betreuung vom ersten Schritt an.

Denn genau das sind die Stärken des MFA: Er bündelt Anforderungen an einem Ort und liefert auch gleich Anleitungen, wie Sie diese in Ihrer Praxis umsetzen können. Das Kernstück dabei ist das Praxishandbuch, welches den Anwendern als Vorlage für Ihre eigene Praxisdokumentation zur Verfügung gestellt wird. Neben Vorlagen, die Sie direkt verwenden können, gibt es praxisgerecht formulierte Leitfäden, die Ihnen auf verständliche Art erläutern, wie Sie mit verschiedenen Themen wie bspw. Datenschutzgesetz oder Arbeitssicherheit umgehen können.

Der MFA kann aber noch mehr: Er hilft den Praxen, sich optimal zu organisieren. Dazu stecken im Praxishandbuch Hilfsmittel, mit denen Sie Ihre Prozes-



von links nach rechts: Caroline Fröhli, Roger Tschumi, Claudia Badat und Franziska Wild

se analysieren, optimieren und dokumentieren können. Dies schafft für alle Teammitglieder mehr Transparenz und Sicherheit: Strukturen und Verantwortlichkeiten sind klar und bei Personalwechseln sind schriftliche Instruktionen für neue Mitarbeitende vorhanden.

Der MFA ist aber auch eine Qualitätszertifizierung, mit der Sie nach aussen sichtbar zeigen, dass Ihre Praxis die Anforderungen eines etablierten Qualitätsmanagementsystems erfüllt. Über 180 Hausärztinnen und Hausärzte in der gesamten Deutschschweiz haben sich bereits für den MFA entschieden, viele auch ausserhalb von Ärztenetzen der Argomed.

Wir begleiten Sie individuell beim Aufbau Ihres QM-Systems und führen Sie durch den Zertifizierungsprozess. Der Abschluss Ihrer Zertifizierung erfolgt jeweils durch ein unabhängiges Audit in Ihrer Praxis und der anschliessenden Zertifizierung. Wir sind stolz, wenn wir beim Betreten einer Praxis das Mehr-FachArzt-Logo antreffen. Vielleicht bald schon in Ihrer Praxis?

Ihr MFA-Team

Rückblick auf unser 25-Jahr-Firmenjubiläum

Am 15. Juni 2023 hat die Argomed Ärzte AG ihr 25-jähriges Bestehen gefeiert. Dieser Geburtstag bedeutet auch, dass das Hausarztmodell seit einem Viertel-Jahrhundert das Schweizer Gesundheitswesen prägt. Rund 100 Aktionäre, Kunden und Geschäftspartner sind unserer Einladung nach Zofingen in die Eventhalle AUSO gefolgt. Besonders freut uns, dass wir Herrn Landammann Jean-Pierre Gallati in unseren Reihen begrüssen durften.























Im Vorfeld der Feier fand die Generalversammlung der Argomed Ärzte AG statt. Der abtretende Verwaltungsratspräsident Dr. med. Wolfgang Czerwenka führte erfahren durch die Agenda und übergab am Abend den Schlüssel an den neu gewählten Verwaltungsratspräsidenten Dr. med. Andreas Meer. Die Begleitpersonen durften während der Generalversammlung im Bonsaigarten oder in der Brauerei Degenbier verweilen.

Der unkonventionelle Veranstaltungsort im Industriegebiet hat wunderbare Plätze für inspirierende Momente und Gespräche. Die Crew vom AUSO verwöhnte uns mit kulinarischen Höhepunkten – kreativ, regional und authentisch. Attribute, welche auch bestens zur Hausarztmedizin passen. Der Wortakrobat und Slam-Poet Simon Libsig teilte während des Apéros seine Gedanken zur Gesundheit mit uns. Einen Ausschnitt daraus gibt es hier für Sie zum Nachlesen und -denken:



Also ich find, dä chund am beschte druus, wenn's harzt

Und drum isch er min persönliche Huusarzt

Jo, dä wohnt i mim Huus und zwar scho sit de Geburt

Dä überwacht jede Schnuuf und dä goht nie vo mir furt

Er isch dä, wo jedi Zälle und jedi Ziele vo minere Chrankegschicht kännt

Er weiss immer wie's mir goht, ich bin sin wichtigschte Patient

Er isch en Generalischt, würklech es Ass, uf jedem Gebiet

Aber er isch immer froh, wenn ihm öpper für's Läbe gern assistiert.

Herzlichen Dank an alle, die diesen Abend mit Ihrer Präsenz zu etwas Besonderem gemacht haben. Auf die nächste Dekade.

Martina Gottburg
DEFACTO Redaktion



Dem ganzen Text «min Huusarzt» können Sie hier im Original von Simon Libsig gesprochen lauschen.

Nach sieben Jahren Präsidentschaft



Als Präsident des Verwaltungsrates ist Dr. med. Wolfgang Czerwenka per Juni 2023 zurückgetreten. Er blickt auf sieben Jahre erfolgreicher Tätigkeit in dieser Position zurück. Im Verwaltungsrat engagiert sich der in Wettingen tätige Hausarzt nun vermehrt im medizinischen Beirat.

Als Nachfolger von Dr. Kurt Kaspar, der im Juni 2016 als Präsident des Verwaltungsrates zurückgetreten war, hast du dich mit Bravour in die grossen Fussstapfen deines Vorgängers begeben und die Argomed seither weiterentwickelt.

«Unter deiner umsichtigen Führung bietet und bot die Argomed Ärzte AG Raum für Innovation, Gestaltungskraft, Krisenresilienz und kritische Voten in konstruktivem Geiste.» So fasste Prof. Dr. Beat Müller als Mitglied des Verwaltungsrates dein Werk zusammen.

Auch die Jahre der Pandemie konnten dich nicht vom Weg abbringen, die Argomed auf dem Weg zur Drehscheibe des Hausarztmodells zu festigen und zu verfeinern.

Während integrierte Versorgung und Managed Care eher unglückliche und dadurch auch nicht mehrheitsfähige Bezeichnungen eines politisch zwar gewollten, aber dennoch steinigen Erfolgsweges sind, so hast du stets den wahren und sinnvollen Kern darin gepflegt und konsequent vorangetrieben.

Das Hausarztmodell steht dabei im Zentrum und versinnbildlicht die Arbeit des Hausarztes in der Patientenbetreuung: Die Zusammenarbeit mit Spitälern und Spezialisten, den Physio- und Ergotherapeuten, der Spitex, dem Altersheim, den Krankenversicherern.

«Es ist ein Privileg, eine Hausärztin oder einen Hausarzt zu haben.» Diese Aussage von dir ist uns Ärzten zwar seit längerem durchaus bewusst, in der öffentlichen Meinung scheint sie aber erst ansatzweise angekommen zu sein.

Zu viele Trittbrettfahrer-Angebote diverser Krankenversicherer profitieren fast schon parasitär von den Leistungen des Hausarztmodells und der damit verbundenen Qualitätsarbeit der an die Argomed angeschlossenen Hausärzte. Sie profitieren von unserem Einsatz, von unserem Know-how und von unserer Ethik, alle Patienten gleich zu behandeln.

Du hast dies schon lange erkannt und dich auch permanent dafür eingesetzt, dass das Hausarztmodell ausschliesslich den Versicherten zugutekommt. Krankenkassen, die den Wert nicht nur ökonomisch, sondern auch qualitativ erkennen, sind herzlich willkommen.

Wie privilegiert man ist, noch eine Hausärztin oder einen Hausarzt zu haben, wird sich wohl in den nächsten wenigen Jahren immer deutlicher zeigen. Die ersten Anzeichen sind bereits dramatisch.

Wir danken dir, Wolfgang dafür, diesen Weg unermüdlich weiter geebnet zu haben.

Dr. med. Gregor Dufner DEFACTO Redaktion



Bringt Ärzte weiter

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

