

Das BAG unterstützt die Bildung von koordinierten Versorgungsnetzen rund um die Hausärzte

Diabetes mellitus
Typ 2-Refresher

«EFAS,
wir unterstützen dich!»

Chronisch Kranke: besser betreut in der Hausarztpraxis



ARGO MED.

Bringt Ärzte weiter

Argomed Ärzte AG
Bahnhofstrasse 24
CH-5600 Lenzburg
T +41 56 483 03 33
F +41 56 483 03 30
argomed@argomed.ch
www.argomed.ch

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

Gestaltungskonzept
Stier Communications AG
www.stier.ch

in guter Partnerschaft



Editorial von Dr. sc. nat. Claudine Blaser 03

DEFACTO | Fokus

«Wir überlegen uns, wie wir die Bildung von koordinierten Versorgungsnetzen rund um die Hausärzte unterstützen können» 05

Interview mit Lea von Wartburg und Roy Salveter vom BAG

«Die Zunahme von chronischen Krankheiten und Multimorbidität haben die Rolle des Hausarztes aufgewertet» 08

Interview mit Prof Dr. med. Thomas Rosemann, Direktor des Instituts für Hausarztmedizin am Universitätsspital Zürich

«Ich verstehe meine Rolle als Coach, wobei der Patient mitbestimmen soll» 11

Interview mit Leila El Akab, Medizinische Praxiskoordinatorin

Entlastung des Hausarztes durch Delegation an die MPA oder MPK 13

Caroline Fröhli, MPA-Botschafterin Argomed

Wie gehen die Krankenkassen mit chronischen Krankheiten um? 14

Roland Jud, Helsana / Roland Koller, CONCORDIA / Franziska König, Marlen Huber und Angela Peter, Sanitas

Qualitätszirkel der Argomed vom BAG ausgezeichnet 16

Bernhard Stricker

DEFACTO | Medizin

Polypharmazie bei geriatrischen Patienten 17

Dr. med. Corina Omlin

Diabetes mellitus Typ 2-Refresher 19

Dr. med. Corina Omlin

DEFACTO | Argomed

Erfolgreiche Premiere «Argomed | FORUM» 21

Martina Gottburg

«EFAS, wir unterstützen dich!» 22

Dr. sc. nat. Claudine Blaser

«Qualitätssicherung mal anders» – 22

Einblick ins Rega-Center Zürich Flughafen

Michelle Stettler

Neues vom Argomed-Team 23



Dr. sc. nat. Claudine Blaser

Liebe Leserinnen Liebe Leser

Die vorliegende Ausgabe widmet sich einem unserer Fokusthemen in diesem Jahr: der Betreuung von chronisch kranken Menschen in der Hausarztpraxis, die wir im Rahmen von Chronic Care Management (CCM) auch in unseren Hausarztmodell-Verträgen abbilden.

Chronisch Kranke nehmen häufig Gesundheitsdienste in Anspruch und verursachen in der Schweiz fast 80% der direkten Gesundheitskosten. Eine Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker tut auch im Hinblick auf die demographische Entwicklung Not und erfordert eine Umgestaltung in Bezug auf die Versorgungsprozesse, auf den Umgang mit den Patienten und auf die Rolle, welche die verschiedenen Gesundheitsberufe dabei spielen.

Die Hausarztpraxis ist dabei zentraler Dreh- und Angelpunkt für die langfristige, optimale, koordinierte Betreuung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten. Das attestiert uns auch das BAG im Interview mit Lea von Wartburg und Roy Salveter (Seite 5). Das BAG will deshalb die Bildung von koordinierten Versorgungsnetzen rund um die Hausärztinnen und Hausärzte unterstützen.

Wie Prof. Rosemann (im Interview auf Seite 8) festhält, sehen auch die Kollegen aus der Forschung die Hausärzteschaft aufgrund ihrer Ausbildung prädestiniert für diese wichtige Koordinationsrolle, insbesondere bei komplexen Krankheitsverläufen. Der Hausarzt ist und bleibt Lotse des Patienten und Dirigent eines Orchesters, das aus Mitgliedern des gesamten Behandlungspfads zusammengesetzt ist.

Wie aber soll diese grosse Aufgabe angesichts Hausarztmangel, Patientenandrang und knappen Zeitressourcen bewerkstelligt werden? Wir sind überzeugt, dass dies nur im Team von Ärzten und MPA sowie MPK gelingen kann, unterstützt durch weitere Berufsgruppen ausserhalb der Hausarztpraxis. In unserem sehr gut besuchten Argomed | FORUM zum Thema «Neue Form der Diabetesbetreuung in der Hausarztpraxis» zeigten Ärzte und ihr Praxispersonal ganz konkret auf, wie diese Teamarbeit gelingen kann. Lesen Sie dazu mehr auf Seite 21.

Die seit wenigen Jahren mögliche Ausbildung zur Medizinischen Praxiskoordinatorin (MPK) klinischer Richtung sowie die Weiterbildung der MPA für die Beratung von Langzeitpatienten sind äusserst wichtige Pfeiler für die Betreuung chronisch Kranker. Im Interview auf Seite 11 berichtet die MPK Leila El Akab von ihrer Arbeit mit Diabetespatienten. Und Caroline Fröhli, seit Juni MPA-Botschafterin der Argomed, führt aus, wie eine Mikroschulung für Diabetespatienten durchgeführt werden kann (Seite 13).

Welchen Stellenwert haben die chronischen Krankheiten für die Krankenkassen? Wir haben bei Concordia, Helsana und Sanitas nachgefragt und interessante Einsichten erhalten (ab Seite 14). Der direkte Bezug zu Managed Care wurde häufig genannt. Aber auch genau hier wird das systemimmanente Problem von gelungener Koordination über den gesamten Behandlungspfad sichtbar. Ohne angemessene Entschä-

digung für diese zeitintensive Arbeit wird sie nicht die gewünschte Breitenwirkung entfalten, die nötig wäre. Über Managed Care-Verträge kann, für im Hausarztmodell versicherte Patienten, eine gewisse Entschädigung erreicht werden. Dies ist heute allerdings erst bei einigen wenigen Versicherern der Fall. Das heisst, der zusätzliche Koordinationsaufwand in der Praxis, um eine qualitativ hochstehende Grundversorgung der chronisch kranken Patienten sicherzustellen, bleibt häufig ungedeckt. Hier gilt es, die bestehenden Verträge zu erweitern und mit den Versicherern angemessene Entschädigungen für die verbindlich geleistete Koordinationsarbeit zu definieren. Auch Tarifseitig sind Anpassungen unabdingbar: für die an die MPA oder MPK delegierte Arbeit muss eine Grundlage geschaffen werden. Wir werden die Bedürfnisse unserer Hausärzteschaft auch gezielt standespolitisch einbringen. Bleiben Sie mit uns am Ball!

Die Herausforderungen sind mannigfaltig und ob der schieren Grösse der Aufgabe ist die Versuchung gross, im eigenen Alltag zu verharren. Aber es gibt sie, die engagierten Ärzte und ihre Mitstreiter, die in vielen Projekten und Initiativen Grossartiges leisten. Ein solches Projekt mit Fokus auf die koordinierte Versorgung bei psychisch Kranken wurde Ende Oktober 2018 vom BAG aus 50 nationalen und internationalen Projekten prämiert. Das Projekt, das im übergeordneten Qualitätszirkel Argonet der Argomed entstanden ist, stellen wir auf Seite 16 vor. Wir gratulieren dem Ärzteteam ganz herzlich!

In der Rubrik DEFACTO | Medizin hat Dr. Omlin für Sie relevante Informationen zur Polypharmazie sowie zum Fokusthema Diabetes mellitus Typ 2 zusammengestellt, die Sie auch jederzeit aus dem DEFACTO heraustrennen und in Ihrem Praxisalltag nutzen können.

In der Rubrik DEFACTO | Argomed informieren wir Sie über das Argomed | FORUM, über die Ausschüttung von insgesamt CHF 150 000 aus unserem letztjährigen Betriebsgewinn an unsere 67 Qualitätszirkel, sowie über personelle Veränderungen im Team der Argomed.

Ihnen und Ihren Familien wünsche ich im Namen des ganzen Redaktionsteams ein gesegnetes und frohes Weihnachtsfest – und natürlich eine interessante Lektüre.

Ihre Dr. sc. nat. Claudine Blaser

«Wir überlegen uns, wie wir die Bildung von koordinierten Versorgungsnetzen rund um die Hausärzte unterstützen können»

INTERVIEW MIT LEA VON WARTBURG UND ROY SALVETER VOM BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (BAG)



Lea von Wartburg



Dr. Roy Salveter

DEFACTO: *Wie verbreitet sind nicht-übertragbare, chronische Krankheiten in der Schweiz? Wie ist die Tendenz, zunehmend oder abnehmend?*

Roy Salveter: Über Jahrhunderte erkrankten und starben die Menschen meistens an übertragbaren Krankheiten wie Pest, Cholera, Tuberkulose oder Grippe. Dank Wohlstand und medizinischen Fortschritten ist die Lebenserwartung in den vergangenen Jahrzehnten deutlich angestiegen. Dafür nahmen die nichtübertragbaren Krankheiten (non-communicable diseases, NCD) in den vergangenen Jahren deutlich zu. Gemäss dem nationalen Gesundheitsbericht 2015 leiden in der Schweiz rund 2,2 Mio. Menschen an einer nichtübertragbaren Krankheit. Die vier NCD Herzkreislaufkrankheiten, Diabetes, Krebs und chronische Atemwegserkrankungen sind die Ursache für zwei Drittel aller Todesfälle in der Schweiz. In den nächsten Jahren werden die nichtübertragbaren Krankheiten aufgrund der demographischen Entwicklung («Babyboomer» kommen ins Alter) weiter zunehmen.

Wie unterscheiden sich chronische Krankheiten von Multimorbidität?

Roy Salveter: Aus medizinischer und epidemiologischer Sicht ist der Begriff «nichtübertragbare Krankheiten» präziser abgrenzbar als «chronische Krankheiten». Der Begriff der chronischen Krankheiten jedoch widerspiegelt das Erleben der Erkrankten besser, die sich unter Umständen auf eine jahrelange Krankheit einstellen müssen. Mit zunehmendem Alter leiden Menschen häufig nicht nur an einer, sondern an mehreren Krankheiten (Multimorbidität), und meist handelt es sich dabei um nichtübertragbare Krankheiten. Diese beeinflussen sich oft gegenseitig und führen häufig zu Einbussen der Funktionsfähigkeit und der Autonomie. Die zumeist langjährige Belastung durch Krankheiten wie Krebs, Depression oder eine Sucht stellt für die Betroffenen und ihr Umfeld eine grosse Herausforderung dar. Trotz erschwelter Umstände können Betroffene jedoch über Angebote der Selbstmanagement-Förderung von Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialwesen sowie von Angehörigen

und Peers lernen, mit den Herausforderungen und Folgen ihrer Erkrankungen umzugehen und die Kontrolle über ihre Lebenssituation zu behalten.

Welche spezifischen chronischen Krankheiten oder Krankheitsgruppen sind besonders relevant?

Roy Salveter: Die fünf häufigsten NCD – neben den psychischen Erkrankungen – sind: Krebs, Diabetes, Herz-/Kreislaufkrankungen, Atemwegserkrankungen und Krankheiten des Bewegungsapparates. 80% der Gesundheitskosten gehen heute auf das Konto von NCD. Die Behandlung der fünf vorgenannten NCD verursachen in der Schweiz pro Jahr mit 25,6 Mrd. Franken (Stand 2011) rund 40% der direkten Gesundheitskosten. Nimmt man die psychischen Erkrankungen und Demenz hinzu, steigt dieser Wert auf rund 51% aller Gesundheitskosten.

Welche Risikofaktoren sind zentral für das Auftreten von chronischen Krankheiten?

Roy Salveter: Die Entstehung nichtübertragbarer Krankheiten wird unter anderem durch den Lebensstil beeinflusst. Risikofaktoren sind Rauchen, übermässiger Alkoholkonsum, Bewegungsarmut und unausgewogene Ernährung. Nebst dem persönlichen Verhalten haben auch soziale und ökonomische Faktoren einen grossen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten wie auch auf die Erkrankungswahrscheinlichkeit. Rund die Hälfte der nichtübertragbaren Krankheiten können durch einen gesunden Lebensstil vermieden oder verzögert werden. Die gute Nachricht ist daher: Wir können alle etwas tun und es lohnt sich. Kleine Verän-

derungen im Alltag haben auf lange Sicht einen nachhaltigen Effekt auf die eigene Gesundheit.

Weshalb hat das BAG das Projekt «Koordinierte Versorgung» lanciert?

Lea von Wartburg: Studien haben gezeigt, dass 10% der Versicherten gemeinsam 70–80% der gesamthaft erbrachten Leistungen beanspruchen. Ausgehend davon wurden verschiedene Patientengruppen ermittelt, die besonders viele unterschiedliche Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen und somit besonders «koordinationsintensiv» sind (z.B. ältere, multimorbide Patientinnen und Patienten oder psychisch kranke Menschen, die gleichzeitig eine somatische Erkrankung haben). In der Folge wurde das Projekt «Koordinierte Versorgung» 2015 lanciert, um die Koordination der Versorgung für diese spezifischen Patientengruppen zu verbessern.

Welche Rolle kommt den Hausärzten im Projekt «Koordinierte Versorgung» zu?

Lea von Wartburg: Die Hausärztinnen und Hausärzte haben eine wichtige Rolle bei der koordinierten Versorgung. Gerade bei der Betreuung von älteren, chronisch kranken Menschen sind sie oft die wichtigste Anlaufstelle. Deshalb überlegen wir uns, wie wir die Bildung von koordinierten Versorgungsnetzen rund um Hausärztinnen und Hausärzte unterstützen können. Es gibt auch bereits gute Beispiele, wie eine koordinierte, hausärztliche Versorgung aussehen kann. Solche Beispiele zeigen wir im Projekt «Koordinierte Versorgung» auch auf (siehe Textbox Seite 16).

Welche Rolle spielt die integrierte Versorgung bei der Betreuung von chronisch kranken Menschen?

Lea von Wartburg: Bei «koordinationsintensiven» Patientinnen und Patienten wie z.B. (hoch-)betagten, multimorbiden Menschen, wiegt der Nutzen einer verbesserten Koordination aus folgenden Gründen am höchsten: Erstens wird eine bessere Qualität der Behandlung und Betreuung für die Patientinnen und Patienten erzielt, zweitens Effizienzgewinne aufgrund einer besseren Zusammenarbeit von Gesundheitsfachpersonen verschiedener Berufsgruppen und Einrichtungen sowie Taskshifting, also z.B. die Übertragung von ärztlichen Aufgaben auf andere qualifizierte Gesundheitsfachpersonen, und drittens Kosteneinsparungen aufgrund vermiedener Doppelpurigkeiten und unnötiger Behandlungen.

Wie unterscheiden sich koordinierte und integrierte Versorgung?

Lea von Wartburg: Aus unserer Sicht handelt es sich dabei um zwei Begriffe, die das Phänomen «besser zusammenarbeiten und die Arbeiten aufeinander abstimmen» aus unterschiedlicher Perspektive beschreiben: Gesundheitsfachpersonen arbeiten koordiniert zusammen und gewährleisten also eine koordinierte Versorgung. Sie integrieren ihre einzelnen Leistungen in einen gemeinsamen Behandlungsplan.

Wie hoch ist das Sparpotenzial einer, gegenüber heute, verbesserten koordinierten Versorgung?

Lea von Wartburg: Das lässt sich nicht

genau beziffern, da es dazu ganz unterschiedliche Studien gibt. In erster Linie wirkt sich die verbesserte koordinierte Versorgung positiv auf die Qualität der Behandlung und Pflege aus. Es kann aber auch davon ausgegangen werden, dass die koordinierte Versorgung einen stabilisierenden Effekt auf die Kosten haben wird, da Fehl- und Doppelbehandlungen vermieden sowie unnötige Behandlungen reduziert werden können.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker
Redaktor DEFACTO

Weiterführende Informationen
Selbstmanagement-Förderung:
[www.bag.admin.ch/
selbstmanagement](http://www.bag.admin.ch/selbstmanagement)

NCD-Strategie:
www.bag.admin.ch/ncd

Lea von Wartburg ist Projektleiterin
«Koordinierte Versorgung» im
Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Dr. Roy Salveter ist Leiter der Abteilung
Prävention nichtübertragbarer
Krankheiten im BAG.

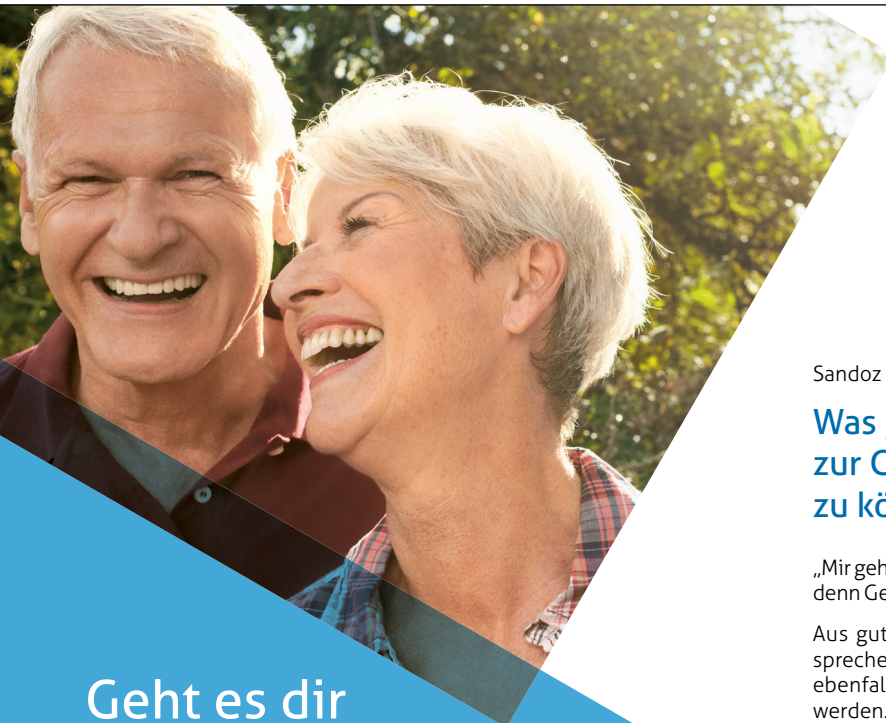


UNTERSTÜTZUNG BERATUNG BETREUUNG

Service für Ihre Praxis, der weit über Analyseresultate hinausgeht.
Ihr regionales Labor mit schweizweit vernetzter Kompetenz.



Bioanalytica - Bioanalytica Aareland - MCL - Toggenwil



Geht es dir
wieder besser?

Mir geht's
SANDOZ

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



Sandoz – seit 1886 fest in Schweizer Händen

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

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

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

Fragen Sie in Ihrer Apotheke oder Arztpraxis nach Sandoz-Generika – dort berät man Sie gut und gerne.

SANDOZ A Novartis
Division

Sandoz Pharmaceuticals AG, Suurstoffli 14, 6343 Rotkreuz | Stand: 03/2018

«Die Zunahme von chronischen Krankheiten und Multimorbidität haben die Rolle des Hausarztes aufgewertet»

INTERVIEW MIT PROF. DR. MED. THOMAS ROSEMANN, DIREKTOR DES INSTITUTS FÜR HAUSARZTMEDIZIN AM UNIVERSITÄTSSPITAL ZÜRICH



Prof Dr. med. Thomas Rosemann

DEFACTO: Nach Ansicht der meisten Gesundheitsexperten und -politiker müsste der Fokus der Schweizer Gesundheitspolitik von der Akutversorgung hin zur nachhaltigen Betreuung von chronisch Kranken verlagert werden. Ist das auch Ihre Meinung?

Prof. Dr. med. Thomas Rosemann: Die Akutversorgung ist natürlich ein bedeutender Teil der medizinischen Versorgung, aber es ist sicher auch so, dass wir bei der strukturierten Behandlung und Betreuung von chronisch Kranken ein Optimierungs- und Verbesserungspotenzial haben. Dazu gehören zum Beispiel die Kontrollen bei den Diabetikern, die nicht in der Häufigkeit durchgeführt werden, wie sie nötig wären.

Je komplexer die Krankheit eines Patienten ist, desto mehr Koordination ist nötig. Das ist eine Aufgabe, die nur der Hausarzt übernehmen kann, denn dafür ist er prädestiniert und ausgebildet.

Welche Rolle spielt die integrierte bzw. koordinierte Versorgung bei chronischen Krankheiten?

Die Rolle des Hausarztes bei der koordinierten Versorgung ist vergleichbar mit der eines Dirigenten in einem Orchester.

Womit Sie das Konzept der Interprofessionalität ansprechen. Welche Rolle spielt die Interprofessionalität bei chronischen Krankheiten?

Das Thema Interprofessionalität ist nicht nur ein Thema der Hausarztmedizin, sondern auch von anderen medizinischen und pflegerischen Berufen. Also ein Thema für den Spezialisten ebenso wie für speziell ausgebildete Krankenpflegende und MPA. Im Ausland werden bereits heute viele Untersuchungen im Rahmen der Interprofessionalität durch sogenannte «Nurse Practitioners» durchgeführt, zum Beispiel Koloskopien oder Ultraschall-Untersuchungen.

Fest steht: Wir werden in Zukunft viel mehr als heute im Team arbeiten müssen. Das setzt eine ganz klare Definition der verschiedenen Rollen und Aufgaben voraus, was heute noch nicht optimal umgesetzt ist. Im Gegenteil, ich habe eher den Eindruck, dass es bei den verschiedenen beteiligten Berufen darum geht, die eigenen Pfründe abzusichern und sich anderen gegenüber abzugrenzen. Der Mehrwert der Interprofessionalität für den Patienten besteht explizit im Ergebnis der Zusammenarbeit, und nicht in der Summe der Einzelaktivitäten.

Welche Bedeutung hat die Prävention bei chronischen Krankheiten?

Prävention von chronischen Krankheiten sollte bereits im Kindergarten beginnen, vorab mit der richtigen Ernährung. Also zum Beispiel keine Abgabe von «Energy-Drinks». Viele verstehen unter Prävention bei Chronikern irrtümlich nur Massnahmen, die im höheren Lebensalter ergriffen werden. Das ist zu spät! Je früher mit der Aufklärung von Jugendlichen begonnen wird, desto höher sind die Erfolgschancen. Hier besteht noch grosser Handlungsbedarf, vorab beim Thema Rauchen.

Prävention heisst hier konkret darauf hinzuwirken, dass die Jugendlichen schon gar nicht erst mit dem Rauchen beginnen, denn es ist der nachweislich am meisten unterschätzte Risikofaktor. Erst kürzlich wurde eine Studie veröffentlicht, die nachweist, dass das Rauchen einer einzigen Zigarette pro Tag das Risiko für einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall massiv erhöht.

Das Schweizer Parlament sieht das offenbar anders. In der Frühlings-session hat es ein Gesetz verhindert, das Jugendliche vor Tabakwerbung geschützt hätte...

Ja, ich habe das auch mitverfolgt und finde den Entscheid katastrophal. Es ist ein eigentliches Verbrechen an der Jugend! Leider werden die medizinischen und finanziellen Folgen dieses

Entscheidung erst in 40–50 Jahren konkret sichtbar. Und dann werden sich die Menschen dannzumal fragen: Warum habt Ihr das damals zugelassen?

Zu einem andern Thema: Sie haben 2016 in einer Studie am Beispiel von Diabetes- und Herzpatienten nachgewiesen, dass Hausarztmodelle einen wesentlichen Beitrag zur Kostendämpfung leisten, weil beim Hausarzt betreute Patienten seltener ins Spital überwiesen werden. Was hat diese Studie konkret bewirkt?

Meines Wissens hatte diese Studie keine relevanten gesundheitspolitischen Auswirkungen. Leider!! Nach der Ablehnung der Managed Care-Initiative 2012 werden derartige Daten aus unserer Studie wohl nur schwerlich zu wirklich nachhaltigen Veränderungen führen.

Wie meinen Sie das?

Das Volk hat am 17. Juni 2012 die Managed Care-Vorlage klar abgelehnt, was u.a. zur Folge hatte, dass medizinische Erkenntnisse von politischen Überlegungen überlagert werden. Das heisst: Auch wenn inzwischen mehrere Studien nachweisen, dass Managed Care-Patienten tendenziell besser versichert und betreut sind, hat das leider keine konkreten Auswirkungen, weil das Thema Managed Care im Moment keinen Rückenwind mehr hat und politisch nicht mehrheitsfähig ist. Vielleicht braucht es noch etwas Zeit, um das Thema politisch mehrheitsfähig zu machen.

Bei der Auswertung des Abstimmungsverhaltens von 2012 ist aber auch klar geworden, dass viele Bürger



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

mit dem Begriff Managed Care nichts anfangen konnten, bzw. ihn missverstanden haben. Vielleicht würden eine bessere Wortwahl und Kommunikation ja helfen?

Ja, das sehe ich auch so, man sollte den Begriff Managed Care fallen lassen, gerade weil er negativ konnotiert ist. Man müsste ihn umbenennen – und ihn durch einen deutschen, positiv besetzten Begriff ersetzen.

Ein weiteres aktuelles Thema in der Medizin ist smarter medicine: Kann smarter medicine auch auf chronische Krankheiten angewendet werden?

Ja, sicher! Das kritische Hinterfragen von Methoden und Massnahmen in der Medizin hat auch bei chronischen Krankheiten durchaus einen Sinn. Ich denke da zum Beispiel an die Abgabe von Statinen bei hochbetagten, nicht chronisch kranken Menschen. Das bringt denen nichts, das sind Medikamente, die man absetzen könnte, weil die Evidenz fehlt.

Auch das PSA-Screening ist ein Fall für smarter medicine.

Wie haben die chronischen Krankheiten das Berufsbild des Hausarztes beeinflusst, bzw. verändert?

Die Zunahme von chronischen Krankheiten und Multimorbidität haben die Rolle des Hausarztes aufgewertet. Vor allem seine Funktion als Koordinator zwischen den einzelnen Berufen und als Lotse des Patienten werden immer wichtiger.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker
Redaktor DEFACTO

Prof. Dr. med. Thomas Rosemann, PhD, ist seit März 2008 Direktor des Instituts für Hausarztmedizin am Universitätsspital Zürich und Ordinarius für Hausarztmedizin an der Universität Zürich.

Das sagen die Krankenkassen zur Studie von Prof. Rosemann über positive Effekte von Managed Care-Modellen

Die DEFACTO-Redaktion wollte von drei ausgewählten Krankenkassen wissen, welche Konsequenzen für sie die Ergebnisse der Studie von Prof. Rosemann zum Effekt von Managed Care-Modellen auf die Hospitalisierungsrate von chronisch kranken Patienten hat. Prof. Rosemann hatte 2016 am Beispiel von Patienten mit Diabetes- und Herz-Kreislaufkrankungen nachgewiesen, dass Managed Care-Modelle einen wesentlichen Beitrag zur Kostendämpfung leisten, weil im Hausarztmodell betreute Patienten seltener ins Spital überwiesen werden.

- Die Antwort von Helsana: Helsana war Mitautorin der betreffenden Studie. Sie zeigt auf, dass Managed Care-Modelle – dank Koordination – für die untersuchten Patienten eine bessere Versorgung zu tieferen Kosten sicherstellt. Die Resultate bestärkten uns in unserer Sicht, dass Managed Care-Modelle ein wichtiges Puzzle-Stück für eine effizientere, qualitativ bessere Versorgung darstellen. Diese Erkenntnisse wie auch die Erkenntnisse weiterer Studien verwenden wir zur laufenden Weiterentwicklung der Vertragsbeziehungen respektive der Zusammenarbeit mit Ärztenetzen.
- Die Antwort der Concordia: Dies bestärkt uns in unserem Handeln. Wir setzen uns seit vielen Jahren für Managed Care ein und honorieren dies für die Hausärzte. Unsere Managed Care-Modelle myDoc und HMO erfreuen sich sehr grosser Beliebtheit bei unseren Kundinnen und Kunden. Inzwischen sind rund 80 % unserer Kundinnen und Kunden in einem dieser Modelle versichert. Dies stellt eine echte WIN-WIN Situation dar: so profitieren unsere Versicherten nicht nur von tieferen Prämien, sondern auch von einer besseren medizinischen Betreuung.
- Die Antwort der Sanitas: Laut dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) leidet bereits heute jeder Vierte an einer nichtübertragbaren (chronischen) Krankheit (zum Beispiel Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes, etc.). Diese Situation wird sich weiter verschärfen aufgrund der Alterung der Gesellschaft. Die Kosten dieser chronisch Kranken machen einen grossen Teil der Gesamtkosten im Gesundheitssystem aus. Die integrierte Versorgung ist ein wichtiger Weg, um diese Kosten zu senken. Zum Beispiel, wie die Studie zeigt, durch die Reduktion von Spitalaufenthalten. Vor diesem Hintergrund fördern wir Ärztenetze und sind mit ihnen im Gespräch zur Entwicklung und Umsetzung innovativer Lösungen und Angebote zur Behandlung und Begleitung chronisch Kranker.

«Ich verstehe meine Rolle als Coach, wobei der Patient mitbestimmen soll»

INTERVIEW MIT LEILA EL AKAB, MEDIZINISCHE PRAXISKOORDINATORIN



Leila El Akab

DEFACTO: *Welches ist genau Ihre Aufgabe?*

Leila El Akab: Meine Aufgabe ist die Betreuung von Diabetikern in der Arztpraxis, um die Hausärzte zu entlasten.

Können Sie das etwas präzisieren?

Meine Hauptaufgabe ist die Kontrolle der wichtigsten Parameter der Diabetiker. Dazu gehört vor allem die Kontrolle des Langzeitzuckers (HbA1c) alle drei Monate. Dazu gehören aber auch jährliche Kontrollen der Augen, der Füße und der restlichen Laborparameter (Nierenwerte, Cholesterinwerte, Urinkontrolle usw.). Je nach Befund kann das auch häufiger sein. Ferner kommt die Kontrolle des Gewichts/BMI, evtl. des Blutdruckes dazu. Ausserdem bin ich zuständig für die Aufklärung der Krankheit bei neu entdeckten Diabetikern und mache Ernährungsberatungen, allerdings nur Grundlagen. Für eine detaillierte Ernährungsberatung überweise ich die Patienten an eine Ernährungsberatungsstelle. Wenn nötig oder gewünscht, mache ich Hypoglykämie- und Blutzuckergeräteschulungen und kontrolliere die Blutzuckertagebücher. Dazu kommen InsulinPENinstruktionen, Kontrolle der Diabetesutensilien, Raucherberatung usw. Und eine meiner wichtigsten Aufgaben ist die Motivation der Patienten zu einer Verbesserung ihres Lebensstils.

Koordinieren Sie Ihre Termine selbstständig?

Ja, ich koordiniere meine Termine selbstständig, gelegentlich auch nach einem Arzttermin. Generell gesagt: Ich bin das Bindeglied zwischen den Ärzten und den Patienten und evtl. auch zwischen externen Stellen.

Wie frei können Sie dabei arbeiten? Wer trägt die Verantwortung?

Ich arbeite sehr selbstständig, die Patientenberatung mache ich in meiner eigenen Diabetessprechstunde. Ich informiere den Hausarzt immer im Anschluss über meine Sprechstunde mit dem Patienten. Bei spezifischen Aufträgen, wie beispielsweise einer Hypoglykämieschulung, kann ich die Patienten auch weitere Male einbestellen, um an den Themen zu arbeiten oder als Nachkontrolle. Ärztliche Entscheidungen treffe ich hingegen nie selbstständig. Ich kann dem Arzt evtl. einen Vorschlag machen, aber die Entscheidung trifft immer der Arzt, wie zum Beispiel bei einem Medikamentenwechsel oder einer Zuweisung zu einem Spezialisten.

Welche Rolle hat dabei der (Haus-)Arzt?

Die Ärzte überweisen mir ihre Patienten immer dann, wenn sie das Gefühl haben, dass diese von meiner Betreuung profitieren können. Manchmal bekomme ich auch einen konkreten Auftrag des Arztes, was ich mit den Patienten genau anschauen soll.

Welche Ausbildung haben Sie gemacht für die Betreuung von Diabetes-Patienten?

Ich selber habe alle 6 Module besucht, die für die eidg. Abschlussprüfung zur Medizinischen Praxiskoordinatorin (MPK) klinische Richtung nötig sind, die ich im Frühling abschliesse. Für die Beratung ist mindestens das 1-wöchige Diabetes-Modul notwendig. Ich empfehle aber auch die weiteren Module Chronic Care-Management I und II, denn dabei lernt man unter anderem die richtigen Kommunikations- und Beratungsmodelle, und auch den Sinn des Chronic Care Managements.

Wie reagieren die Patientinnen und Patienten auf die Betreuung durch Sie – und nicht durch einen Arzt?

Zu Beginn war es sicherlich für beide Seiten noch eine ungewohnte Situation. Ich habe auch Patienten, welche nicht zu mir in die Sprechstunde kommen möchten, da sie schon alles wissen oder evtl. auch nicht bereit sind, an ihrem Lebensstil zu arbeiten.

Ich verstehe meine Rolle als Coach, wobei der Patient mitbestimmen soll, an was er/sie arbeiten möchte oder bereit ist, zu ändern. Mir ist es immer wichtig, dass der Patient oder die Patientin weiss, dass er oder sie im Mittelpunkt steht, denn schliesslich geht es um die Gesundheit des Patienten. Und die Mitarbeit geht deutlich einfacher, wenn die Patienten merken, dass sie selbst mitbestimmen können. Mit dieser partnerschaftlichen Zusammenarbeit stehen mir die Patienten sehr positiv gegenüber, sicherlich auch, da sie merken, dass bei mir mehr Zeit vorhanden ist, als bei einem Termin beim Hausarzt.

Welches ist Ihre Meinung?

Sollen Hausärzte vermehrt bestimmte Arbeiten an MPK delegieren?

Ich persönlich finde das ganze Chronic Care Management-Modell eine sehr gute Sache. Die Investition in die Prävention – und nicht erst in die Bekämpfung von Spätkomplikationen – ist sinnvoll. Mir ist es wichtig, dass die Ärzte nicht das Gefühl haben, dass die MPK dem Hausarzt etwas «wegnimmt», sondern dass alle von dieser Zusammenarbeit profitieren. Der Hausarzt oder die Hausärztin hat mehr Zeit für anderen Patienten, die MPA/MPK bekommt mehr Verantwortung, der Patient merkt, dass er ernst genommen wird und ihm mehr Zeit entgegengebracht wird. Was sicherlich auch einen positiven Einfluss auf das Verhalten des Patienten hat. Ich denke mir, dass diese Modelle die Zukunft der Hausarztmedizin sein werden. Oder hoffe es zumindest.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker
Redaktor DEFACTO

Leila El Akab betreut als Medizinische Praxiskoordinatorin im Doktorzentrum Mutschellen Diabetes-Patienten selbstständig.

Erika Sami, Patientin, über die Betreuung durch Leila El Akab

Ich muss alle drei Monate zur Kontrolle zu Frau El Akab, was jedes Mal eine Freude ist. Denn sie nimmt sich genügend Zeit für mich und berät mich, wenn etwas nicht ganz in Ordnung ist. Zum Beispiel hat sie mir das letzte Mal empfohlen, einen Augenarzt zu kontaktieren, was ich dann auch getan habe. Dazu gehört aber auch, dass wir bei der Behandlung nicht immer nur über den Diabetes reden, sondern auch über andere Dinge. Das tut mir gut. Es ist überhaupt kein Problem für mich, dass mich nicht der Hausarzt selbst betreut, sondern eine Medizinische Praxiskoordinatorin (MPK). Ich finde es sogar besser, denn mit Frau El Akab rede ich ausschliesslich über den Diabetes und über keine anderen Krankheiten. Das gibt mir eine gewisse Sicherheit.

Wenn bei mir etwas mit dem Diabetes nicht stimmt, so ist das meist psychisch bedingt. Das weiss Frau El Akab und versucht dann, darauf einzugehen. Das ist wunderbar und überhaupt nicht selbstverständlich. Ich habe den Diabetes seit drei Jahren. Es hat mit der Pensionierung begonnen.

Alles in allem bin ich sehr zufrieden mit der Betreuung durch Frau El Akab. Sie ist nicht nur persönlich sehr nett, sie ist auch sehr aufmerksam und nimmt mich ernst.

Entlastung des Hausarztes durch Delegation an die MPA oder MPK

Ärztmangel. Erhöhter Patientenandrang. Knappe Zeitressourcen. Klingt das vertraut? Eine Lösung heisst Aufnahmestopp. Eine weitere lautet Delegation von bestimmten Arbeiten an der Mitbetreuung von chronisch kranken Patienten an MPA mit Zusatzausbildung in der Beratung von Langzeitpatienten. Klinisch tätige MPA entlasten den Arzt und können das Behandlungsergebnis positiv beeinflussen. Die MPA kann sich Zeit nehmen für den Patienten, Verständnis für die eigene Krankheit schaffen und gezielt das Selbstmanagement fördern. Das sind Aufgaben, für die der Arzt oftmals keine Zeit hat. Das Ziel ist die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Patienten, Arzt und MPA oder MPK.

Beim Chronic Care Management (CCM) wird der Patient durch eine individuelle, auf seine Bedürfnisse abgestimmte Mikroschulung von ca. 15–30 Min. in gesundheitsfördernden oder -erhaltenden Verhalten und Aktivitäten unterrichtet. Der Patient lernt, Mitverantwortung über den Verlauf seiner Krankheit zu übernehmen. Nebst der fachlichen Voraussetzung ist Empathie ein wichtiger Bestandteil der erfolgreichen Mikroschulung. Was ist die soziale Situation des Patienten? Wie lebt er? Was arbeitet er? Wie verbringt er seine Freizeit? Wie ist seine physische und psychische Situation? Das Beantworten dieser Fragen hilft bei der Definition und Zielsetzung der Mikroschulung.

Beispiel zum Vorgehen beim Aufbau der Mikroschulung (12 Schritte):

1. Vorwissen und Einstellung ermitteln
2. Richtziel überlegen
3. Feinziele aushandeln
4. Wissen ergänzen
5. Anschauungsmaterial einsetzen
6. Handlungen vorführen
7. Motivation zum Üben
8. Fragen beantworten
9. Informationsmaterial anbieten
10. Wissen überprüfen
11. Feedback geben
12. Dokumentation erstellen

Dabei können folgende Schwerpunkte gesetzt werden:

- Ermitteln der aktuellen körperlichen Aktivitäten.
- Abklären der physischen Ressourcen und Limitationen.
- Erfassung der persönlichen Lebenssituation.
- Erkennen der begünstigenden und hindernden Faktoren.
- Erarbeiten eines Bewegungs-Tagebuchs.

Damit die Bewegung einfach und unkompliziert in den Alltag integriert werden kann und möglichst auch Spass macht, ist es hilfreich, das neue Verhalten mit Bisherigem zu verknüpfen (tiny habits method).

Konkrete Beispiele hierfür sind:

- Sich zum Sport oder Spaziergehen verabreden, anstatt zum Kaffeetrinken.
- Beim Telefonieren darauf achten, dass man steht oder umhergeht, anstatt zu sitzen.
- Fitness-Apps/-Tracker nutzen! Sie erinnern daran, ein paar Schritte zu gehen.
- Beim Arbeiten regelmässig Pausen machen, Aufstehen und Dehnen.
- Die Arbeitsprozesse so gestalten, dass Bewegungsabläufe integriert werden.
- Beim Zähneputzen abwechselnd auf einem Bein stehen.
- Während der Lieblingsserie Sportübungen absolvieren.
- Die Mikroschulung wird in der KG festgehalten. Idealerweise findet die Schulung in einer ruhigen Atmosphäre statt, z.B. in einem (am ärztlichen freien Nachmittag) verfügbaren Behandlungszimmer.

Das CCM durch die MPA hilft dem Patienten, unterstützt den Arzt und stärkt die Rolle der MPA. Damit profitieren alle von der Teamarbeit.

Caroline Fröhli, MPA-Botschafterin Argomed

Aus der Modulabschlussarbeit CCM II «Mikroschulung» von Caroline Fröhli im Rahmen ihrer MPK Ausbildung im Herbst 2018. Caroline Fröhli ist MPA-Botschafterin bei der Argomed sowie weiter in einer Gruppenpraxis als MPA und bei proVIT GmbH als Projektmitarbeiterin tätig.

Wie gehen die Krankenkassen mit chronischen Krankheiten um?

Die DEFACTO-Redaktion hat den drei Krankenkassen Helsana, Concordia und Sanitas einen Fragebogen mit 4 Fragen zum Thema chronische Krankheiten vorgelegt.

HELSEANA:

«Managed Care-Modelle sind ein wichtiges Puzzle-Stück für eine effizientere, qualitativ bessere Versorgung»

DIE FRAGEN:

- 1. Wie definieren Sie medizinische Qualitätsarbeit bei chronischen Krankheiten? (Was ist für Sie «best practice» von Medizin und Pflege bei chronischen Krankheiten?)*
 - 2. Wie konkret fördern Sie die medizinische und pflegerische Qualitätsarbeit bei chronischen Krankheiten? Haben Sie eigene Projekte (in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft)?*
 - 3. Wie honorieren Sie heute die Arbeit von Medizinischen Praxisassistentinnen (MPA), die sich nach einer entsprechenden Weiterbildung und in Zusammenarbeit mit dem Arzt direkt und eigenständig um chronisch kranke Menschen kümmern? Und wie ist das in Zukunft geplant?*
 - 4. Inwiefern hat der Risikoausgleich Einfluss auf die strategische Ausrichtung und Entwicklung von neuen Produkten für Versicherte?*
- 1) Die Behandlung sollte auf Basis des aktuellen, wissenschaftlichen Kenntnisstandes erfolgen und interdisziplinär, orientiert an gemeinschaftlich definierten Behandlungszielen. Dabei steht die Koordination der Patientenbetreuung/-behandlung im Mittelpunkt.
 - 2) Wir fördern heute solche Qualitätsarbeit im Rahmen unserer Kooperation mit Ärztenetzen, respektive mit unserem Angebot an alternativen Versicherungsmodellen. Ausserdem forschen unsere Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler regelmässig zum Thema – auch in Zusammenarbeit mit Medizinerinnen –, evaluieren die Qualität der bestehenden Versorgung, machen Vorschläge für Verbesserungen und erarbeiten ambulante Qualitätsindikatoren.
 - 3) Das ist heute in kleinem Umfang teilweise in AVM-Verträgen enthalten; dabei wird natürlich nicht das gesamte Versichertenkollektiv berücksichtigt. Wir finden, die Tarifpartner sollten hier mehr Spielraum erhalten. Deshalb unterstützen wir – gemeinsam mit unseren Curafutura-Partnern – auch entsprechende parlamentarische Vorstösse wie beispielsweise die Motion «sinnvolle Patientensteuerungsprogramme im KVG ermöglichen». Der Bundesrat schlägt einen Experimentierartikel vor, mit dem so etwas geregelt werden könnte. Nach erfolgreichem Projekt könnte dies vergütungspflichtig werden.
 - 4) Der Risikoausgleich soll für gleich lange Spiesse und echten Wettbewerb unter den Krankenversicherern sorgen. Durch den verfeinerten Risikoausgleich, der ab 2020 auch die Medikamentenkostengruppen berücksichtigt, wird ein sinnvoller, neuer Anreiz geboten, beispielsweise Diabetiker zu versichern. Dank der festgelegten Risiko-Ausgleichszahlung profitieren Versicherer, die Patienten gut versorgen, finanziell. Das ist eine Win-Win-Win-Situation für Patient, Gesundheitssystem und Versicherer.

CONCORDIA:

«Unser Ziel ist die lebenslange Betreuung unserer Kundinnen und Kunden»

SANITAS:

«Erfolgsversprechend sind auch interdisziplinäre Ansätze in der integrierten Versorgung»

1. Ziel ist die Verbesserung der Qualität in der Behandlung chronischer Krankheiten. Wir sind überzeugt, dass bei einer konsequenten Umsetzung der «best practice» Vorgaben mittel- und langfristig die medizinische Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten verbessert wird. Als Versicherer sehen wir damit verbunden mittel- und langfristig auch eine finanzielle Verbesserung. Dafür lohnt sich die Investition in die Qualitätsarbeit. Eine weitere Verbesserung sehen wir in der Verbesserung der Lebensqualität der Patienten.
 2. Die CONCORDIA engagiert sich aktiv im Verein QualiCCare. Der Verein QualiCCare setzt sich dafür ein, die Patientenbetreuung in der Schweiz durch die Implementierung von «best practices» in der Versorgung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten weiter zu verbessern. Dazu entwickelt der Verein einerseits breit abgestützte Massnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität – spezifisch in den Bereichen COPD und Diabetes mellitus Typ 2 – und treibt deren Implementierung voran. Andererseits fördert er im Rahmen von Kooperationsprojekten aktiv die Koordination, Vernetzung und Verbreitung verschiedener regionaler Aktivitäten zur Verbesserung der Versorgung bei den genannten chronischen Erkrankungen.*
* Zitat QualiCCare
 3. In Zusammenarbeit mit Ärztenetzwerken resp. deren Betriebsgesellschaften haben wir die Behandlungsrichtlinien von QualiCCare in unsere Managed Care-Verträge mit den Ärztenetzwerken implementiert. Damit honorieren wir die Ärzte für die konsequente Umsetzung der Behandlungsrichtlinien. Darin sind auch die MPA direkt eingebunden.
 4. Die CONCORDIA hat sich nie der Jagd nach gesunden und jungen Versicherten verschrieben. Unser Ziel ist die lebenslange Betreuung unserer Kundinnen und Kunden. Sie sollen eine möglichst hochwertige medizinische Betreuung erhalten. Dies aber immer im Fokus bezahlbarer Prämien. Deshalb setzen wir uns für die Verfeinerung des Risikoausgleichs ein. Einen Einfluss auf unsere Produktgestaltung hat dies nicht. Vielmehr könnte es zukünftig sogar sein, dass chronisch kranke Patientinnen und Patienten versicherungstechnisch «interessant» sein können. Dazu kann eine verbesserte medizinische Betreuung durch unsere Hausärzte beitragen. Neue und/oder zusätzliche Versicherungsprodukte sind nicht geplant.
1. Die Kompetenz für eine medizinisch qualitativ hochstehende Behandlung und Betreuung von chronisch Kranken sehen wir als Krankenversicherung beim medizinischen Fachpersonal. Als medizinische Qualitätsarbeit erachten wir Behandlungen, die sich an klinischen Guidelines orientieren. Diese unterstützen den Arzt, evidenzbasiert Entscheidungen zu treffen, um den Patienten bestmöglich zu behandeln. Aus qualitativer Sicht erfolgsversprechend sind auch interdisziplinäre Ansätze in der integrierten Versorgung.
 2. Sanitas bietet verschiedene Gesundheitsprogramme zur Prävention und Begleitung im Krankheitsfall an, unter anderem in den Bereichen metabolisches Syndrom und Herzinsuffizienz. Die Konzepte hinter den Programmen sind wissenschaftlich evaluiert. Damit verfolgt Sanitas insbesondere das Ziel, chronisch Kranken den Alltag zu erleichtern und sie bei der Verhaltensänderung zu unterstützen. Letzteres basiert auf der Erarbeitung des notwendigen Krankheitswissens. Vermehrt bieten wir die Programme darum auch in Kooperationen mit medizinischen Leistungserbringern an.
 3. Von Gesetzes wegen ist es momentan nicht möglich, nicht-ärztliche Leistungen ohne ärztliche Verordnung direkt zu honorieren. Unsere Verträge mit den Ärztenetzwerken setzen jedoch auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Bündelung des kollektiven Wissens für eine Qualitätsoptimierung. Wir unterstützen die Netze im Rahmen unseres Vergütungsmodells auch finanziell bei der Umsetzung von Projekten, welche die integrierte Versorgung stärken. Ob die Förderung der MPA im Rahmen der Projekte einen Schwerpunkt bildet, überlassen wir den Netzen.
 4. Die bessere Abgeltung für chronisch kranke Personen über den Risikoausgleich ab 2020 setzt Anreize, diese über eine gute Versorgungsstruktur qualitativ hochstehend und effizient zu behandeln. Dadurch werden finanzielle Mittel freigesetzt, die in Angeboten für chronisch Kranke (zum Beispiel Gesundheitsprogramme) eingesetzt werden können. Daher arbeiten wir im Moment intensiv daran, weitere Programme für chronisch Kranke in unsere alternativen Versicherungsmodelle zu integrieren.

Franziska König, Marlen Huber und Angela Peter, Sanitas

Roland Koller, CONCORDIA

Qualitätszirkel der Argomed vom BAG ausgezeichnet

Im Rahmen des Projekts «Koordinierte Versorgung» hat das BAG ein Mandat in Auftrag gegeben, um Modelle guter Praxis bei der Versorgung von psychisch kranken Menschen mit gleichzeitig somatischer Erkrankung aufzuzeigen. Aus insgesamt rund 50 nationalen und internationalen Modellen wurden acht Projekte ausgewählt, wozu auch das Überweisungs-Projekt der Argomed gehört. Gemeint ist das Überweisungsformular des Qualitätszirkels Argonet (netzübergreifender Qualitätszirkel der Argomed), das die Zuweisung von psychiatrisch erkrankten Patientinnen und Patienten aus der Haus-

arztpraxis zu Psychiatern vereinfacht und beschleunigt (DEFACTO 1/2014, S. 8). In einem umfassenden Bericht werden die einzelnen Modelle, deren Umsetzung, Nutzen, Chancen und Herausforderungen beschrieben und vertieft analysiert. Hintergrund für diese Studie war, dass die psychisch-somatische Komorbidität ein noch relativ wenig erforschtes Gebiet darstellt. Aus der Forschung und Theorie ist bekannt, dass die koordinierte Versorgung für diese Patientengruppe wichtig und notwendig ist. Es existieren jedoch wenige Kenntnisse darüber, wie Modelle einer koordinierten Versorgung praktisch

umgesetzt werden können. Diese Lücke versucht der nun vorliegende Bericht zu schliessen.

Bernhard Stricker
Redaktor DEFACTO

Spieß, M., Ruffin, R. (2018). Koordinierte Versorgung an der Schnittstelle (Akut-)Psychiatrie – Akutsomatik. Modelle guter Praxis. socialdesign ag im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Oktober 2018, Bern. www.bag.admin.ch/koordinierte-versorgung



Kennst du deinen Status?

autotest VIH®

Der neue **HIV-Selbsttest** von Mepha
Einfach. Schnell. Anonym.



www.autotest-sante.com

Mepha Pharma AG, www.mepha.ch



Polypharmazie bei geriatrischen Patienten

Je älter die Patienten werden und je mehr Erkrankungen sie aufweisen, desto mehr Medikamente werden verschrieben. Wie kann dies in der hausärztlichen Praxis reduziert werden? Nachfolgend ein paar Hinweise zur Reduktion der Polymedikation.

Was ist überhaupt Polypharmazie? Eine genaue Definition gibt es nach wie vor nicht. In diversen Studien und Quellen wird der Begriff unterschiedlich gebraucht. Häufig wird jedoch bei gleichzeitiger Einnahme von fünf und mehr Medikamenten von Polymedikation gesprochen. Die Gründe für die Polypharmazie sind ebenso vielfältig wie die Medikation selbst. Einerseits werden die Patienten älter und kränker, mehrere Organsysteme sind betroffen und brauchen medikamentöse Unterstützung. Somit sind auch bereits mehrere Fachdisziplinen mit an der Betreuung des Patienten beteiligt und jede Leitlinie der einzelnen Fachgesellschaften gibt Medikamentenempfehlungen ab. Auch behandeln sich die Patienten nicht nur schulmedizinisch, sondern auch mit pflanzlichen, homöopathischen und weiteren alternativmedizinischen Präparaten. Dazu kommen noch die freikäuflichen Medikamente aus der Apotheke (sogenannte over-the-counter-drugs).¹

Dementsprechend sind die Patienten polymediziert, teilweise mit nicht geeigneten Medikamenten, aber auch unterversorgt! Um die damit verbundenen Kosten, erhöhte Morbidität durch Stürze und Interaktionen/Nebenwirkungen, sowie Hospitalisationen zu vermeiden, sollten im Alltag immer wieder die Medikamente überprüft werden auf Indikation, Nebenwirkungen und Risiken. Insbesondere bei multidisziplinären Behandlungen (z.B. in die Betreuung involvierte Kardiologen, Pneumologen, etc.) sollten die Medikamente stets aktuell gehalten und in regelmäßigen Abständen geprüft werden. Den Hausärzten kommt hierbei die wichtige Aufgabe zu, die Medikamentenliste aktuell zu halten und zu überprüfen. Auch sollte die Dauer der Medikation so kurz wie möglich gehalten werden.

Es gibt mehrere internationale Ansätze für eine Hilfe zur Reduktion der Polymedikation.² Einerseits ist da die «The Beers Liste», die von der Amerikanischen Gesellschaft für Geriatrie 2012 entwickelt wurde.³ Dabei geht es hauptsächlich um «Negativ-Medikamente», also Präparate die für die Über-65-Jährigen nicht geeignet sind. Eine ähnliche Liste in Deutschland ist die «Priscus-Liste» mit oftmals vergleichbaren Wirkstoffen wie in der Schweiz.⁴ Diese

Listen sollen dazu beitragen, wichtige Nebenwirkungen und unerwünschte Wirkungen, welche wiederum weitere Medikationen nach sich ziehen, zu vermeiden.

Bereits 1992 wurde von Professor Hanlon und einer Expertengruppe mittels weniger Fragen eine Art Checkliste für polymedizierte Patienten entwickelt. Mit dem sogenannten MAI-Fragebogen (medication appropriateness index) können die Medikamente nochmals Schritt für Schritt überprüft werden (s. Tabelle).⁵

MAI Fragebogen [Hanlon et al. 1992]

1. Gibt es eine Indikation für das Medikament?
2. Ist das Medikament sinnvoll in diesem Gesundheitszustand?
3. Ist die Dosis korrekt?
4. Ist die Anwendung korrekt?
5. Ist die Anwendung praktikabel?
6. Gibt es signifikante Medikamenten-Medikamenten-Interaktionen?
7. Gibt es signifikante Medikamenten-Krankheits-Interaktionen?
8. Gibt es unnötige Doppelverschreibungen?
9. Ist die Therapiedauer adäquat?
10. Ist das Medikament die günstigste Alternative im Vergleich?

Eine noch detailliertere Medikamentenüberprüfung kann mittels START/STOPP-Liste geprüft werden. Dieses Tool wurde 2008 erstmals veröffentlicht, um die Medikamente älterer Patienten zu überprüfen (**S**creening **T**ool of **O**lder **P**eople's **P**rescriptions) und die richtige Behandlung zu gewährleisten (**S**creening **T**ool to **A**lert **R**ight **T**reatment). Diese werden auch von Zeit zu Zeit überarbeitet und aktualisiert, je nach Evidenz.⁶

Das Thema der Polypharmazie ist immer wieder Thema in Studien, Kongressen und in der Politik. Da es dabei nicht nur um volkswirtschaftliche, sondern insbesondere auch gesundheitliche Aspekte geht, ist es von grundlegender Bedeutung die Überprüfung der Medikamentenliste wieder und wieder vorzunehmen. Manchmal ist weniger mehr!

Dr. med. Corina Omlin

Mit der Garfinkel-Methode (Good palliative geriatric practice)^{7,8,9} kann mit Hilfe eines Flowcharts eruiert werden, ob die Medikation weitergegeben oder gestoppt werden soll:

1. Ist eine evidenzbasierte Indikation in dieser Dosierung entsprechend dem Alter und Erkrankung vorliegend und überwiegt der Nutzen das Risiko?
JA: weiterfahren
2. Ist die Indikation für das Alter und Erkrankung gegeben?
NEIN: Stopp
3. Überwiegt der Benefit mögliche Nebenwirkungen durch das Medikament?
NEIN: Stopp
4. Liegen Symptome oder Zeichen einer möglichen Nebenwirkung des Medikaments vor?
JA: Medikamentenwechsel
5. Gibt es ein besseres Medikament?
JA: Medikamentenwechsel
6. Kann die Dosierung reduziert werden ohne signifikantes Risiko?
JA: Dosisreduktion

Quellen:

1. https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/1_Projekte_und_Programme/progress_smp/progress_smp_d/O_Grundlagen_SM_in_Pflegeheimen.pdf
2. http://www.zora.uzh.ch/id/eprint/93676/1/Neuner_Strategien_gegen_Polypharmazi.pdf; Stand 01.07.2018
3. Beers Criteria: <https://dcri.org/beers-criteria-medication-list>; Stand 01.07.2018
4. http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf
5. Hanlon, J.T. et al.; A method for assessing drug therapy appropriateness; Journal Of Clinical Epidemiology, 1992; 45(10): 1045-1051; <https://eurekamag.com/pdf/008/008045118.pdf>; Stand 01.07.2018
6. O'Mahony D. et al, STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2; Age Ageing. 2015 Mar; 44(2): 213–218; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4339726>; Stand 01.07.2018
7. Garfinkel D., MD et al.; Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults Addressing Polypharmacy; Arch Intern Med. 2010; 170(18):1648-1654. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/226051>; Stand 01.07.2018
8. Garfinkel D.I et al.; Routine deprescribing of chronic medications to combat polypharmacy; Ther Adv Drug Saf. 2015 Dec; 6(6): 212–233; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4667766/>; Stand 01.07.2018
9. Neuner-Jehle S. et al., Systematisches Weglassen verschriebener Medikamente ist bei polymorbiden Hausarztpatienten akzeptiert und machbar. Praxis 2014 Mar 1;103(6):317-22. http://www.zora.uzh.ch/id/eprint/95082/4/Neuner_Systematisches_Weglassen_verschriebener_Medikamente.pdf; Stand 01.07.2018

Diabetes mellitus Typ 2-Refresher

Diabetes mellitus Typ 2 ist eine häufige Erkrankung und die Patienten beanspruchen häufig eine Sprechstunde. Mit diesem Refresher sollen nochmals die Grundlagen des Diabetes mellitus Typ 2 erläutert werden und eine Übersicht über die medikamentöse Strategie je nach Patienten und Komorbidität bieten.

1. Screening:

Grundsätzlich sollte kein Screening stattfinden für Diabetes mellitus, es sei denn gewisse Risikofaktoren (siehe Box) sind vorliegend.

2. Diagnose

Die Diagnose des Diabetes erfolgt über eine laborchemische Bestimmung, wobei zwei pathologische Tests an zwei verschiedenen Tagen vorliegen müssen.

3. Behandlung

Die Behandlung des Typ 2 Diabetikers ist langjährig und interdisziplinär. In regelmässigen Kontrollen werden kardiovaskuläre Risikofaktoren eingestellt, Lifestyle-modifikationen empfohlen, Beratungsgespräche geführt und auf Spätkomplikationen getestet.^{2, 6}

Risikofaktoren für Diabetes mellitus Typ 2¹

- Übergewicht
- Genetische Vorbelastung
- Ethnie
- pränatale Exposition
- PCOS (Polyzystisches Ovar)
- Alternative im Vergleich?

Laborchemische Tests⁴

- Nüchtern glukose: ≥ 7.0 mmol/l
- OGTT: ≥ 11.1 mmol/l nach 2 Std.
- HbA1c –Wert: ≥ 6.5 %
- Zufallsglukose: ≥ 11.1 mmol/l

Checkliste zur langjährigen Diabetesbetreuung

- Regelmässige Kontrollen (Instruktion von Selbstmanagement, Lifestyle, Einstellung kardiovaskulärer Risikofaktoren)
- Lifestyle (BMI <25 , Bewegung, Rauchstopp, Ernährung, Alkohol)
- HbA1c: Ziel 6.5-8% (je nach Alter, Komorbidität, Krankheitsdauer), anfänglich alle 2–3 Monate, bei eingestellten Patienten: 2-4 Mal/Jahr
- Dyslipidämie LDL <2.6 mmol/l
- Blutdruck: Zielwert $\leq 140/90$ mmHg
- Nierenfunktion: Serumkreatinin, eGFR, Albumin-Kreatinin-Ratio im Urin
- Ophthalmologische Untersuchung 1x/Jahr (ab Diagnosestellung)
- Fusskontrolle (Vibrationssinn, Monofilament, Pulsstatus, Achillessehnenreflex)

Therapiestrategien – eine Übersicht ^{3, 5, 6}

Ziel der medikamentösen Behandlung ist die Reduktion der kardiovaskulären Ereignisse, Verhinderung von Hypoglykämien sowie Kosteneffizienz. Individuell sollten die Medikamente insbesondere unter Berücksichtigung kardiovaskulärer Komorbiditäten, Eigeninsulinproduktion und Nierenfunktion angepasst werden.

| | Mono-/Dualtherapie | Tripletherapie |
|--|--|---|
| Insulindefizit | Basalinsulin (Mischinsulin oder Basalinsulin + GLP1-RA) | Basis-Bolus-Insulinschema |
| Niereninsuffizienz (eGFR <30ml/min) | DPP-4-Inhibitoren | Basalinsulin |
| Herzinsuffizienz | Metformin + SGLT-2-Hemmer | + DPP-4-Inhibitoren + Basalinsulin |
| Kardiovaskuläre Erkrankung | 1. Metformin + SGLT-2-Inhibitoren 2. Metformin + GLP-1-Analogon | 1. + DPP-4-Inhibitoren Oder + Gliclazid Oder + Basalinsulin 2. + Gliclazid Oder + Basalinsulin |
| Herzgesunde | 1. Metformin + SGLT2-Inhibitoren 2. Metformin + GLP-1 RA 3. Metformin + DPP-4-Inhibitoren | + Gliclazid oder Basisinsulin |
| Herzgesunde nach ADA (American Diabetes Association) | Metformin + (Sulfonylharnstoff, DPP-4-Inhibitoren, SGLT-2-Inhibitoren, GLP-1-Rezeptor-Antagonist, Basalinsulin oder Glitazone) | |

Dr. med. Corina Omlin

Quellen:

- [1. https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-presentation-and-diagnosis-of-type-2-diabetes-mellitus-in-children-and-adolescents?search=diabetes%20mellitus%20type%20&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4](https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-presentation-and-diagnosis-of-type-2-diabetes-mellitus-in-children-and-adolescents?search=diabetes%20mellitus%20type%20&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4); 04.10.18
- [2. http://qualiccare.ch/fileadmin/daten/diabetes/1710_Vorstellung_QCC.pdf](http://qualiccare.ch/fileadmin/daten/diabetes/1710_Vorstellung_QCC.pdf)
- [3. http://sgedssed.ch/fileadmin/files/6_empfehlungen_fachpersonen/63_praxis_empfehlungen/Kriterien-DMD_2017.pdf](http://sgedssed.ch/fileadmin/files/6_empfehlungen_fachpersonen/63_praxis_empfehlungen/Kriterien-DMD_2017.pdf); 04.10.18
- [4. http://www.mednetbern.ch/publications/guideline_diabetes_2014.pdf](http://www.mednetbern.ch/publications/guideline_diabetes_2014.pdf); 04.10.18
- [5. https://www.uptodate.com/contents/initial-management-of-blood-glucose-in-adults-with-type-2-diabetes-mellitus?search=diabetes%20mellitus%20type%20§ionRank=3&usage_type=default&anchor=H22&source=machineLearning&selectedTitle=2~150&display_rank=2#H12028133](https://www.uptodate.com/contents/initial-management-of-blood-glucose-in-adults-with-type-2-diabetes-mellitus?search=diabetes%20mellitus%20type%20§ionRank=3&usage_type=default&anchor=H22&source=machineLearning&selectedTitle=2~150&display_rank=2#H12028133)
- [6. http://sgedssed.ch/fileadmin/files/6_empfehlungen_fachpersonen/61_richtlinien_fachaerzte/1703_SGED_Empfehlung_BZ-Kontrolle_T2DM_Finale_Version_13.pdf](http://sgedssed.ch/fileadmin/files/6_empfehlungen_fachpersonen/61_richtlinien_fachaerzte/1703_SGED_Empfehlung_BZ-Kontrolle_T2DM_Finale_Version_13.pdf); 04.10.18
- American Diabetes Association Diabetes Care 2018 Jan; 41(Supplement 1): S73-S85. <https://doi.org/10.2337/dc18-S008>; 10.10.2018

Erfolgreiche Premiere «Argomed | FORUM»

«Neue Formen der Diabetesbetreuung in der Hausarztpraxis»: Unter diesem Motto stand das erste «Argomed | FORUM» vom 8. November 2018. Das Konzept der neu geschaffenen Fortbildungsreihe (Spannende medizinische Themen konkret für die Hausarztmedizin aufbereitet und in praxisnahen Workshops gemeinsam konkretisiert) hat überzeugt und über 100 Ärztinnen, Ärzte und medizinisches Praxispersonal nach Olten gelockt. Wenn immer möglich, soll das Forum mit SGAIM-Credits als Fortbildung anerkannt werden.

Wie gelingt der erfolgreiche Start in eine medizinische Fortbildungsveranstaltung mit einem bunt gemischtem Publikum aus Fachärzten, Allgemeinmedizinerinnen, medizinischen Praxisassistentinnen und -koordinatorinnen? Die Lösung: Ein packendes Eröffnungsreferat, welches die Zielgruppe auf ihrem jeweiligen Standpunkt abholt und weder unter- noch überfordert. Prof. Dr. med. Beat Müller, Chefarzt Kantonsspital Aarau, hat diese besonders herausfordernde Aufgabe hervorragend gemeistert und das Plenum mit seinem praxisnahen Wissen und sehr konkreten Anschauungen zum Diabetes auf den neusten Stand gebracht – und damit einen ganz wichtigen Teil zum guten Gelingen des Anlasses beigetragen. Seine Kernaussagen waren:

- «Zucker ist nur die Messgrösse eines metabolischen Problems – wir sollten davon wegkommen, den Begriff als Mittelpunkt der Krankheit zu verwenden.»
- «Die kontinuierliche Blutzuckermessung wird in absehbarer Zeit in der Hausarztpraxis angekommen sein. Es ist also bereits heute notwendig, sich mit dem Thema zu beschäftigen.»
- «Fragen Sie Ihre Diabetes Patienten wie sie geschlafen haben – die Antwort gibt oftmals Auskunft über weitere Problemfelder.»

Im darauf folgenden Teil haben drei unterschiedliche Organisationen ihr Leistungsangebot im Zusammenhang mit der Betreuung von Diabetespatienten präsentiert und insbesondere aufgezeigt,

wie die Schnittstelle zur Hausarztpraxis erfolgreich gemeistert werden kann. Über die fliegenden Ernährungsberaterinnen von OVIVA oder das Patientempowerment von my.coach erfahren Sie mehr auf unserer Homepage (www.argomed.ch) unter Aktuell.

Nun, wie soll die ganze Theorie in einer kleinen oder mittelgrossen Hausarztpraxis umgesetzt werden? In vier geführten Workshops ging man diesen Fragen auf den Grund. Jeweils ein Arzt und eine medizinische Praxiskoordinatorin lieferten spannende Einblicke, wie sie die Diabetesbetreuung im Team organisieren und mit welchen Herausforderungen zu rechnen sind. Dass dies sogar in einer Einzelpraxis umgesetzt werden kann, erfuhren die Teilnehmer von Herrn Dr. med. Urs Schwyzer, Hausarzt aus Ittlingen. Dank Teamarbeit können in seiner Praxis rund 125 Diabetes Patienten bestens betreut werden.

Die Kernaussagen aus den Workshops waren:

- «Die Aufgabenverteilung ist das A und O! Eine Medizinische Praxiskoordinatorin mit klinischer Richtung kann enorm viele Tätigkeiten selbstständig übernehmen – aber es muss klar sein welche.»
- «Die MPA / MPK dürfen und sollen in der Hausarztpraxis aktiv für Teamarbeit werben – habt Mut und steht für euer Können und Wissen ein.»
- «Die eigenen Grenzen müssen respektiert werden – bei Bedarf sollen Fachpersonen (Arzt, Ernährungsberatung, etc.) miteinbezogen werden.»

Dr. med. Emil Schalch, Hausarzt im Kanton Zug und MPK-Förderer der ersten Stunde, hielt das Abschlussreferat. Mit seinem Schlussplädoyer setzte er ein klares Zeichen für Chronic Care Management und die im Team gestaltete Patientenbetreuung. In seiner Vision ist der chronisch kranke Patient langfristig sein eigener Hauptleistungserbringer. Diesen anzuleiten, zu befähigen und auszurüsten, dafür braucht es die Medizinischen Praxisassistentinnen und -koordinatorinnen.

Fazit: Die Initianten des ersten «Argomed | FORUM» können auf einen rundum geglückten Anlass zurückblicken. Das Thema hat nicht nur die eigenen Mitglieder interessiert, auch Ärzte und MPA aus angrenzenden Regionen und Kantonen haben teilgenommen. Die Aktivitäten der Argomed zur Stärkung der Hausarztmedizin werden offensichtlich auch über das bekannte Einzugsgebiet hinaus wahrgenommen.

Argomed ist bereits an der Planung des kommenden Anlasses vom 4. April 2019. Reservieren Sie sich das Datum bereits heute.

Martina Gottburg
Kommunikation & Marketing

Sie finden alle relevanten Unterlagen und Präsentationen auf unserer Homepage [im Register Arztpraxis unter Dienstleistungen](#).

«EFAS, wir unterstützen dich!»

Die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) ist aus Sicht der Hausarztmedizin und Managed Care absolut notwendig. Deshalb setzt sich die Argomed für deren Einführung ein und bekräftigte ihre Argumente in einer, gemeinsam mit den Ärztenetzen verabschiedeten, Stellungnahme z.H. des Nationalrates vom September 2018.

Die Argomed sieht darin eine wichtige Massnahme zur Förderung der koordinierten Versorgung in verbindlichen, alternativen Versicherungsmodellen wie dem echten Hausarztmodell sowie die Korrektur eines fundamentalen Fehlreizes im Versorgungssystem.

Dr. sc. nat. Claudine Blaser
Argomed, Geschäftsführerin

Die detaillierte Stellungnahme finden Sie unter [www.argomed.ch / Patienten | Politik | Partner / Standespolitik](http://www.argomed.ch/Patienten|Politik|Partner/Standespolitik).

«Qualitätssicherung mal anders» – Einblick ins Rega-Center Zürich Flughafen



An der Generalversammlung 2018 haben die Aktionäre beschlossen, die Qualitätszirkel der Argomed Ärzte AG mit einem anteilmässigen Betrag aus der Erfolgsbeteiligung 2017 zu begünstigen. Am 18. Oktober 2018 fand die symbolische Übergabe der Förderbeiträge von insgesamt CHF 150'000.- statt.

Für die Übergabe der Förderbeiträge gab es wohl keinen passenderen Ort als das Rega-Center Zürich Flughafen. Schliesslich liegen in der Aviatik die Wurzeln der professionellen Qualitätssicherung. Rund zwanzig motivierte Qualitätszirkel-Leiter und einige Gäste mit MehrFachArzt-Zertifikat trafen sich vor den Pforten der Schweizerischen Rettungsflugwacht. Die spannenden Referate und die Besichtigung der Einsatzzentrale, des Hangars

sowie des neusten Helikopters führten zu interessanten Fragen und Gesprächen. Der krönende Abschluss war die Landung eines Rega-Jets bei Sonnenuntergang.

Die Argomed bedankt sich bei allen Leiterinnen und Leitern von Qualitätszirkeln für ihren täglichen Beitrag an Qualitätsarbeit in der Hausarztmedizin.

Michelle Stettler
Argomed, Kommunikation & Marketing

Neues vom Argomed-Team

Zum GL-Rücktritt von Dr. med. Andreas Weisshaar

Mitte Juli 2018 trat Andreas Weisshaar nach über 18 Jahren als GL-Mitglied zurück – ein Entscheid, den das ganze Argomed-Team sehr bedauert. Mit Andreas verlieren wir einen profunden Kenner und Verfechter der Managed Care-Szene seit Beginn weg, er hinterlässt hier eine grosse Lücke. In unserer gemeinsamen Zeit erlebte ich Andreas als wertvollen Diskussionspartner. Seine Ideen waren mutig, aber auch kritisch und immer praxisbezogen im Sinne der Hausarztmedizin, die ihm weiterhin am Herzen liegt. Er engagiert sich nun vermehrt im eigenen Doktorzentrum Mutschellen, welches er wesentlich mitaufgebaut hat und das nun vermehrt seinen Einsatz benötigt. Wir freuen uns, dass Andreas uns als ärztlicher Berater im Medizinischen Beirat erhalten bleibt.



Dr. med. Andreas Weisshaar

Ich möchte Andreas persönlich ganz herzlich für seine Arbeit und sein grosses Engagement im Dienste der Argomed danken. Es hat auch immer Spass gemacht mit ihm zu arbeiten und ich wünsche Andreas im Namen der Argomed für seine private und berufliche Zukunft alles Gute, hoffentlich auch mit mehr Zeit für seine Familie mit all den Enkelkindern und auch für seine Autos, die in der Garage auf ihn warten.

Dr. med. Wolfgang Czerwenka,
Verwaltungsratspräsident Argomed Ärzte AG



Caroline Fröhli

Vorstellung Caroline Fröhli, MPA-Botschafterin

Seit Juni 2018 ist Caroline Fröhli die «MPA-Botschafterin» der Argomed und bündelt die Aktivitäten im Bereich MPA und MPK. Dazu gehört auch die Förderung der Delegation von Aufgaben bei der Betreuung chronisch Kranker an die MPA/MPK. Sie hat bereits einen Abschluss als Medizinische Praxisassistentin EFZ, vertieft und ergänzt durch ihre Weiterbildung zur Medizinischen Praxis Koordinatorin (Praxisleitende Richtung) mit eidgenössischem Fachausweis, welchen sie im Frühjahr 2019 abschliessen wird. Mit dem zusätzlichen Modul-Abschluss in Beratung von Langzeitpatienten (Diabetes) erweitert sie ihr Wissen auch im Bereich «Chronic Care». Caroline arbeitet weiter als MPA in der Arztpraxis St. Wolfgang in Hünenberg und ist ausserdem als Projektkoordinatorin im Bereich Praxismanagement bei der proVIT GmbH engagiert.



Lukas Wenger

Vorstellung Lukas Wenger, Leiter eHealth und Praxislösungen

Seit August 2018 leitet Lukas Wenger den Bereich eHealth bei der Argomed. Das bedeutet für ihn, in den 17 Ärztenetzen von Argomed digitale Instrumente praxisnah ins Spiel zu bringen: im Hausarztmodell, im Praxisbetrieb und in der Medizin. Er hat sich das Wissen dazu in verschiedenen Weiterbildungen angeeignet und verfügt über Erfahrung aus 18 Jahren Tätigkeit zu Digitalisierungsthemen als externer Unternehmensberater und als interner Projektleiter in verschiedenen Branchen. Zuletzt bei IT-Projekten im Gesundheitswesen und der Telekommunikationsbranche. Während seines Geschichts- und Archäologiestudiums arbeitete er als freier Mitarbeiter einer Tageszeitung. In der Armee bekleidet er den Rang eines Offiziers.



Aargauerischer Ärzteverband

**ARGO
MED.**

Bringt Ärzte weiter



Schweizerischer Verband
Medizinischer Praxis-Fachpersonen

Neue Perspektiven für Medizinische Praxisassistentinnen – die Ausbildung zur Medizinischen Praxiskoordinatorin

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

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



WEITERE INFORMATIONEN

www.aargauer-aerzte.ch

www.argomed.ch

www.sva.ch

**ARGO
MED.**

Bringt Ärzte weiter

Argomed Ärzte AG
Bahnhofstrasse 24
CH-5600 Lenzburg
T +41 56 483 03 33
F +41 56 483 03 30
argomed@argomed.ch
www.argomed.ch

www.argomed.ch