

de FACTO

2 | 2024

Das Kunden- und Partner-Magazin der Argomed Ärzte AG

MEDITUM
HAUSÄRZTE
BREMGARTE



Medizin

Asthma für die Praxis.

Argomed

reha@home.

Argomed HausarztFORUM.

Hausarztmodell – so gefragt wie nie!

Götterdämmerung in Weiss

Hausärztin oder Hausarzt: (Alb-) Traumberuf?

ARGO
MED.

Inhalt



Editorial 03

Fokus

Götterdämmerung in Weiss 04

Hausärztin ist und bleibt mein Traumberuf 10

Am meisten begeistert mich die Vielfältigkeit und die Kontinuität der Betreuung 14

Destruktiver Rundumschlag gegen Teilzeit-Hausärztinnen 17



Medizin

Asthma für die Praxis 20

Argomed

Herzrhythmusstörungen erkennen dank längerer EKG-Messungen 24

Rezepte ohne Wartezeit anfragen 26

reha@home – Umfassende mobile Rehabilitation zu Hause 28

Argomed HausarztFORUM 2024 30

Hausarztmodell – so gefragt wie nie! 31



Impressum

Herausgeber: Argomed Ärzte AG | Bahnhofstrasse 24 | 5600 Lenzburg | T +41 56 483 03 33 | kommunikation@argomed.ch **Gesamtverantwortung:** René Stupf, Leiter Marketing & Kommunikation **Redaktion:** Dr. med. Gregor Dufner | Dr. med. Corina Omlin | Bernhard Stricker, lic. phil. | Sofé Zyberai **Konzeption & Gestaltung:** AQA AG | www.aqagentur.ch

In guter Partnerschaft:



Hausärztin (Alb-) Traumberuf?

Das Problem ist seit Jahren bekannt: Die Schweiz bildet zu wenig ärztlichen Nachwuchs aus. Es reicht für rund 60 Prozent der Ärztinnen und Ärzte, die restlichen 40 Prozent kommen aus dem Ausland. Mit der zunehmenden Feminisierung gibt es mittlerweile einen Ärztinnenanteil von 46.6 Prozent. Der Wunsch nach normalisierten Arbeitszeiten und -bedingungen führt zu einer Abbildung der tatsächlich benötigten ÄrztInnen und zeigt einen deutlichen Ärztemangel auf. Der Tarif strandet seit Jahrzehnten, der Ertrag droht zu implodieren. Nun folgt noch zusätzlich der Trend, nach den ersten Berufserfahrungen aus der Medizin auszusteigen. 2021 bezifferte das Schweizerische Gesundheitsobservatorium den Anteil von Ärztinnen und Ärzten, die gegenüber 2016–2020 nicht mehr in der Gesundheitsversorgung tätig waren, auf knapp einen Drittel (31 Prozent).



Was macht den Beruf der Hausärztin aus?

Wir führten ein Gespräch mit Dr. med. Patrizia Binz und Dr. med. Dario Pianezzi, die ein durchaus positives Fazit zu ihrer noch jungen hausärztlichen Berufstätigkeit ziehen und erzählen, was sie an ihrem Beruf besonders begeistert und wo sie Korrekturbedarf sehen.

Nicht nur zu den politischen Fragen im Zusammenhang mit Nachwuchsförderung, Numerus clausus und Aussteigerquote äussert sich Dr. med. Monika Reber Feissli, die Co-Präsidentin von mfe Schweiz. Sie gibt auch ein klares Statement: «Hausärztin zu sein ist und bleibt mein Traumberuf».

Ein negatives Laufbahnfazit, welches wir in einem Interview personalisieren wollten, aber nicht umsetzen durften, beantwortet natürlich keine Fragen, sondern wirft noch mehr auf.

Alles andere als hilfreich ist die wenig reflektierte,

emotional geleitete Kritik an teilzeitarbeitenden Hausärztinnen. Eine Replik zu einem Artikel aus der Sonntagszeitung lesen Sie in dieser Ausgabe.

Als praktische Hilfsmittel informieren wir über die Rezept-Aktualisierungen der ZurRose-Apotheke und über evismo, das die Langzeit-EKG-Diagnostik stärker mit Hausarztpraxen vernetzt.

Mit viel Liebe zum Detail hat Dr. med. Corina Omlin den Medizinteil erstellt, der uns einen hervorragenden Überblick über Asthma bronchiale bietet. Die Asthma-Übersichtstabellen, die ich seit Jahrzehnten nutze, wurden nun umfassend aktualisiert und ersetzen die bisherigen Versionen.

Eine spannende Lektüre wünscht Ihnen

Dr. med. Gregor Dufner

Hausarzt und deFACTO Redaktor



Götterdämme

in Weiss



erung

Die Zeiten, als Ärzte noch «Götter in Weiss» waren und als Heilsbringer bewundert wurden, sind vorbei. Aus dem Traumberuf Arzt droht ein Albtraumberuf zu werden. Immer mehr Ärztinnen und Ärzte denken heute über einen Berufswechsel nach oder haben ihn bereits vollzogen. Das Problem wird immer offensichtlicher und für die medizinische Grundversorgung gefährlich.

Text: Bernhard Stricker, lic. phil. Bilder: canva

Das Schweizer Gesundheitswesen steht personell unter Druck. Medizinische Fachgesellschaften sind über den Fachkräftemangel (fehlendes Personal, fehlender Nachwuchs, Sicherstellung der Weiterbildungsqualität, etc.) besorgt.

Vor allem die Nachwuchsförderung liegt im Argen. Denn die Schweiz ist stark auf den eigenen ärztlichen Nachwuchs angewiesen, tut sich aber mit der Nachwuchsförderung schwer. Ohne Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland würde das Schweizer Gesundheitssystem zusammenbrechen: Ihr Anteil liegt gemäss aktuellster Ärztestatistik (2023) inzwischen bei über 40 Prozent, Tendenz steigend. Die Schweiz braucht dringend mehr eigene Ärztinnen und Ärzte. Der Bund hat zwar 2016 eine Ausbildungsoffensive gestartet, die inzwischen Früchte zu tragen beginnt, aber nicht ausreichend ist. 2021 begannen 1730 junge Leute das Medizinstudium, was einer Steigerung von mehr als 50 Prozent entspricht. Doch das ist immer noch deutlich zu wenig. Nicht zuletzt, weil in den letzten Jahren gleich mehrere Umfragen andeuteten, dass vor allem junge Medizinerinnen und Mediziner schon frühzeitig aus dem Beruf aussteigen könnten.

Jeder und jede dritte Medizinstudierende zweifelt am Beruf

Die aktuellste Umfrage stammt vom Verband der Schweizer Medizinstudierenden (Swiss Medical Students Association – swimsa). Dieser hat 2023 eine Umfrage unter seinen 2300 Mitgliedern durchgeführt. Fazit: 34 Prozent der Medizinstudierenden überlegen sich nach den ersten Praxiserfahrungen im Spital ernsthaft, dem Arztberuf den Rücken zu kehren. Grund dafür sind die konkret erlebten Arbeitsbedingungen, aber nicht nur: Neben dem ersten intensiven Kontakt mit der Realität des ärztlichen Berufs (während des Wahlstudienjahrs) sind es vor allem auch Fragen der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die die Studierenden an ihrem Beruf zweifeln lassen.

Für Valeria Scheiwiller, Präsidentin der swimsa, ist das Resultat ein besorgniserregender Trend. Sie wusste zwar zuvor schon von Gesprächen mit ihren Studienkolleginnen und -kollegen, dass es einige gibt, die Mühe mit dem Arbeitsalltag in der Klinik hatten. Doch das konkrete Ergebnis hat sie dann doch beunruhigt. Sie schliesst daraus: «Für mich war dann klar, dass wir nun gemeinsam etwas am System verändern müssen, damit wir die angehenden Medizinerinnen und Mediziner nachhaltig und langfristig im Beruf behalten können».

«Niemand von uns hat Medizin studiert, um 80 Prozent der Zeit hinter dem Bildschirm zu verbringen.»



Die Umfrage zeigt auch, dass es bei den Studierenden eine Art «Realitätsschock» zwischen Theorie und Praxis gibt, sobald diese nach der theoretischen Ausbildung in den praktischen (Spital-)Alltag eintauchen, auch wenn sich in den letzten Jahren die universitäre medizinische Ausbildung zu einer verstärkt praxisbezogenen Ausbildung gewandelt hat. Gleichwohl sind die Studierenden im Spitalalltag nach wie vor mit Ineffizienzen, einer hohen Bürokratielast und vor allem mit der fehlenden Digitalisierung des Spitalalltags konfrontiert, was gerade die digitalaffine «Generation Z» (zu der die Befragten gehören) besonders stört.

Scheiwiller spricht in diesem Zusammenhang vom Gefühl, «in der digitalen Steinzeit gelandet zu sein» und ergänzt: «Dies ist für viele frustrierend, schliesslich hat niemand von uns Medizin studiert um 80 Prozent der Zeit hinter dem Bildschirm zu verbringen, Medikamenten-Listen anzufordern, Diagnose-Listen abzutippen, Dokumente einzuscannen, etc.»

Auch viele Assistenzärztinnen und -ärzte haben genug vom Beruf

Die swimsa-Umfrage bestätigt einen Trend, der zuvor durch andere ärztliche Berufsverbände bereits nachgewiesen wurde. Zum Beispiel die Umfrage des Verbands Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) aus dem Jahr 2022 (durchgeführt vom Institut DemoSCOPE). Diese zeigte vor allem auf, dass die überlangen Arbeitszeiten das dominierende Thema sind: 68 Prozent der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte fühlen sich immer häufiger müde, ausgelaugt und erschöpft, weil ihre Arbeitszeitbelastung in vielen Fällen über das vom Arbeitsgesetz gestattete Mass (50 Stunden) hinausgeht. Bei der letzten Umfrage 2019 waren es noch 56 Prozent.

Diese Erfahrung berührt offenbar auch die grundsätzliche Einstellung zu ihrem Beruf: 52 Prozent der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte denken neu-

erdings auch ans Aufhören. Bei der letzten Befragung waren es noch 39 Prozent.

Für VSAO-Präsident und Hausarzt Angelo Barrile sind diese Ergebnisse alarmierend: «Für Ärztinnen und Ärzte ist diese Realität enorm frustrierend. Wir haben unseren Beruf gewählt, weil wir uns um Patientinnen und Patienten kümmern und sie behandeln möchten. Stattdessen verbringen gerade Spitalärztinnen und -ärzte mittlerweile oft weniger als einen Drittel ihrer Zeit mit den Patientinnen und Patienten.»

Dazu kommt, dass die zu hohen Arbeitszeiten auch Auswirkungen auf die Qualität der Arbeit und die Sicherheit der Patientinnen und Patienten haben: «Diese Realität drückt nicht nur auf die Motivation des gut ausgebildeten Gesundheitspersonals, sondern sie ist auch eine enorme Fehlerquelle. Wir müssen also im Sinne des Patientenwohls und der Qualität unseres Gesundheitswesens dringend handeln.»

Der VSAO lancierte deshalb im Frühjahr 2023 das Modell «42-plus-4»: 42 Stunden Patientenbetreuung und vier Stunden Weiterbildung. Dieses Modell wurde als Pilotprojekt vom Institut für Intensivmedizin am Universitätsspital Zürich (USZ) erfolgreich getestet: Die 42-Stunden-Woche entlastet die Mitarbeitenden und garantiert dem ärztlichen Nachwuchs, die vier Stunden Weiterbildung innerhalb der Arbeitszeit zu absolvieren. Seit Januar 2024 hat auch die Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland (IPW) das «42+4 Modell» für ihre Assistenzärztinnen und -ärzte eingeführt. Im Spital Thurgau AG werden sogar acht Stunden strukturierte Weiterbildung für Assistenzärztinnen und -ärzte gewährleistet. Damit dies möglich ist, übernehmen Pflegefachpersonen in Delegation einen Teil der ärztlichen Aufgaben. Solche Arbeitsmodelle sind attraktiv und beliebt, jedoch bleibt die Finanzierung eine Herausforderung.



«Die Schweiz muss vor allem die Universitäten darauf ausrichten, neben Spitzenmedizin die Grundversorgung zu lehren.»

Die OBSAN-Strukturerhebung bestätigt einen langfristigen Trend in der Medizinbranche.

Etwas weiter zurück liegt eine Analyse des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (OBSAN). Dieses hat auf der Basis einer Strukturerhebung zwischen 2016 und 2018 im Jahr 2021 einen Bericht mit dem Titel «Berufsaustritte und Bestand von Gesundheitspersonal in der Schweiz» veröffentlicht. Der Bericht besagt: «Die Ergebnisse zeigen, dass knapp ein Drittel (31 Prozent) der Ärztinnen und Ärzte nicht (mehr) in der Gesundheitsversorgung tätig sind... Bei den Ärztinnen und Ärzten fällt zudem der hohe Anteil bei den Berufsaustritten der unter 35-Jährigen auf.»

Dieses Ergebnis lässt gemäss OBSAN zwei Interpretationen zu: «Einerseits könnte dies auf einen Generationeneffekt hinweisen, andererseits könnte das Ergebnis auch so interpretiert werden, dass Ärztinnen und Ärzte eher zu Beginn ihrer Karriere aussteigen und dann, wenn sie ihre Weiterbildung zum Facharzt bzw. zur Fachärztin abgeschlossen und eine Praxis eröffnet haben, nicht mehr um- oder aussteigen.»

SGAIM: Bis 2033 braucht die Schweiz über 2300 neue Allgemeininternistinnen und -internisten

Beunruhigt und vorwiegend betroffen durch die drohenden Berufsabgänge der jungen Medizinerinnen und Mediziner sind vor allem die Hausärztinnen und Hausärzte, bzw. ihre beiden Berufsverbände, die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) und der Verband der Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte Schweiz (mfe).

Prof. Dr. Sven Streit

Gemäss einer neuen Workforce-Studie der SGAIM verschwinden in den nächsten zehn Jahren 44 Prozent der Arbeitskräfte in der Allgemeinen Inneren Medizin, vor allem aufgrund von Pensionierungen und der Reduktionen von Arbeitspensen.

Aus Sicht der SGAIM braucht es gemäss Prof. Dr. Sven Streit, dem wissenschaftlichen Leiter der Studie, Massnahmen auf mehreren Ebenen, um eine drohende Versorgungslücke zu verhindern. Die Schweiz müsse vor allem die Universitäten darauf ausrichten, neben Spitzenmedizin die Grundversorgung zu lehren. Entscheidend sei aber, die Zahl der Studienplätze in der Humanmedizin zu erhöhen – auch wenn sie in den letzten Jahren bereits ausgebaut wurde.

Streit konkretisiert das Ergebnis so: «In zehn Jahren fällt annähernd die Hälfte der heutigen Allgemeinmediziner weg. Das sind über 2300 Vollzeitstellen bis 2033.»

Erschwerend komme dazu, dass es bereits heute eine Unterversorgung gebe und dass es in zehn Jahren gleichzeitig noch ein Bevölkerungswachstum von elf Prozent geben werde. Und das bei steigender Lebenserwartung und zunehmender Zahl von Patientinnen und Patienten.

Auch der Verband der Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte Schweiz (mfe), der «politische Arm» der SGAIM, ist aktiv geworden und hat 2022 den «Masterplan Nachwuchs» ins Leben gerufen und eine Petition lanciert (Details dazu siehe Interview mit Dr. med. Monika Reber auf Seite 10).

Numerus Clausus steht vor dem Aus

Alle Versuche, den Numerus Clausus (NC) als Zulassungsverfahren für das Medizinstudium abzuschaffen, scheiterten in der Schweiz bislang am Widerstand der Politik. Nun könnte allerdings das Aus kommen: Am 11. März 2024 hat der Nationalrat eine Motion von Mitte-Nationalrat Benjamin Roduit (VS) mit 144 zu 43 Stimmen angenommen, die die Abschaffung des Numerus Clausus fordert. Nun liegt das Geschäft beim Ständerat.

Der ehemalige Rektor eines Walliser Gymnasiums kritisierte in der Debatte vor allem, dass heute rund 65 Prozent aller Schweizer Jugendlichen, die Medizin stu-

dieren wollen, keinen Studienplatz bekommen. Dabei wären laut Roduit viele von ihnen fähig, das Studium zu absolvieren und gute Ärztinnen und Ärzte zu werden, die das Land so dringend brauche.

Die FMH hat sich bereits im Jahr 2017 gegen den Numerus Clausus als einziges Mittel der Zulassungsbeschränkung zum Medizinstudium ausgesprochen. In einer Stellungnahme heisst es, dass der NC zwar die kognitiven Leistungen überprüft, aber keine Aussage über die Sozialkompetenz und die emotionale Intelligenz der Studienanwärter zulasse. Genau diese Fähigkeiten seien allerdings für die Berufstätigkeit wichtig. FMH-Präsidentin Yvonne Gilli betont aber auch, dass sich durch veränderte Zulassungsverfahren allein der Hausärztemangel in der Schweiz noch nicht lösen lasse. Um dieses Problem anzugehen, würden mehr Master-Studienplätze für angehende Medizinerinnen und Mediziner benötigt. Auch die FMH spricht sich daher dafür aus, die Zahl der Studienplätze zu erhöhen und Ärzte wieder vermehrt in der Schweiz auszubilden. ■

«Was ist mit dem Nachwuchs los?» – Eine Kontroverse

Eine neue Generation von Ärztinnen und Ärzten hat ein neues Berufsverständnis und grenzt sich deutlich von früheren (Ärzte-)Generationen «alter Schule» ab. Zu einer medialen Kontroverse zwischen zwei Generationen von Ärztinnen und Ärzten kam es letzten Herbst in der NZZ, als Professor Thomas F. Lüscher (Professor für Kardiologie und kardiovaskuläre Physiologie an der Universität Zürich) als Vertreter der alten Generation einen Gastbeitrag schrieb mit dem Titel «Götter in Weiss» – aber was ist eigentlich mit dem Nachwuchs los?» (NZZ 22.08.2023)

Darin stellte er u.a. fest, dass sich junge Ärzte und Ärztinnen immer öfter über Erschöpfung, Angstzustände und Burnout beklagen und die 42-Stunden-Woche bei gleichem Lohn fordern. Es mangle ihnen an Resilienz und an der Fähigkeit, mit Belastung umzugehen, monierte er, und fragte sich (und die Leserschaft): «Was ist mit dem Nachwuchs los?» Die Antwort gab er gleich selbst: «Wir erleben einen unaufhaltsamen Wandel von der Helden- zur Opferkultur. Life-Work-Balance ist wichtiger als Karriere, ein Teilzeitjob scheint der Traum der jüngsten Generation. Vergessen wird, dass es am Anfang jeder Berufsausübung Einsatz braucht, man lernt für die Zukunft nicht mit reduzierten Arbeitszeiten.» Er kommt zum Schluss: «Eine Schönwetterhaltung scheint sich durchzusetzen; die Arbeit muss easy und fun sein. Jeder muss seine Nische finden, aber reifen kann man nur an Herausforderungen und nicht durch Rückzug ins Schneckenloch des Ichs. Wir sind weniger resilient geworden, anfällig für Mikroaggressionen und Stress.»

Dem widersprach Angelo Barrile, der Präsident der VSAO. In seiner Replik antwortete er in der NZZ vom 13.09.2023: Statt nach den Ursachen zu fragen, was mit dem Gesundheitswesen los sei, werde das Problem bei der jungen Ärzteschaft gesucht.

Barrile: «Ja, die jungen Ärztinnen und Ärzte wollen neben ihrem Beruf mehr Zeit für anderes haben. Daraus zu schliessen, sie seien faul und verweichlicht, ist aber schlicht falsch. Wenn jemand seine Zeit lieber für sich, seine Familie oder andere Aktivitäten nutzt, anstatt wenig ergiebige Stunden im Spital abzusetzen, ist das nachvollziehbar.»

Er argumentiert: «Diese jungen, engagierten Menschen haben schon vor und während des Studiums bewiesen, dass sie leistungsfähig und hochmotiviert sind. Sie brennen für ihren Beruf und setzen sich gerade deshalb für Verbesserungen ein – damit der Arztberuf ein Traumberuf bleiben kann. Diese Energie sollten wir nutzen und gemeinsam für nachhaltige Arbeitsbedingungen entstehen. Nur so wird es gelingen, die dringend benötigten Fachkräfte weiterhin für den Beruf zu begeistern und sie im Gesundheitswesen zu halten.»

Ärztinnen und Ärzte Zahlen und Fakten

Quelle: FMH Aerztestatistik 2023

59.6%
Schweizer:innen



40.4%
Ausländer:innen

Geschlecht



32%

der Praxen, nehmen seit 2012 keine neuen Patient:innen mehr auf

Ärztenschaft

26 527

Ärzte

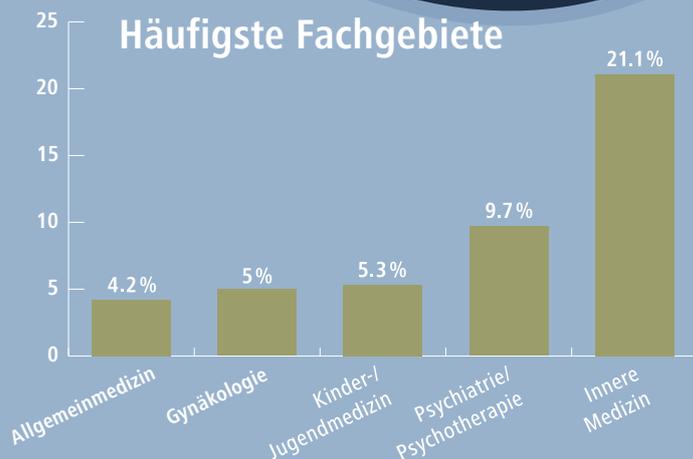
14 573

Assistenzärzte

Durchschnittsalter



Häufigste Fachgebiete



«Hausärztin zu sein ist und bleibt mein Traumberuf»

Interview mit Dr. med. Monika Reber Feissli, Co-Präsidentin Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe).

Interview: Bernhard Stricker, lic. phil. Bild: mfe Schweiz

Gemäss einer Umfrage des Verbandes der Schweizer Medizinstudierenden (SWIMSA) 2023 überlegen sich 34 Prozent der Medizinstudierenden nach den ersten Praxiserfahrungen im Spital aus dem Beruf auszusteigen. Wie interpretieren Sie dieses Resultat?

Dr. med. Monika Reber: Diese «Drop-outs» dürfen nicht sein und bereiten uns grosse Sorgen. Wir können sie uns aufgrund des Fachkräftemangels schlicht nicht leisten und sie verschärfen die bereits angespannte Situation in der Grundversorgung. Nebst einer sorgfältigen Analyse, weshalb es zu diesen Ausstiegen kommt, braucht es auch Sofortmassnahmen, um diesen Trend zu stoppen.

Diese Umfrage zeigt auch, dass es bei den Studierenden einen «Realitätsschock» zwischen Theorie und Praxis gibt, sobald diese nach der theoretischen Ausbildung in den praktischen (Spital-) Alltag eintauchen.

Ist das ein Problem der Aus- und Weiterbildungsstruktur? Oder ist das ein Charakteristikum der Generation Z, zu der die Befragten gehören?

Da dürften diverse Faktoren mitspielen. Wichtiger als Generationendiskussionen sind für mich zukunfts-fähige Lösungsansätze. Entscheidend ist einerseits gutes Teaching, und da müssen wir auf allen Stufen ansetzen, was auch heisst, dass den Lehrpersonen genügend Zeit zur Verfügung gestellt werden muss, was bei Zeit- und Kostendruck allerdings schwierig ist. Ausbildung ist eine Aufgabe, die Zeit braucht und die auch angemessen vergütet werden sollte. Andererseits sind die Studierenden vor allem auch frustriert durch die Tatsache, dass sie und ihre Ausbilder und Ausbilderinnen viel mehr Zeit mit Administration als mit wirklich ärztlichen Aufgaben verbringen. Mit der Verbesserung der Digitalisierung und Personalstruktur Anpassungen in den Spitälern besteht hier ein grosses Verbesserungspotential.

Die SWIMSA-Umfrage bestätigt einen Trend, der durch andere ärztliche Berufsverbände schon vorgezeichnet wurde. So meldete der VSAO 2016, dass jeder zehnte Assistenzarzt oder jede zehnte Assistenzärztin den Beruf vorzeitig verlassen will. Und auch eine aktuelle Studie der FMH zeigt, dass ein Teil der Ärzteschaft einen Ausstieg in Betracht zieht. Was ziehen Sie daraus für Schlüsse?

Die Bedürfnisse haben sich verändert, deshalb müssen sich auch die Rahmenbedingungen verändern. 60–70 Stundenwochen sind heute nicht mehr akzeptiert – insbesondere nicht wenn zwei Drittel davon administrative Stunden betreffen. Es braucht ein



Dr. med. Monika Reber Feissli

Die Hausärztin Dr. med. Monika Reber Feissli, die in Langnau im Emmental in der eigenen Hausarztpraxis arbeitet, ist im Mai 2024 (zusammen mit Dr. med. Sébastien Jotterand) zur Co-Präsidentin von Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe) gewählt worden. Sie bringt viel standespolitische Erfahrung mit ins neue Amt. Sie war u. a. Mitgründerin der JHaS (Junge Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte Schweiz) und langjährige Co-Präsidentin des VBHK (Verband der Berner Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte).



Wichtiger als die Frage nach dem Numerus Clausus ist die Anzahl der zur Verfügung gestellten Studienplätze. Diese müssen erhöht werden.

gutes Konzept, um den Arztberuf in allen Bereichen attraktiv zu gestalten. Die Aus- und Weiterbildung muss sowohl den Bedürfnissen der Ärztinnen und Ärzte und denen der Bevölkerung angepasst werden. Gute Rahmenbedingungen und bestmögliche Vorbereitung auf die spätere Arbeit sind zentral.

Die Schweiz ist wie nie zuvor auf den eigenen ärztlichen Nachwuchs angewiesen, tut sich aber schwer mit der Nachwuchsförderung. Nun hat mfe 2022 den «Masterplan Nachwuchs» lanciert. Was bezweckt er? Und löst er das Nachwuchsproblem?

Zur Lösung des Nachwuchsproblems müssen alle mitziehen und deshalb sind in der Steuergruppe für den «Masterplan Nachwuchs» diverse Partnerorganisationen (wie Junge Hausärzte Schweiz, Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin, Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie, Kollegium für Hausarztmedizin, Swiss Academy of Family Medicine) vertreten. Mit diesem Masterplan intensiviert mfe sein Engagement für die Nachwuchsförderung. Auf dieser Grundlage wurde erst kürzlich eine Liste mit 17 wichtigen Massnahmen und Forderungen aus den Themen Ausbildung, Weiterbildung und Rahmenbedingungen erarbeitet. In einer Vernehmlassungsantwort an das SBFI (Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation) zur Botschaft 2025–2028 wurde daraus ein konkretes Massnahmenpaket formuliert und eingereicht. Insgesamt werden CHF 205 Mio. an Bundesmitteln zur Förderung der Haus- und Kinderarztmedizin beantragt. CHF 100 Mio. sollen davon in ein Sonderprogramm Humanmedizin fliessen, weitere CHF 105 Mio. sollen zur Förderung der Haus- und Kinderarztmedizin in der Aus- und Weiterbildung eingesetzt werden. Der «Masterplan Nachwuchs» ist ein wichtiges Instrument zur Lösung des Nachwuchsproblems, aber nicht das einzige.

Braucht es Ihrer Meinung nach den Numerus Clausus in der Medizin heute noch?

Wichtiger als die Frage nach dem Numerus Clausus ist die Anzahl der zur Verfügung gestellten Studienplätze. Diese müssen erhöht werden. Das ist der wichtigste und dringendste Schritt momentan.

Eine neue Generation von Ärztinnen und Ärzten hat ein anderes, neues Berufsverständnis als die Generationen zuvor und fordert zum Beispiel eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben und will nur noch Teilzeit arbeiten. Was heisst das für die (Zivil-) Gesellschaft und vorab für die Patientinnen und Patienten? Muss das Berufsbild des Arztes aus Sicht der Patienten «neu definiert» werden?

Es ist richtig, dass heute ein anderes Berufsverständnis vorherrscht. Unser Beruf ist tagtäglich eine grosse Herausforderung. In Kombination mit den gesellschaftlichen Entwicklungen ist es richtig und wichtig, dass die Ärztinnen und Ärzte auf sich schauen und eine gute Work-Life-Balance für sich finden. Für die Patientinnen und Patienten heisst das, dass sie immer noch sehr gut betreut sind, aber vielleicht nicht immer von derselben Person, sondern von einem Team von Ärztinnen, Ärzten und interprofessionellen Partnern. In diversen Bereichen kann das auch ein grosser Gewinn sein, beispielsweise bezüglich Qualität und Kontinuität.

In der Volksabstimmung vom 18. Mai 2014 sagte die Schweizer Bevölkerung Ja zur Hausarztmedizin, indem sie dem Gegenvorschlag des Bundesrates zur Hausarztinitiative mit 88 Prozent zustimmte. Warum ist Ihrer Meinung nach auch zehn Jahre nach diesem Triumph der Hausärztemangel nach wie vor akut? Haben es die Hausärzte verpasst, aus dem politischen Sieg konkretes hausärztliches Kapital zu schlagen? Und hat der Massnahmenplan Hausarztmedizin (von Bundesrat Berset initiiert) nicht gereicht?

Das ist eine gute Frage. Wir haben in den letzten Jahren viel erreicht. Die Hausarztmedizin hat ihr Image massiv verbessert, auch bei den Rahmenbedingungen sind wir einen guten Schritt weitergekommen. Aber ja, das klare Commitment der Schweizer Bevölkerung wurde noch ungenügend umgesetzt. Diese Woche hat sich der Kantonsrat in Zürich einstimmig für eine Stärkung der Hausarztmedizin ausgesprochen – die Unterstützung der Politik wächst und muss jetzt einfach gegenüber anderen Interessen standhalten.

Welches sind aus Ihrer Sicht die Hauptmassnahmen, um die medizinische Grundversorgung durch die Hausarztmedizin in der Schweiz langfristig zu sichern?

Diese vier Massnahmen fordern wir in einer Petition:

- Mehr Medizinstudienplätze: Die Anzahl an Medizinstudienplätzen muss von 1300 auf 1800 steigen – mit einem neuen Investitionspaket zugunsten der medizinischen Fakultäten an den Universitäten.

- Mehr Medizinstudentinnen und -studenten für die Haus- und Kinderarztmedizin: In Zukunft müssen mindestens 50 Prozent der Medizinstudentinnen und -studenten die Haus- und Kinderarztmedizin wählen, um den künftigen Bedarf zu decken. Dafür braucht es eine stärkere und attraktivere Hausarztmedizin an den Universitäten.
- Mehr Praxisassistentenstellen: Damit alle künftigen Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte praktische Erfahrungen sammeln können und sich für den Einstieg in die Praxis entscheiden, braucht es eine Erhöhung der Zahl der Praxisassistentenstellen während der Weiterbildung von heute 280 auf neu 720.
- Ein «Impulsprogramm Hausarztmedizin»: Für all diese und weitere begleitende Massnahmen brauchen wir ein «Impulsprogramm Hausarztmedizin». In der BFI-Botschaft 2025–2028 müssen dafür zweckgebunden CHF 200 Mio. Franken bereitgestellt werden.

Heute sind die Hausärztinnen und Hausärzte auf nationaler Ebene in der politischen mfe (Hausärzte Schweiz) und in der wissenschaftlich-medizinischen SGAIM (Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin) organisiert. Wie funktioniert diese Zusammenarbeit aus Ihrer Sicht, da Sie Teil der mfe sind? Gibt es Optimierungspotenzial?

Beide Verbände leisten in ihrem Bereich sehr gute Arbeit und haben in den letzten Jahren starke Zeichen in Ausbildung und Politik gesetzt. Ein Wunsch von mir für die Zukunft wäre, dass wir unsere Kräfte noch stärker gemeinsam einsetzen und besser koordinieren – wir haben die gleichen Ziele und diese können wir nur gemeinsam erreichen. Vor allem im Bereich Nachwuchs ist eine stärkere Zusammenarbeit sicherlich ein wichtiger Punkt.

Sie sind im Mai 2024 zur Co-Präsidentin von Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe) gewählt worden. Welches sind für Sie die prioritären Ziele, die Sie als Co-Präsidentin realisieren möchten?

Die Nachwuchsförderung ist sicherlich eine meiner Kernaufgaben. Aber natürlich ist auch TARDOC (Tarifstruktur für ärztliche Leistungen) ein grosses, hochaktuelles Thema. Dies wird jetzt aber endlich eingeführt.

Gleichzeitig sollen aber auch Pauschalen für ambulante Behandlungen eingeführt werden. Die beiden bisher getrennt voneinander erarbeiteten Tarifstrukturen müssen jetzt aufeinander abgestimmt werden,

insbesondere in Bezug auf die Kostenneutralität und die Koordination, dies in Form eines Umsetzungsvertrags. Diese Forderungen – vor allem die Kostenneutralität – dürfen sich aber unter keinen Umständen zu Ungunsten der Haus- und Kinderarztmedizin auswirken! Damit würden alle Anstrengungen für unseren Nachwuchs erfolglos bleiben.

Und als dritten Punkt möchte ich unseren Verband und vor allem die Standespolitik attraktiv für junge Haus- und Kinderärztinnen machen und aufzeigen, dass sich eine Mitgliedschaft und persönliches Engagement lohnen.

Welchen Stellenwert hat für Sie die hausärztlich koordinierte Medizin (Managed Care) heute?

Managed Care ist ein grosser Erfolg und wichtiger Pfeiler in unserer Grundversorgung – die grosse Mehrheit der Patientinnen und Patienten schliessen sich einem Hausarztmodell an. Dies einerseits, um Zugang zur Grundversorgung zu haben und andererseits, um von Prämienvergünstigungen zu profitieren. Der erste Punkt wird mit zunehmendem Haus- und Kinderärztemangel künftig wichtiger werden.

Warum sind Sie Hausärztin geworden? Würden Sie diesen Beruf nochmals wählen?

Hausärztin ist und bleibt mein Traumberuf. Während der Aus- und Weiterbildung habe ich zwar kurz auch mit Kardiologie und Chirurgie geliebäugelt. Die langfristige Patientenbeziehung, das Arbeitsumfeld ambulant, aber doch gut vernetzt und die Aussicht auf weitgehend selbstbestimmte Arbeit in der Praxis, welche ich mit Familie und persönlichen Interessen in Einklang bringen konnte, haben mich überzeugt. In meiner Praxis bestätigt mich der Berufsalltag täglich in dieser Entscheidung. Und ja, ich würde wieder Hausärztin werden. Damit das auch für junge Menschen ein Traumberuf bleibt und ich meine in Teilaspekten unseres Berufsalltags und der Gesundheitsversorgung vorhandene Unzufriedenheit und z.T. auch Ärger konstruktiv nutzen kann, engagiere ich mich standespolitisch.

Vielen Dank, Frau Reber, für dieses Interview. ■

Allgemeinmedizin: Geprägt von Vielfalt und Kontinuität

Warum gibt es immer noch oder immer mehr HausärztInnen-Mangel? Was macht diesen Job denn noch attraktiv? Und warum wählen diesen Weg trotzdem auch heute noch junge Ärztinnen und Ärzte? Was sind ihre Gründe und was müsste sich trotzdem verbessern für die Zukunft.

Interview: Dr. med. G. Dufner, lic. phil. B. Stricker und Dr. med. C. Omlin Bilder: ???

Dr. med. Patrizia Binz (PB), eine junge Hausärztin aus dem Kanton Bern und Dr. med. Dario Pianezzi (DP), ein junger Hausarzt aus dem Kanton Zug, sind uns Red und Antwort gestanden und zeigen uns, warum es sich doch noch lohnt!

Warum sind Sie Hausärztin oder Hausarzt geworden? Würden Sie diesen Beruf nochmals wählen?

PB: Ich habe früh im Studium gemerkt, dass es mir ein Anliegen ist, einen Menschen in seiner Gesamtheit und über einen längeren Zeitraum begleiten zu können. Da dieser Wunsch erfüllt wurde, würde ich immer wieder den Beruf der Hausärztin wählen.

DB: Ich bin Hausarzt geworden, weil ich die langfristige Betreuung von Patientinnen und Patienten schätze und die Vielfalt der medizinischen Fälle spannend finde. Die Möglichkeit, Menschen in verschiedenen Lebensphasen zu begleiten und eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung aufzubauen, ist für mich sehr erfüllend. Daher also Ja, ich würde diesen Beruf definitiv wieder wählen, da er es mir erlaubt, einen direkten Einfluss auf das Wohlbefinden meiner Mitmenschen auszuüben.

Was begeistert Sie am meisten am Hausarztberuf? Und was bereitet Ihnen am meisten Mühe?

PB: Ich empfinde es als ein grosses Privileg als Hausärztin eine Vertrauensperson für ganze Familienverbände werden zu dürfen. Die Tatsache, dass man viele Patient:innen regelmässig sieht und sie in der ganzen Bandbreite von Erkrankungen und Sorgen beraten kann, schafft eine Vertrauensbasis, welche aus meiner Erfahrung z. B. im Spitalalltag schwieriger zu erreichen ist.

Die politischen Entscheide der letzten Monate und Jahre haben unseren Alltag aus meiner Sicht erneut erschwert. Ich bemerke bei mir zunehmend eine grosse Sorge, ob wir unsere Patient:innen weiterhin so gut versorgen können wie bis anhin. So wird es bei uns im Kanton Bern nach Spitalschliessungen zunehmend schwierig, Personen in Spitälern zuzuweisen oder Termine bei Spezialist:innen zu erhalten.

DP: Am meisten begeistert mich die Vielfältigkeit und die Kontinuität der Betreuung. Jeden Tag begegnen mir unterschiedliche Herausforderungen, kein



Tag gleich dem anderen und ich kann Patientinnen und Patienten über Jahre hinweg begleiten und ihre gesundheitliche Entwicklung beobachten. Dabei habe ich die Möglichkeit, präventiv zu arbeiten und somit langfristig positive gesundheitliche Veränderungen zu bewirken.

Am meisten Mühe bereitet mir der administrative Aufwand, der oft zeitintensiv und manchmal frustrierend ist. Die Bürokratie kann von der eigentlichen Patientenbetreuung ablenken.

Wie könnte man den Hausarztberuf (vor allem für Berufseinsteiger) attraktiver gestalten?

PB: Die Tendenz weg von der Einzelpraxis zur Gruppenpraxis, welche mehr Flexibilität und Teilzeitarbeit sowie Teamarbeit möglich macht, hat es für die aktuell praktizierende Generation bereits attraktiver gemacht. Mit der lange erwarteten Einführung des TARDOCs wird hoffentlich ein weiterer Schritt gemacht, um die Wertschätzung des ambulanten Bereichs zu erhöhen.

«Die Kontinuität in der Patientenbetreuung ermöglicht eine langfristige, vertrauensvolle Beziehung zu den Patienten.»

Dr. med. Dario Pianezzi

DP: Um den Beruf attraktiver zu gestalten, sollte man die administrativen Aufgaben reduzieren und mehr Unterstützung durch nicht-medizinisches Personal anbieten, was den Praxiseinstieg oder eine Praxisübernahme erleichtern kann. Zudem wären flexible Arbeitszeitmodelle und die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie wichtige Massnahmen. Auch eine bessere finanzielle Vergütung und gezielte Förderprogramme für junge Ärztinnen und Ärzte könnten den Einstieg in den Hausarztberuf erleichtern und junge Menschen überzeugen, diesen Karriereweg zu beschreiten.

Was würden Sie lieber heute als morgen im Gesundheitswesen verändern?

PB: Die zunehmende Profitorientiertheit des Gesundheitswesens schafft in meinen Augen immer mehr Konflikte. In einer für mich optimalen Welt würden stationärer und ambulanter Bereich, Versicherungen sowie die Pharmabranche zum Wohle aller Patient:innen zusammenarbeiten. Ich bin noch naiv genug, um an dieser Hoffnung festzuhalten.

DP: Ich würde die Bürokratie und den administrativen Aufwand im Gesundheitswesen reduzieren. Zudem wäre eine faire und transparente Vergütung für alle medizinischen Leistungen notwendig. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Förderung der digitalen Infrastruktur, um den Informationsaustausch und die Effizienz im Gesundheitswesen zu verbessern.

Welches sind aus Ihrer Sicht die Hauptmassnahmen, um die medizinische Grundversorgung durch die Hausarztmedizin in der Schweiz langfristig zu sichern?

PB: Der Kernpunkt ist meiner Meinung nach die weitere Förderung der Hausarztmedizin bei den Studierenden und Assistent:innen. Das bedeutet für mich, dass die Attraktivität des ambulanten Allgemeinmedizin-Bereichs gesteigert werden muss. Da die

Arbeitssituation mit zunehmendem Fachkräftemangel momentan tendenziell schlechter wird, beisst sich die Katze da in den Schwanz.

Ich erlebe weiterhin, dass junge Kolleg:innen Fachbereiche mit höheren Verdienstmöglichkeiten wählen. Hier wäre sicherlich noch Potential zur Steigerung der Attraktivität vorhanden.

DP: Die Hauptmassnahmen umfassen die Förderung und Unterstützung von Nachwuchsärzt:innen, um den Nachwuchsmangel zu bekämpfen, sowie die Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch flexible Arbeitszeitmodelle eine angemessene Vergütung. Zudem sollte der Zugang zu Fort- und Weiterbildungen erleichtert und die Attraktivität des ländlichen Raums gesteigert werden, um auch dort eine adäquate Versorgung sicherzustellen.

Welche Vorteile hat die Arbeit in der Hausarztpraxis im Vergleich zur Spitalarbeit?

PB: Ein grosser Unterschied ist sicherlich der Wegfall der Schichtarbeit im ambulanten Bereich. Dies ermöglicht eine deutlich einfachere Planung des Sozial- und Familienlebens. Die bereits erwähnte Langzeit-Begleitung von Menschen macht für mich den zweiten wichtigen Unterschied aus.

DP: Die Arbeit in der Hausarztpraxis bietet eine grössere Autonomie und Flexibilität. Die Kontinuität in der Patientenbetreuung ermöglicht eine langfristige, vertrauensvolle Beziehung zu den Patient:innen. Man hat ausserdem mehr Freiheit in der Gestaltung des Arbeitsalltags und kann individuellere Behandlungsansätze verfolgen. Und nicht zuletzt ist die Arbeitsumgebung oft familiärer und persönlicher im Vergleich zur Spitalarbeit, was mir persönlich wichtig ist.

Welches Thema oder welche Forderung möchten Sie zum Schluss noch erwähnen?

PB: Die Zusammenarbeit mit Versicherungen (KV, UV, IV) empfinde ich als zunehmend zeitraubend und wenig kooperativ beim gemeinsamen Ziel einer guten Gesundheitsversorgung unserer Gesellschaft. Hier sehe ich grosses Potential einer politischen Neuregelung.

DP: Ich möchte betonen, wie wichtig Prävention und Gesundheitsförderung im hausärztlichen Bereich sind. Oft wird zu wenig in präventive Massnahmen investiert, obwohl sie langfristig die Gesundheit der Bevölkerung verbessern und Kosten im Gesundheitswesen senken könnten. Es wäre wünschenswert, dass dies stärker in den Fokus rückt. ■



Dr. med. Patrizia Binz

Dr. med. Patrizia Binz ist im Kanton Bern aufgewachsen und hat dort auch Medizin studiert. Ihre Ausbildung hat sie im Ziegler- und Tiefenausspital, sowie im Walk-in-Notfall in Bern, aber auch in der psychiatrischen Klinik und in der pädiatrischen Praxis gemacht. Ihr breites Wissen wendet sie seit 2019 in der Praxis für Allgemeinmedizin MEDILEE in Urtenen-Schönbühl an. In der Freizeit unterstützt sie mit Leidenschaft den regionalen Fussballclub Young Boys oder geht auf Reisen mit ihrem Mann und ihren beiden Kindern.

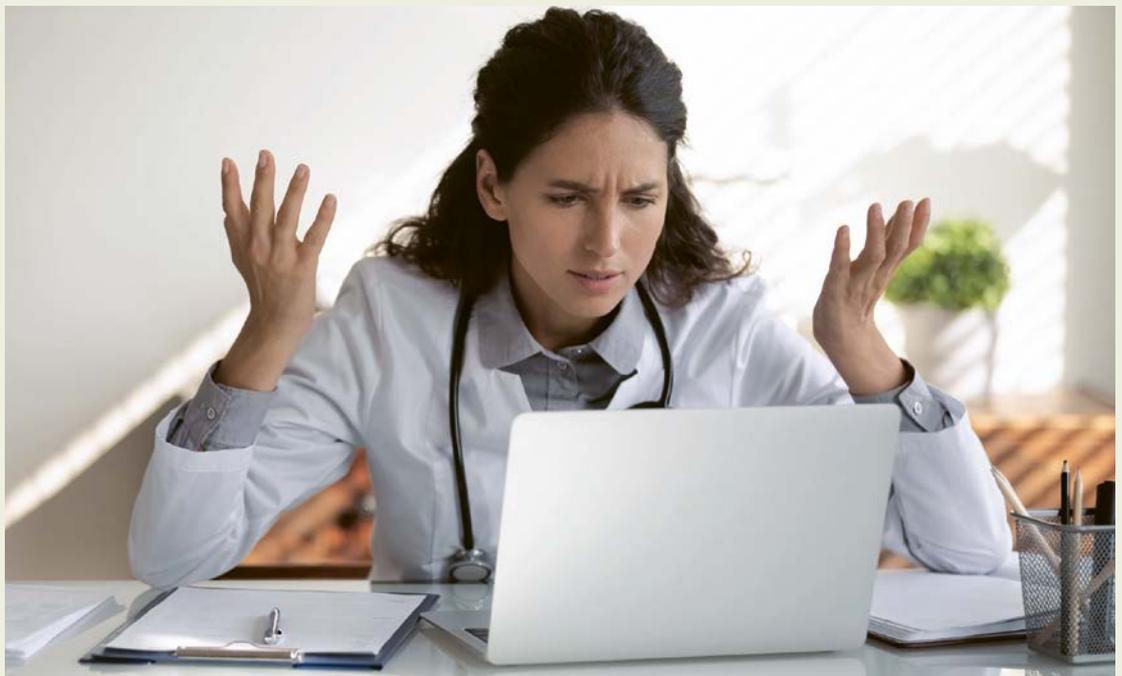


Dr. med. Dario Pianezzi

Dr. med. Dario Pianezzi ist Hausarzt und führt eine erfolgreiche Gruppenpraxis in Walchwil im Kanton Zug. Er hat in Fribourg und Bern Medizin studiert und auf der Chirurgie und Inneren Medizin am Zuger Kantonsspital sowie auf der interdisziplinären Notfallstation in Luzern gearbeitet. Nebst der Praxistätigkeit ist er Präsident des Zuger Netzwerkes zu:care. Dario Pianezzi ist verheiratet und Vater von zwei Kindern.

Destruktiver Rundumschlag gegen Teilzeit-Hausärztinnen

In der Sonntagszeitung vom 4. August 2024 hat die Journalistin Bettina Weber einen Artikel mit dem Titel «Wenn Teilzeit nervt» geschrieben, in dem sie vor allem Hausärztinnen kritisiert, die Teilzeit arbeiten. Dazu nehmen nachfolgend die teilzeitarbeitende Hausärztin Dr. med. Corina Omlin und der Hausarzt Dr. med. Gregor Dufner – beide Mitglieder der Defacto-Redaktion – Stellung.



«Wann ist gut genug?»

Liebe Frau Weber

Vielen Dank für Ihren «ausführlich recherchierten und wissenschaftlich fundierten» Artikel basierend auf der Meinung von zwei Ärzten (keine Hausärztinnen wohlverstanden) und zwei unzufriedenen Einzelpersonen vom 4. August 2024. Dieser macht meine Berufskolleginnen und mich hässig! Als leidenschaftlich engagierte, nicht Vollzeit arbeitende Hausärztin und Mutter sehe ich mich gezwungen, Ihren journalistischen Rundumschlag gegen teilzeitarbeitende Hausärztinnen zu erwidern.

Meine Ausbildung zur Hausärztin dauerte nach dem Studium fünf Jahre (und dies im 100 Prozent-Pensum!). Das bedeutet, ich habe mindestens 50 Stunden gearbeitet, es wurden sogar direkt 50 Stunden pro Woche geplant. Also faktisch schon acht Stunden pro Woche mehr als mein Mann im Büro. Da waren keine Überstunden eingerechnet, aber realitätsgetreu gibt es immer Überstunden, denn Patient:innen sind Menschen mit Bedürfnissen, Wünschen, Fragen, Krankheiten und unvorhergesehenen Notfäl-

«Muss ich 100 Prozent arbeiten, um den gesellschaftlichen Ansprüchen zu genügen oder soll ich gar nicht arbeiten, um 100 Prozent für meine Kinder und Familie da zu sein?»

len – Tag und Nacht, an Weihnachten und Ostern. Gerne nahm ich mir zum Beispiel nach einem Todesfall Zeit, die Angehörigen zu trösten, die Krankheit und Prognose dem arbeitenden Partner nach Feierabend zu erklären oder länger zu bleiben, um den Patient:innen bis zum Ende zu versorgen. Mein Umfeld war es gewohnt zu warten, manchmal tagelang auf eine Antwort, manchmal Stunden bis zum Essen oder bis zum gemeinsamen Abend. Mein Wechsel von der Oberärztin in die Praxis (nun als zweifache Mutter) erfüllte meine Träume: Da zu sein für meine Patientinnen und Patienten, sie im Leben zu begleiten und ihnen Unterstützung anzubieten dank meines über Jahre angesammelten Fachwissens. Letzteres ist wie bei meinen 100 Prozent arbeitenden Kollegen mit gleich vielen Fortbildungstagen im Jahr aufzufrischen.

Ich arbeite Teilzeit, nicht weil ich meinen Job oder meine Patientinnen und Patienten nicht mag, sondern weil ich weitere Rollen habe: Ich bin Mutter und Ehefrau, Tochter, Freundin und Frau. Gemäss den Ansprüchen der Gesellschaft – und betont auch von Ihnen – sind wir nie gut genug: Nicht zu viel arbeitend, nicht ausreichend ausgebildet, keine gute Mutter (da zu wenig anwesend zuhause), keine perfekte Ehefrau, die Haushalt, Beruf und Familie unter einen Hut bringt, keine gute Freundin, die täglich für andere da ist und als Frau zu wenig feminin, stark, sportlich und sozial engagiert. Wann ist es denn – auch noch im Jahr 2024 – gut genug? Muss ich 100 Prozent arbeiten, um den gesellschaftlichen Ansprüchen zu genügen oder soll ich gar nicht arbeiten, um 100 Prozent für meine Kinder und Familie da zu sein?

Ja, ich bin nicht jeden Tag in der Praxis und ja, meine Praxispartnerinnen und ich arbeiten allesamt Teilzeit und ja, wir haben eine Praxis übernommen von einem 100 Prozent arbeitenden und nun

pensioniertem Hausarzt. Und ja, oftmals arbeiten wir, nachdem wir die Kinder ins Bett gebracht haben, weiter für unsere Patientinnen und Patienten, abends um neun Uhr bis Mitternacht. Das wissen Frau Wegmann und Herr Tanner wohl nicht.

Aber wissen Sie was? Meine Patient:innen freuen sich über unser Engagement, unsere Freude an der Arbeit, sie freuen sich, dass sie weiterhin hausärztlich betreut sind und öffnen sich uns gegenüber, weinen bei uns, teilen mit Freude die Geburten ihrer Enkel, feiern den beruflichen Wiedereinstieg nach langer Krankheit mit uns. Sie haben so viel Vertrauen in uns, dass sie lieber zu uns kommen als zum Spezialistinnen oder ins Spital zu gehen, dass sie unsere Meinung hören wollen zu Operationen und Therapien – und dafür warten sie gerne, bis wir aus den Ferien zurückkommen oder bis wir unsere Sprechstundentage haben. Natürlich gibt es immer die einen oder anderen Patientinnen und Patienten, die unzufrieden sind, die lassen sich problemlos finden.

Auch der ehemalige Arzt (natürlich keine Hausärztin), der in Ihrem Artikel anonym auf uns teilzeitarbeitenden Hausärztinnen herumhackt, findet sich immer. Aber ist das etwas, was uns weiterbringt? Sollten wir nicht froh darüber sein, dass wir ein sehr effizientes und leistungsfähiges Gesundheitssystem haben (gerne dürfen Sie Recherchen über die Wartezeiten z. B. in Grossbritannien oder Neuseeland machen), dass es weiterhin Hausärztinnen gibt, die den schlecht entgoltenen (auch hier gerne Konsultationspreise von Spezialistinnen und Hausärztinnen googeln) und anspruchsvollen Job weiterhin mit Freude machen und dank der Teilzeitarbeit auch über Jahre mit Engagement betreiben? Gerne nehmen wir politische Unterstützung an, um die Tarife sachgerecht anzugleichen, den Beruf finanziell angemessen zu entlohnen und um die Bürokratie zu reduzieren – dann bliebe auch mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten.

Wäre es nicht nachhaltiger, die Stärken der teilzeitarbeitenden Hausärztinnen mit und ohne Kinder (und ja das gilt auch für teilzeitarbeitende Hausärzte) zu betonen und diese zu loben anstatt zu kritisieren, Misogynie und rage-baiting zu betreiben? Die Welt kann gerne Positives vertragen, so dass alle gerne zur Arbeit gehen und mit Freude ihren Beruf ausführen und nicht schon vorzeitig diesen an den Nagel hängen und einen weniger anspruchsvollen Job suchen und die Grundversorgung vollends kollabiert. Der Mangel an Hausärzten und Hausärztinnen ist bereits Tatsache und wird von teilzeitarbeitenden Hausärztinnen grösstenteils aufgefangen. Wir betreuen unsere Patientinnen und Patienten gerne an zwei, drei oder vier Tagen in der Woche – nerven tun nur reisserische Artikel.

Ein Dank gilt auch den Journalistinnen und Journalisten von kleinstadt.ch fürs Aufdecken und Erklären!

Dr. med. Corina Omlin



Sonntagszeitung

Vom 4. August 2024

www.sonntagszeitung.ch

«Welchen Anspruch haben Patienten an ihren Hausarzt und ihre Hausärztin?»

Sehr geehrte Frau Weber

Ihr Artikel über die subjektiven Nachteile teilzeitarbeitender Ärztinnen kann nicht unwidersprochen bleiben. Als Kämpfer an vorderster Front beim Bleistiftstreik im Kanton Aargau 1998¹ hatte ich mich für die Einführung einer gesetzlich festgelegten Höchstarbeitszeit eingesetzt. Die durchschnittlich 68 Arbeitsstunden pro Woche erreichten Spitzen bis 106 Stunden (die Woche hat 168 Stunden). Die Bereitschaft zu solchen Spitzenbelastungen wird auch heute noch mit Spitzenleistung verwechselt. Tatsächlich war ich in dieser 106-Stunden-Woche über fast alle Patient:innen auf allen vier Abteilungen informiert, es war sehr hektisch und ich fühlte mich wie im Adrenalin-Rausch – aber wie war das mit der Konzentration und der Aufmerksamkeit? Würden Sie zu einem solchen Piloten ins Flugzeug steigen?

In unserer Praxis arbeitet meine Praxispartnerin und Mutter von drei Kindern seit mehr als 20 Jahren in wechselnden Teilzeitpenssen. Bei ihrer Abwesenheit bin ich zuständig. Die Betreuung, insbesondere die Langzeitbetreuung, ist dadurch gewährleistet. Genau genommen ist sie sogar optimiert, da vier Augen unter einem Dach mehr bemerken als zwei und dadurch unsere Behandlungsqualität steigt. Meine Berufserfahrung ist durch das höhere Arbeitspensum zwar grösser als das meiner teilzeitarbeitenden Praxispartnerin, jedoch ist nicht dies entscheidend für den Behandlungserfolg in einer Hausarztpraxis. Es ist das Erkennen und Einhalten der

fünf Tage warten. Das verärgerte sie. Beim alten Hausarzt wäre dies unmöglich gewesen. Bei einem lebensbedrohlichen Befund wäre Frau Wegmann sicher nicht nach Hause entlassen worden. Wie lange sie auf das MRI warten musste, wird nicht erwähnt. Auf ein MRI des Knies hätte sie problemlos warten können. Das MRI des Knies – liebe Frau Weber – hätte für jemand anderes genauso gut eine Weichenstellung im Leben bedeuten können.

Wie hätte ich mich – als 100 Prozent arbeitender Hausarzt – verhalten? Den Bericht hätte ich wohl am Folgetag in der elektronischen Krankengeschichte vorbearbeitet vorgefunden. Ich hätte mich gefreut, dass kein Tumor, Schlaganfall oder Blutung gefunden wurde. Eine Latenz von fünf Tagen scheint mir bei einem gutartigen Befund mehr als vertretbar, auch wenn die tiefste Sorge bei Frau Wegmann nachvollziehbar ist. Übrigens wie beim Patienten, bei dem im Knie-MRI dann überraschend eine Knochendestruktion gefunden und der Verdacht auf eine Metastase gestellt wurde. Wie lange hätten Sie ihn mit der Information warten lassen? Auch ich – wie offenbar der ehemalige Hausarzt – arbeite am Wochenende nicht in der Praxis, sondern nur – und dies mit zunehmender Verärgerung – an irgendwelchen Versicherungsberichten oder Mailanfragen.

Vielmehr stellt sich in Ihrem emotionalen Bericht meines Erachtens die Frage der Begehrlichkeit: Welchen Anspruch haben Patient:innen an ihren Hausarzt und ihre Hausärztin? Es lohnt sich, sich diesem Gedanken zuzuwenden.

Dr. med. Gregor Dufner

«Die eigenen Grenzen verschieben sich im Laufe einer Ärztlaufbahn permanent. Schlussendlich ist es die ärztliche Kunst, um die wir alle individuell konstant bemüht sind.»

eigenen Grenzen. Es ist die hausärztliche Stärke, unsere Grenzen durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu erweitern. Die eigenen Grenzen verschieben sich im Laufe einer Ärztlaufbahn permanent. Diese zu erkennen und zu erweitern ist die ärztliche Kunst, um die wir alle individuell konstant bemüht sind.

Die von Ihnen zitierte Patientin hatte Angst vor einem fatalen Befund im MRI. Der Befund war gut. Auf diese Nachricht musste sie

Was meinen Sie dazu?

Liebe Berufskolleginnen und Berufskollegen

- Was macht dieser Text mit Ihnen?
- Wurden Sie schon mit ähnlichen Vorwürfen konfrontiert?
- Wie müsste man künftig adäquat auf solche medialen Rundumschläge reagieren? Was könnte Argomed dazu beitragen?

Senden Sie uns Ihre Meinung an:

kommunikation@argomed.ch

Vielen Dank für Ihren Beitrag.

Redaktion deFACTO

¹ Schweiz aktuell – Ärzte im Dauerstress. Play SRF



Asthma für die Praxis

Asthma ist eine chronische Entzündung der Atemwege mit obstruktivem Atemfluss und Hyperreagibilität der Atemwege.

Text: Dr. med. Corina Omlin Bilder: canva

Von der Anamnese zur Therapie

Typische Symptome von Asthma sind Wheezing/Pfeifen, Atemnot bei Anstrengung/Ruhe, Husten, thorakales Engegefühl von unterschiedlicher Intensität und mit variabler Obstruktion. Auslöser für Asthmasymptome resp. Exazerbationen können Husten, Lachen, Wetterveränderungen, Luftverschmutzungen, Gerüche, Rauch, Anstrengung, Medikamente (ASS, NSAR, Betablocker) und Allergene sein. Respiratorische Infekte verschlechtern die Symptomatik oftmals. Asthma kann lebensbedrohlich sein und auch wenn die Symptome und Lungenfunktion normal zu sein scheinen, persistiert die Entzündung. Insofern ist

die Diagnose und auch die Therapie wichtig für die PatientInnen. Dazu gehört auch eine gute Aufklärung über das Krankheitsbild, Therapie und Prognose.

Anamnese

Die Anamnese über typische Symptome und eine messbare Obstruktion sind entscheidend für die Diagnose.

- Typische Symptome, oftmals mehr in der Nacht und früh am Morgen.
- Allergien/atopische Dermatitis, evtl. positive Familienanamnese

- Berufsanamnese (Landwirt:in, Bäcker:in, Coiffeur:in, Koch:in, Maler:in).
- Es gibt viele verschiedene Asthmaformen: allergisch (neutrophil / eosinophil), nicht-allergisch, late-onset, fixiertes Asthma (persistierende Obstruktion), belastungsabhängiges Asthma, Adipositas-assoziiertes Asthma.

Diagnostik

- Untersuchung: Giemen, Brummen, Tachypnoe, pfeifende Atmung, abgeschwächtes Atemgeräusch (silent chest), verlängertes Expirium. Ggf. erniedrigte Sättigung.
- Labor: Blutbild (inkl. Eosinophilie), CRP, IgE.
- Spirometrie (günstig, einfach anwendbar) zur Bestätigung einer variablen expiratorische Atemflusslimitation:
 - FEV1 vermindert, aber auch FEV1/FVC ist vermindert (0.75 - 0.8, je älter umso tiefer die Ratio).
 - Steigerung des FEV1 > 12% resp. > 200 ml.

Die zweite Spirometrie sollte 10-15 Minuten nach Inhalation von 200-400 mcg Salbutamol erfolgen (SABA 4h und LABA 12-36h zuvor pausieren). Diese Variabilität der Lungenfunktion kann auch vier Wochen nach korrekter Asthma-Behandlung nachweisbar sein (>12%, 200ml) oder auch als eine Variation im Verlauf oder als PEF-Variabilität von >10%, FEV1-Abfall bei Belastung oder bei Metacholinprovokation vorliegen. Das FEV1 kann bei schlechter Compliance in der Spirometrie vermindert sein, aber die Ratio FEV1/FVC steht für die Atemflusslimitation. Die Werte der Spirometrie sind abhängig von der Grösse, Ethnie und Compliance.

- **Weitere Diagnostik:** Bodyplethysmographie, Spiroergometrie, Metacholintest (Bronchoprovokation), FeNO (Messung der Entzündung).

Differentialdiagnose

Die Symptomatik von Asthma hat eine grosse Variationsbreite und dadurch auch eine grosse Auswahl an Differentialdiagnosen wie z.B. gastroösophagealer Reflux, Chronic Upper Airway Cough Syndrome, chronische Sinusitis, Vocal Cord Dysfunction, Adipositas-Hypoventilation.

Therapie

Therapieziele

Symptomkontrolle	Risikoreduktion
Wenig Asthma-Symptome	• Normale Lungenfunktion (kein fixiertes Asthma)
Keine Schlafunterbrechung	• Keine Exazerbationen
Keine Aktivitätseinschränkung	• Kein Asthma-Tod • Minimale Nebenwirkungen der Therapie

- Das müssen nicht die Ziele des Patienten sein
- Symptomkontrolle und Risikoreduktion können evtl. nicht gemeinsam erreicht werden.

Verlaufskontrollen

- Erfassen der Asthma-Kontrolle mittels Assessment über die letzten 2-3 Monate (Symptome, Medikation, Exazerbationen), evtl. Asthma-Tagebuch, PEF-Messungen

GINA Assessment of Asthma control

In den letzten vier Wochen hatte die/der Patient:in...

- Tagsüber Symptome mehr als 2x/Woche?
- Nächtliches Erwachen wegen Asthma?
- SABA-Reliever für Symptome mehr als 2x/Woche?
- Aktivitäten limitiert wegen Asthma?

Auswertung

Gut kontrolliert: keine Teils kontrolliert: 1-2 Unkontrolliert: 3-4

- Lufu: Verlaufskontrollen: nach 1. Diagnose 3-6 Monate später, dann periodisch. Kontrolle v.a. von FEV1, aber auch FEV1/FVC-Ratio.
- Inhalationstechnik überprüfen.
- Komorbiditäten (allergische Rhinitis, Ekzem, Nahrungsmittelallergien, Übergewicht, Angst, Reflux, Übergewicht, OSAS) kontrollieren.
- Medikamentennebenwirkungen erfragen.
- Therapieziele/-compliance reevaluieren.
- Wahl des Inhalers: Abhängig von Technik (wird der Inhaler korrekt angewandt?), Lungenfunktion, Alter, Kognition, Verträglichkeit, Kosten, Patientenzufriedenheit.

Drei Pfeiler der ärztlichen Behandlung

Übersicht	Beurteilung	Anpassung
<ul style="list-style-type: none"> • Symptome • Lungenfunktion • Komorbiditäten • Exazerbationen • Nebenwirkungen • Patientenzufriedenheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Bestätigung der Diagnose • Symptomkontrolle und modifizierbare Risikofaktoren • Komorbiditäten • Inhalationstechnik und Therapieadhärenz • Patientenziele 	<ul style="list-style-type: none"> • Asthmamedikamente • Aufklärung und Skills-Training (Krankheitsverständnis, Exazerbationen, Therapiewichtigkeit) • Risikofaktoren und Komorbiditäten nach Möglichkeit • Nicht-pharmakologische Strategien



Therapieempfehlung bei Diagnosestellung: ICS-Formoterol, niedrigdosiert

Therapieformen

- Erhaltungstherapie (tägliche Grundtherapie, auch bei fehlenden Symptomen: ICS, ICS-LABA, LTRA, Biologika).
- Reliever (bei Bedarf, bei akuter Symptomatik: ICS-LABA oder ICS-SABA).
- Anti-entzündlicher Reliever (ICS und schnellwirkende LAB).
- Erhaltungs- und Reliever-Therapie (Kombination von ICS-Formoterol mit Budesonid oder Beclometason)
- MART (Maintenance and Reliever Therapy): ICS und LABA kombiniert.

Therapieanpassung

Die Therapie sollte nach 2–3 Monaten evaluiert werden und bei unkontrolliertem Asthma ein Step-up erfolgen, sofern andere Ursachen ausgeschlossen wurden (falsche Inhalationstechnik, keine Therapietreue, persistierende Allergene, Multimorbidität).

Ein Step-down kann nach 2–3 Monaten ohne Exazerbationen und verminderter Symptome erfolgen, um Nebenwirkungen der Therapie zu vermeiden ICS

sollten aber nicht komplett gestoppt werden, es sei denn es wird für die Diagnostik benötigt.

Bei anhaltenden Asthmasymptomen trotz hochdosierter ICS-LABA-Therapie sollte die Reevaluation beim Pneumologen erfolgen.

Impfungen

- 1 × Pneumokokkenimpfung (s. Impfeempfehlungen BAG 2024)
- Jährliche Grippeimpfung

Nicht-pharmakologische Empfehlungen

- Rauchstopp, regelmässige körperliche Aktivität, Allergenkenz, Expositionsprophylaxe (Schimmelpilzsanierung), Nebenwirkungen von anderen Medikamenten, Gewichtsreduktion, Atemübungen, Stressreduktion.
- Patientenschulung: Inhalationstechnik und Asthma-Tagebuch zur Erfassung von Peakflow und Exazerbationszeichen.

Empfehlung von Choosing Wisely Kanada: Keine Therapie für Asthma fortführen (Inhalatoren, Leukotrienrezeptor-Antagonist oder anderes), wenn nicht eindeutig ein klinischer Benefit oder eine reversible Obstruktion in der Spirometrie/Peak-Flow oder ein positiver Metacholin/Belastungstest nachweisbar sind. ■

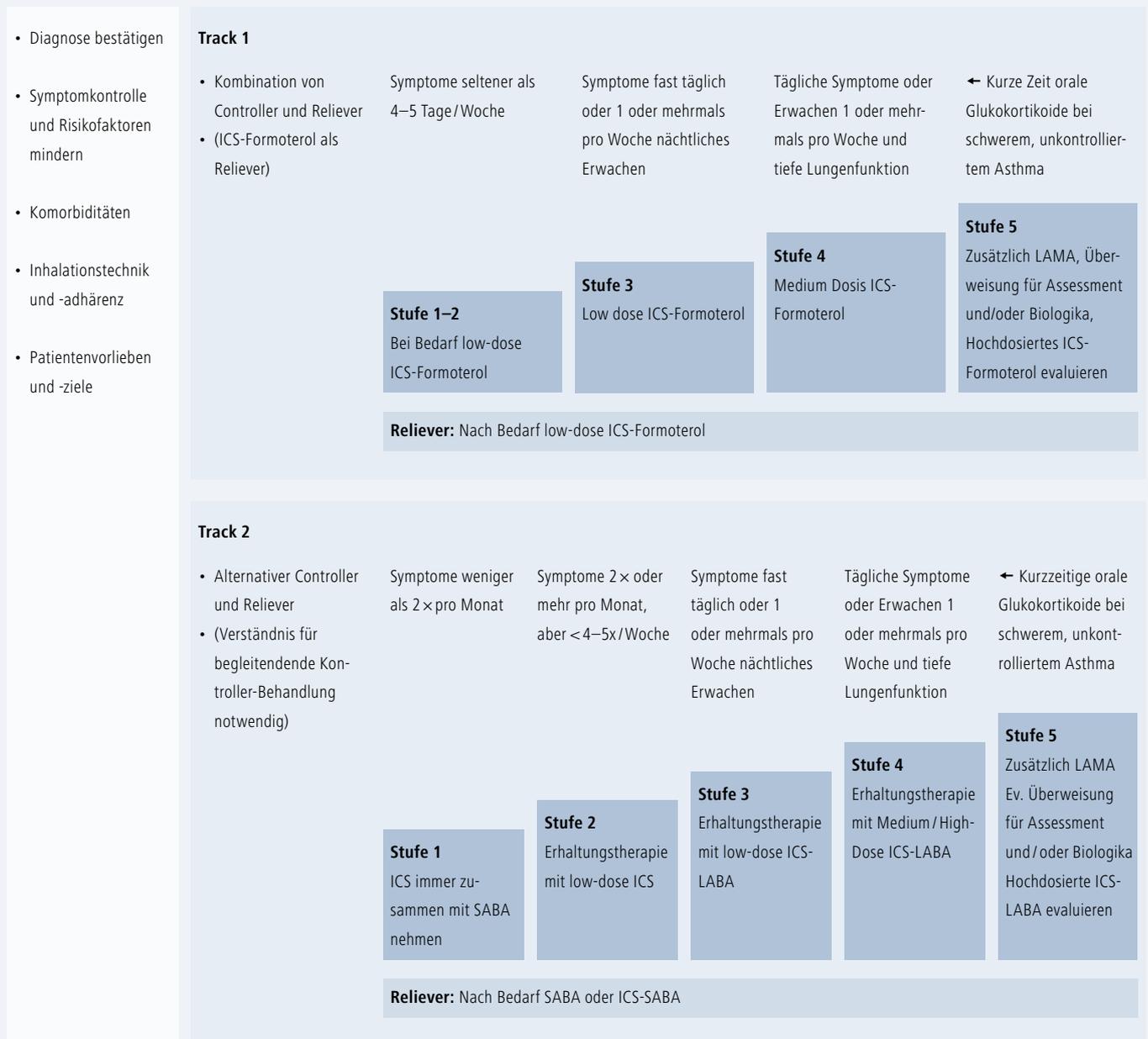
Quellenangaben

- https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2023/07/GINA-2023-Full-report-23_07_06-WMS.pdf (11.06.2024)
- <https://karger.com/res/article-pdf/95/5/364/3521056/000486797.pdf> (17.06.2024)
- <https://choosingwiselycanada.org/recommendation/respiratory-medicine/> (17.06.2024)
- www.ksa.ch/dokumente/kantonsspital-aarau/fachbereiche/spitalpharmazie/inhalativa-spitalpharmazie-ksa.pdf (25.06.2024)

Therapiebeginn bei Erwachsenen und Jugendlichen nach der Diagnose

Zuerst Assessment

Therapiebeginn



Übersicht Inhalativa

SABA/LABA	ICS	ICS + LABA	SAMA/LAMA	SABA + SAMA/LABA + LAMA	ICS + LAMA + LABA
Salbutamol (Ventolin®, Salamol®, Salbu Orion®)	Budesonid (Pulmicort®, Budenid®, Miflonid®)	Fluticason + Salmeterol (Seretide®)	Ipratropium (Atrovent®, Atropair®)	Salbutamol + Ipratropium (Ipramol®, Dospir®)	Fluticason + Umeclidinium + Vilanterol (Trelegy®)
Terbutalin (Bricanyl®)	Beclomethason (Qvar®, Beclor Orion®)	Budesonid + Formoterol (Symbicort®, Vannair®)	Acclidinium (Eklira®)	Fenoterol + Ipratropium (Berodual N®)	Ab ca. Mitte 2020 erhältlich: Beclomethason + Glycopyrronium + Formoterol (Trimbow® Dosieraerosol)
Salmeterol (Serevent®)	Ciclesonid (Alvesco®)	Fluticason + Formoterol (Flutiform®)	Tiotropium (Spiriva®)	Olodaterol + Tiotropium (Spiolto®)	
Formoterol (Oxis, Foradil®)	Fluticason (Axotide®, Arnuity®)	Beclomethason + Formoterol (Foster®)	Glycopyrronium (Seebri®)	Vilanterol + Umeclidinium (Anoro®)	
Indacaterol (Onbrez®)		Fluticason + Vilanterol (Relvar®)	Umeclidinium (Incruse®)	Indacaterol + Glycopyrronium (Ultibro®)	
Olodaterol (Striverdi®)					

kurzwirksam 12 h wirksam 24 h wirksam

SABA = kurzwirksames Beta-2-Sympathomimetikum
LABA = langwirksames Beta-2-Sympathomimetikum
SAMA = kurzwirksames Anticholinergikum

LAMA = langwirksames Anticholinergikum
ICS = inhalatives Corticosteroid
OCS = orales Corticosteroid

LTRA = Leukotrien-Rezeptor-Antagonist
PDE4-I = Phosphodiesterase-4-Hemmer



Herzrhythmusstörungen erkennen dank längerer EKG-Messungen

Herzrhythmusstörungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln, kann Leben retten.

Text: Willemien van den Toorn, Co-CEO evismo Bilder: evismo

Vorhofflimmern, die weltweit häufigste Herzrhythmusstörung, verursacht jeden fünften Schlaganfall. Die Diagnose dieser und anderer Herzrhythmusstörungen ist entscheidend, um schwerwiegende Folgen zu verhindern. Der Langzeit-EKG-Service CardioFlex von evismo ermöglicht es, Herzrhythmusstörungen direkt in der Hausarztpraxis zu erkennen.

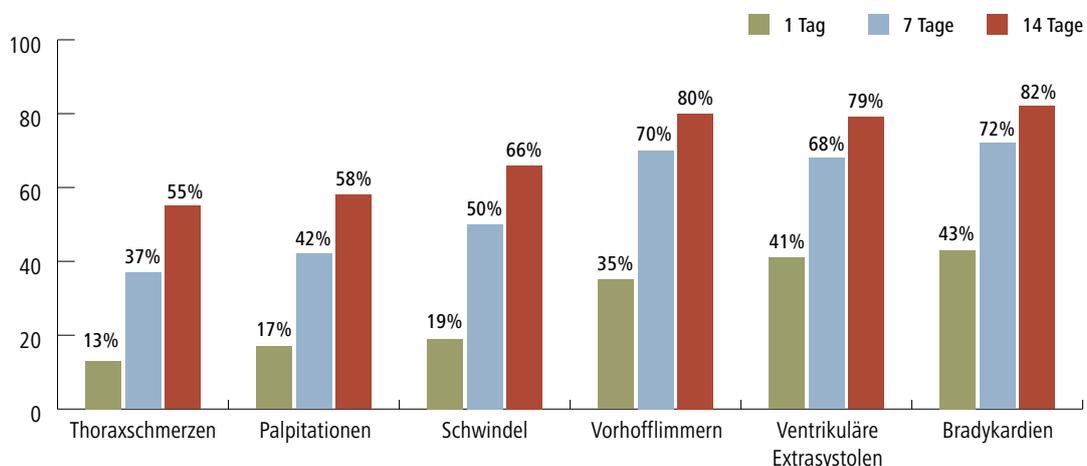
Patientinnen und Patienten mit Herzrhythmusstörungen präsentieren sich in der Hausarztpraxis oft mit vielfältigen Symptomen. Eine rasche Diagnose ist unerlässlich, um die richtige Behandlung zu beginnen. Dies gelingt oft bei Herzrhythmusstörungen dank längerer EKG-Messungen.

Studien zeigen, dass die diagnostische Ausbeute bei längeren EKG-Messungen deutlich höher ist. Je nach Indikation steigt die diagnostische Ausbeute nach 7 Tagen im Vergleich zu 24-Stunden-Messungen gar um das Doppelte.

So liegt bei Vorhofflimmern die diagnostische Ausbeute nach 24 Stunden bei 35 Prozent, nach 7 Tagen bei 70 Prozent und nach 14 Tagen bei 80 Prozent.

Der Langzeit-EKG-Service CardioFlex ermöglicht längere Messungen – gar bis 30 Tage – mit einem kleinen, komfortablen Sensor, der auch beim Duschen getragen werden kann. Der Sensor wird in der Haus-

Diagnostische Ausbeute nach 1, 7 und 14 Tagen basierend auf Indikation



P. Parikh et al. (2023) Impact of referral diagnosis on diagnostic yield in 1-day vs 7-day and 14-day extended wear holter.



Was sagt der Spezialist?

Dr. med. Christian Bergamin, Kardiologe

Langzeit-EKG-Service CardioFlex

Diagnostische Indikationen für Herzrhythmusstörungen:

- Thoraxschmerzen
- Palpitationen
- Schwindel/Synkopen/Präsynkopen
- Vorhofflimmern
- Ventrikuläre Extrasystolen
- Bradykardien/Tachykardien
- Supraventrikuläre Tachykardien
- Arrhythmien
- Stumme Ischämien
- Kardiopathien
- Herzinsuffizienz
- Dyspnoe
- Überwachung des Herzrhythmus nach Myokardinfarkt
- Kontrolle arrhythmischer Therapie

arztpraxis direkt den Patienten angelegt und Schweizer Kardiologenteams analysieren und befunden die EKG-Daten – aus der Ferne. Die Abrechnung erfolgt gemäss Tarmed. Mit CardioFlex werden nur die Daten – nicht die Patienten – von Arzt zu Arzt geschickt.

Über 40 Argomed-Hausarztpraxen setzen bereits auf längere EKG-Messungen mit evismo CardioFlex, starten auch Sie! ■



Wir haben Christian Bergamin, Facharzt für Kardiologie und Innere Medizin am Centre Cardiovasculaire du Grand-Chêne Lausanne, nach seiner persönlichen Einschätzung gefragt. Er ist verantwortlich für einen Grossteil der aus der Ferne befundenen CardioFlex-EKGs.

Herr Dr. Bergamin, wieviele Tage messen Sie das EKG bei Ihren Patientinnen und Patienten?

Meine Patientinnen und Patienten tragen das Langzeit-EKG meist für 24 Stunden oder 7 Tage.

In welchen konkreten Fällen verschreiben Sie längere oder kürzere EKG-Messungen?

Ich messe einen Tag lang, wenn tägliche Palpitationen auftreten. Für ventrikuläre Extrasystolen messe ich auch einen Tag mit fünf Elektroden, um drei Ableitungen zu haben.

Bei Synkopen oder beim Vorhofflimmern-Screening messe ich eine ganze Woche lang, um schnellere Diagnosen zu ermöglichen. Nach einem Schlaganfall tragen meine Patientinnen und Patienten das Langzeit-EKG entweder dreimal für eine Woche oder einmal für 30 Tage.

Was empfehlen Sie persönlich den Hausarztpraxen für die effektive Diagnose von Herzrhythmusstörungen mittels CardioFlex?

Ich habe drei zentrale Empfehlungen:

1. Stets das Ruhe-EKG, die Indikation und bestehenden Therapien mitteilen.
2. Den Patientinnen und Patienten die Wichtigkeit der Ereignistaste erklären.
3. Die Aktivitäten während des Tages beschreiben lassen.

Diese drei Massnahmen helfen bei der kardiologischen Analyse, Diagnose und einem präzisen Konsilium.

Neue Diagnose-Services von evismo

evismo bietet neben CardioFlex gleich zwei neue Diagnose-Services für Hausarztpraxen an:

- **evismo StressCheck** zur Diagnose von Stress, Burnout und Schlafstörungen mittels Herzratenvariabilität.
- **evismo RespiFlex** zur Diagnose von Schlafapnoe mittels respiratorischer Polygrafie.

Mehr erfahren

www.evismo.com



Rezepte ohne Wartezeit anfragen auf der Praxiswebsite

Die Bearbeitung von Rezeptanfragen ist aufwendig und behindert den laufenden Praxisbetrieb. Das Rezeptanfrage-Tool von Zur Rose für jede Praxiswebsite reduziert die Anrufe betreffend Rezepte, ergibt klare Anfragen und spart viel Zeit.

Text: Pascal Knill Bild: Zur Rose

Mit dem neuen, kostenlosen Angebot von Zur Rose erfassen Patientinnen und Patienten ihre Rezeptanfragen direkt auf der Website der Arztpraxis. Dazu wird einfach eine Schaltfläche (Button) «Rezeptanfrage» in die Praxiswebsite eingepflegt.

Durch die Integration dieser Funktion auf der Praxiswebsite wird der Prozess des Rezeptmanagements für die Praxis erheblich vereinfacht und Patientinnen und Patienten können ihre Rezeptanfragen rund um die Uhr vornehmen, unabhängig von den Öffnungszeiten der Praxis. Dies bedeutet weniger Unterbrechungen während der Sprechstunde, eine deutlich effizientere Verwaltung der Rezeptanforderungen und eine erhöhte Kundenzufriedenheit. Die Vorteile des Rezeptanfrage-Tools für die Praxis sind:

- Verringerung der Telefonanrufe: Anrufe für Rezeptanfragen werden auf die Praxiswebsite umgelenkt.
- Höhere Flexibilität beim Personaleinsatz: Die Bearbeitung der Rezeptanfragen kann gesammelt zu Randzeiten erfolgen. Das Praxispersonal steht so während der Öffnungszeiten für andere Tätigkeiten zur Verfügung.
- Klare Anfragen: Die Medikamente können im Tool per Strichcode erfasst oder aus einer Liste ausgewählt werden. Die Anfragen sind somit klarer als bei telefonischer Anfrage.

Einfache Implementierung und Nutzung

Die Implementierung des Banners auf der Praxiswebsite ist denkbar einfach. Nach der Bestellung des kostenlosen Services erhält die Praxis einen Link, der nur noch auf der Praxiswebsite eingefügt werden muss. Die

Benutzeroberfläche des Tools ist intuitiv und sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für das Praxisteam leicht zu handhaben. Durch die klare Erfassung der benötigten Medikamente, entweder per Strichcode oder durch Auswahl aus einer vorgegebenen Liste, wird das Risiko von Missverständnissen oder Fehlern bei der Rezeptausstellung minimiert. Dies führt zu einer höheren Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und reduziert den administrativen Aufwand in der Praxis erheblich.

Tipp: Anrufbeantworter besprechen

Eine gute Möglichkeit, die Nutzung des Services zu fördern, ist die Anpassung des Anrufbeantworters. Die Patientinnen und Patienten sollten darauf hingewiesen werden, dass sie ihre Rezeptanfragen bequem und einfach direkt auf der Praxiswebsite vornehmen können. Ein Hinweis wie «Benötigen Sie ein Rezept? Bitte beantragen Sie dieses direkt auf unserer Praxiswebsite» kann dazu beitragen, die Akzeptanz und die Nutzung des Online-Formulars zu steigern. ■



Website einer Musterpraxis mit eingebauter Schaltfläche (Button) für die Rezeptanfrage.



Testmöglichkeit

Die Funktionalität und der Nutzen des Tools können auf der Website der Musterpraxis Üetlihof getestet werden.

Weitere Informationen

joelle.schafer@zurrose.ch

+41 79 619 76 64

Braucht Ihr Kind auch morgen einen **Kinderarzt?**

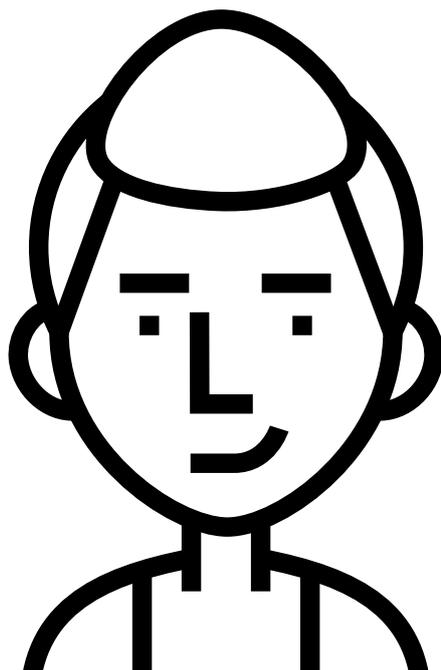


Dann unterschreiben
Sie jetzt:



mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz
Medicine de famille et de l'enfance Suisse
Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
hausarztswissenschaft.ch

Mepha-Generika



Gute Medikamente
zu gesunden Preisen





reha@home – Umfassende mobile Rehabilitation zu Hause

Als einziger umfassender Anbieter im Bereich der mobilen Rehabilitation, rehabilitierenden Pflege, Therapie und Betreuung zu Hause erbringt reha@home alle Dienstleistungen aus einer Hand, gut abgestimmt und koordiniert. Bei den KlientInnen zu Hause in den Kantonen Aargau und Zürich.

Text: Michael Zellweger, Geschäftsführer rehaathome Bild: reha@home

Über 2000 erfolgreich unterstützte KlientInnen

reha@home hat bereits über 2000 KlientInnen erfolgreich in ihrer Rehabilitation zu Hause unterstützt. Dabei setzen wir auf ein ganzheitliches Rehabilitationskonzept, basierend auf den drei Säulen Therapie, rehabilitierende Pflege und pflegende Angehörige. Zum Einsatz kommen engagierte PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen und Pflege-

fachkräfte. Das Rehabilitationsteam kann auch mit pflegenden Angehörigen, die angemessen entlohnt werden, vervollständigt werden.

In den eigenen vier Wänden einen leichteren Alltag verwirklichen

reha@home bringt alles Notwendige für eine umfassende Rehabilitation direkt nach Hause. Mittels inter-

und multidisziplinärer Zusammenarbeit sowie unter Einbindung von Angehörigen fördert reha@home die Selbständigkeit der KlientInnen und stärkt deren Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten.

Kostengutsprache für stationären Reha-Aufenthalt abgelehnt? reha@home ist für Sie da!

reha@home versteht sich als kostengünstige Alternative, wenn die Kostengutsprache für einen stationären Rehabilitationsaufenthalt abgelehnt wurde. Als Tochtergesellschaft der Knecht Gruppe im Bereich von knechtcare sind über 30 TherapeutInnen und Pflegenden täglich für unsere KlientInnen in den Kantonen Aargau und Zürich da.

Spitalbedürftigkeit bei Rehabilitation fraglich? reha@home hat eine Lösung!

Sollte die Spitalbedürftigkeit in der Rehabilitation oder der Nachsorge fraglich sein, bietet reha@home mit einem individuellen Rehabilitationsangebot eine tragfähige Lösung. Unsere Fachkräfte arbeiten eng mit den KlientInnen und deren Angehörigen, ÄrztInnen oder anderen Institutionen zusammen.

Kosten

reha@home rechnet alle ihre Leistungen nach den vorgegebenen und geltenden ambulanten Tarifen der Therapie und Pflege ab. Damit setzt reha@home konsequent auf die Systematik ambulant vor stationär – eine flexible, massgeschneiderte und kosteneffiziente Rehabilitation. ■



Standorte

reha at home AG

Pfingstweidstrasse 31a, 8005 Zürich
Tel. 043 300 51 30

reha at home AG

Mellingerstrasse 6, 5400 Baden
Tel. 062 832 44 00

info@rehaathome.ch

www.rehaathome.ch

Für Ärzte und Zuweiser

Für zuweisende Stellen ist die reha@home ein kompetenter und verlässlicher Partner als Anschlusslösung nach einem Spital- oder Klinikaustritt, als Übergangslösung vor einem stationären Rehabilitationsaufenthalt oder als Nachsorgepartner im Rahmen einer Behandlung. Kontaktieren Sie uns – gerne gehen wir auf Ihre individuellen Wünsche in Bezug auf den Zuweisungsprozess ein.

Speditive und unkomplizierte Zuweisung

Unser Anmeldeprozess ist einfach, unkompliziert und effizient. Mit uns als Gesamtanbieter erübrigt sich für Sie die mühsame Suche nach unterschiedlichen Nachsorgepartnern. Wir erbringen Pflege und Therapien aus einer Hand und reduzieren so den administrativen Aufwand Ihrer MPAs sowie das Nachsorge- und Case Management.

Eine Ansprechperson

Wir bieten der zuweisenden Stelle eine Ansprechperson an, welche sich persönlich um alle Leistungen nach oder während der Behandlung und darüber hinaus kümmert. Sie haben somit weniger Administrationsaufwand, da keine doppelten Abklärungen und Terminierungen mit mehreren Stellen und Organisationen mehr nötig sind.

Informationsfluss & Rückmeldemanagement

Wir sind darum bemüht, Sie im gewünschten Umfang über den Verlauf der Nachbetreuung zu informieren.

Zufriedenheit Ihrer Patienten

Neben der Qualität der Nachsorge ist die Kundenzufriedenheit unser oberstes Ziel. Wir übernehmen die Koordination und versuchen, den Kundenwünschen so gut wie möglich gerecht zu werden, sodass sich unsere Kunden Zeit für sich und Ihre Angehörigen nehmen können.

Argomed HausarztFORUM 2024

Donnerstag, 17. Oktober 2024 | Campussaal Kultur + Kongresse, 5210 Windisch

Programm

13.00	Eintreffen Check-in Snack
13.45	Begrüssung & Programmablauf • Fabian Unteregger
14.00	Argomed Barometer: Resultate «Stimme der Hausärzte» • Marco Plüss, Co-Geschäftsführer Argomed • Enrico Spycher, Co-Geschäftsführer Argomed
Impulsreferate	
14.15	Patientenverhalten – Nutzen- oder Konsumorientierung! • PD Dr. Florian Liberatore, Dozent, Stv. Leiter der Fachstelle Management im Gesundheitswesen
14.45	Hausarzt – Fluch oder Segen? • Dr. med. Linda Habid, JHaS, Vertretung mfe Schweiz
15.15	Technik-Dschungel – digitaler Stress statt Patientenkontakt? • Professor Dr. oec. HSG Alfred Angerer, Leiter Management im Gesundheitswesen, Co-Direktor ZHAW Digital Health Lab
15.45	Aktiv-Pause mit Erfrischung & Austausch
Workshop-Parallel-Sessions	
16.15	Klarheit und Effizienz in der Praxisorganisation –
16.45	MehrFachArzt
17.15	• Roger Tschumi, Leiter MFA, Argomed • Evelyne Bühler, MPK • Dr. med. Daniela Trapp, Hausärztin
Antibiotikaresistenz im Praxisalltag	
• Dr. med. Jens Thomsen PH MBA, Arzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie	
Herzrhythmusstörungen erkennen dank längeren EKG-Messungen	
• Dr. med. Pascal Köpfl, Leitender Arzt Kardiologie Kantonsspital Baden • Dr. med. Isabelle Fuss, Hausärztin • Willemien van den Toorn, Co-CEO evismo	
Diabetes und Nierenerkrankungen – Der Schlüssel zur optimalen Therapie	
• Dr. med. Andrea Fisler, Nephrologin Kantonsspital Baden	
Medikations-Tools – digitale Erlebnisse	
• Gaudenz Weber, Head of Marketing Wholesale, zur Rose	

PSA-Screening in der Praxis – hilft «Stockholm3» aus dem Dilemma?

- Dr. med. Tilmann Möltgen, Stv. Chefarzt Urologie Kantonsspital Aarau
- Dr. med. univ. Lukas Prause, Oberarzt mbF Urologie, Ärztlicher Koordinator Prostatakrebszentrum und Uroonkologisches Zentrum Aarau
- Dr. med. Wolfgang Czerwenka, Hausarzt

17.45 Kurze Pause mit Erfrischung

Impulsreferat

18.00 Hausarztmodell – gefragt wie nie!

- Marco Plüss, Co-Geschäftsführer Argomed

Podiumsdiskussion

18.30 Aktueller Bezug

- Regulatorische Anforderungen
- EFAS
- Zukunft Gesundheitswesen «grüne Wiese»
- Gestaltung Aufgabenverteilung in der Praxis
- «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung»

Diskussionsteilnehmer

- Fabian Unteregger (Moderation)
- Jean-Pierre Gallati, Regierungsrat Kanton Aargau
- Patrick Hässig, Nationalrat
- Stefan Kaufmann, Generalsekretär FMH Schweiz
- Dr. med. Wolfgang Czerwenka, Hausarzt
- Dr. med. Isabelle Fuss, Hausärztin, Co-Präsidentin mfe Aargau

Unterhaltungsprogramm

19.15 KI in der Hausarztpraxis

- Fabian Unteregger

19.45 Apéro riche mit Networking

Kosten

CHF 200.– | CHF 120.– für Argomed-, mfe-, JHaS-, MPAK QZ- & SVA-Mitglieder

Credits

3 SVA Credits MPA
3 Kernfortbildungscredits AIM

Anmeldung

www.argomed.ch/veranstaltungen



Hausarztmodell – so gefragt wie nie!



Je weniger Hausärzte es gibt und je stärker diese ausgelastet sind, desto mehr neigen Hausarztpraxen dazu, nur noch Patienten im Hausarztmodell aufzunehmen. In den letzten Monaten wurde ein Pilotversuch von ausgewählten Argomed-Praxen in Zusammenarbeit mit dem Managed-Care-Team von Argomed durchgeführt. Dabei konnten wertvolle Erfahrungen gesammelt und das Feedback der Patienten, das überwiegend positiv ausfiel, getestet werden.

Ab sofort stellt Argomed ein Tool «Hausarztmodell Only» zur Verfügung, mit dem neue Patienten eigenständig überprüfen können, ob sie im Hausarztmodell versichert sind. Bei entsprechender Versicherung können sie sich direkt mit der Hausarztpraxis verbinden. Die Aufnahme in die Praxis erfolgt erst dann, wenn die Patienten im Hausarztmodell versichert sind. ■

Der Weg zu Ihrem Hausarzt

Registrieren Sie sich hier, um sicherzustellen, dass Sie im richtigen Versicherungsmodell sind. Dafür benötigen wir Ihre persönlichen Angaben und Versicherungsdokumente. Sobald diese überprüft sind, können Sie problemlos Ihren ausgewählten Hausarzt kontaktieren.

Hausarztpraxis & Hausarzt

Suche nach Hausarzt, Praxis oder Ort

Persönliche Informationen

Vorname * Nachname *

Geburtsdatum * E-Mail *

TT . MM . JJJJ max.muster@example.com

Tel. Nr.

+41774343423

Versicherungspolice

Informationen zur Versicherungspolice haben Sie bei der Anmeldung von Ihrer Krankenversicherung erhalten oder finden Sie im App Ihres Krankenversicherers.

Unterstützte Formate: PDF, PNG, JPEG, HEIC

Kommentar

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und stimme dieser zu
Für diese Registrierung gilt die [Datenschutzerklärung der Argomed Ärzte AG.](#)

Hausarztmodell Only – Prozess

- 1 Patient meldet sich bei der Praxis
 - für einen Termin
 - für die Aufnahme in der Praxis
 - 2 Praxis informiert Patient über Aufnahmekriterien
 - Versicherungsmodell = Hausarztmodell
 - Weitere Praxiskriterien wie Familie, Wohnort etc.
 - 3 Praxis verweist Patient auf Prüftool:
check.hausarztmodell.ch
 - Link oder Button auf eigener Website
 - Direktlink check.hausarztmodell.ch
 - QR-Code
 - Telefonische Mitteilung
-
-
- 4 Patient startet Prüfung (Anfrage) auf check.hausarztmodell.ch
 - 5 Argomed überprüft die Anfrage und teilt dem Patienten das entsprechende Resultate mit. Folgende Varianten sind möglich:
 - **Hausarztmodell bestätigt:** Der Patient befindet sich in einem Hausarztmodell und der korrekte Arzt ist hinterlegt.
 - **Hausarztmodell bestätigt:** Es ist der falsche Arzt hinterlegt. Patient muss Arzt-Wechsel seiner Versicherung melden.
 - **Wechsel zu Hausarztmodell bestätigt:** Patient ist aktuell noch nicht im Hausarztmodell. Es liegt aber eine Bestätigung seitens der Versicherung vor, dass der Patient per Datum im Hausarztmodell versichert ist.
 - **Nicht im Hausarztmodell versichert:** Patient erfüllt Kriterien für die Aufnahme in der Praxis nicht.
 - 6 Praxis sieht die bestätigten Resultate der Prüfung in my.argomed/HAM only
 - 7 Patient meldet sich erneut in der Praxis für eine Terminvereinbarung und/oder Aufnahme in die Praxis.

Prämienoptimierer aufgepasst:

Nicht überall wo Hausärztin draufsteht, ist auch eine Hausärztin drin.

Jetzt
Modellcheck
machen



Welche Auswirkungen ein Wechsel Ihres
Versicherungsmodells haben kann, erfahren
Sie auf hausarztmodell.ch