

de FACTO

1 | 2025

Das Kunden- und Partner-Magazin der Argomed Ärzte AG



H

Pflegeheim

SPITEX

Medizin

Kommunikation in der Arztpraxis

Argomed

- Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
- E-Rezept
- Schlafapnoe in der Hausarztpraxis diagnostizieren

Wegweisende Hausarztmedizin

Der Hausarzt als Lotse in der Grundversorgung

**ARGO
MED.**

Inhalt



Editorial 03

Fokus

Die Hausarztmedizin als Steuerzentrale der Grundversorgung 04

Interview mit Dr. med. Giovanni Fantacci 07

Der Hausarzt als Lotse der Gesundheitsversorgung 10

Kommunikation in der Arztpraxis: Wie sag ich's meinen Patientinnen und Patienten? 12

«Die Hausärzteschaft und die Spitex sind zentrale Säulen unserer Gesundheitsversorgung» 15

Spitex in der Schweiz – Zahlen und Fakten 19



Medizin

Kommunikation in der Hausarztpraxis 20

Argomed

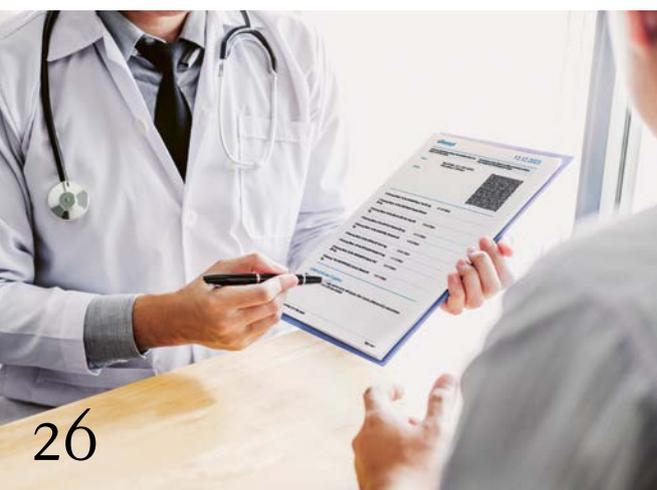
Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz 24

Wie das E-Rezept das Schweizer Gesundheitswesen prägt 26

Schlafapnoe direkt in Ihrer Hausarztpraxis diagnostizieren 28

Argomed HausarztFORUM 2025 30

Zum Abschied: Danke Argomed, es war eine gute Zeit 31



Impressum

Herausgeber: Argomed Ärzte AG | Bahnhofstrasse 24 | 5600 Lenzburg | T +41 56 483 03 33 | kommunikation@argomed.ch **Gesamtverantwortung:** René Stupf, Leiter Marketing

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:

sanofi

medics

SONIC SUISSE

mepha | teva

AstraZeneca

BioMed

novo nordisk

Mölnlycke

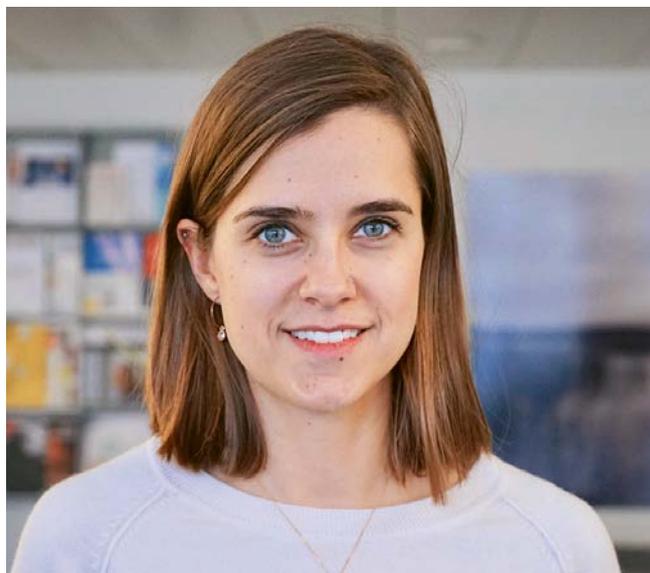
zur Rose

Hausärztinnen und Hausärzte am Steuer des Gesundheitssystems

Der Körper besteht aus vielen einzelnen Systemen, die zusammenarbeiten, um das Leben zu ermöglichen. Diese ansatzweise zu verstehen, benötigt Jahre an Ausbildung und Berufserfahrung. Auch das Gesundheitssystem besteht aus diversen Parteien, die gemeinsam an der Patientenversorgung beteiligt sind. Im Gesundheitsdschungel den Überblick behalten und Patientinnen und Patienten sinnvoll begleiten und beraten – genau das gehört zur Aufgabe einer Hausärztin oder eines Hausarztes. Wir müssen abwägen, welche Untersuchungen unseren PatientInnen helfen, angebracht und wirtschaftlich sind, wir beraten und organisieren Termine, mit Angehörigen und weiteren Personen, die in die Behandlung involviert sind, besprechen wir wichtige Aspekte.

Genau dazu schreibt Bernhard Stricker einem seiner letzten Artikel und was es in Zukunft braucht, um die Grundversorgung zu erhalten. Auch Dr. med. Giovanni Fantacci hat uns Einblicke in seine Gedanken zum Buch Hausarzt 4.0. gegeben und die heutige Situation der Hausärzte erläutert. Barbara Hürlimann, lic. iur. und Geschäftsführerin der *iii health AG*, stellt klar, warum es auch in modernen Zeiten eine Hausärztin oder einen Hausarzt braucht und die Rolle sogar wichtiger wird.

Die Kommunikation – sei es mit den Patientinnen und Patienten, anderen Gesundheitsversorgern oder innerhalb der Praxis – bildet eine zentrale Grundlage unserer Tätigkeit. Wie dies in Dr. med. Gregor Dufners und meinem Alltag funktioniert, haben wir euch kurz und knapp aufgezeichnet. Wie ist es bei Ihnen? Im medizinischen Teil finden Sie dazu auch praktische Tipps für Ihre eigene Praxis, auch von Claudia Kandalowski, welche als Mediatorin Expertin ist in Sachen Kommunikation. Daniel Schwarzenbach von der vaka betont die Wichtigkeit der Zusammenarbeit von Spitex und der Hausärzteschaft.



Mit dem MehrFachArzt können die Vorgaben für Arbeitssicherheit unkompliziert umgesetzt werden. Das elektronische Rezept von der Apotheke Zur Rose gilt als Vorreiter für die geplante Umsetzung des E-Rezepts und wie damit Zeit eingespart werden kann. Ein weiteres diagnostisches Angebot von Evismo kommt mit dem RespiFlex, mit dem dank Expertenbeurteilung auch die Diagnose und Behandlungsempfehlung einer Schlafapnoe erfolgt.

Dankbar für die spannenden und lehrreichen Jahre mit all ihren Diskussionen um Inhalte und Textlängen, Fotos und Layouts, müssen wir uns von lic. phil. Bernhard Stricker verabschieden.

Merci fürs Herzblut und geniess deinen wohlverdienten Ruhestand. «Es hed gfägt!»

Dr. med. Corina Omlin
Hausärztin und deFACTO Redaktorin



Die Hausarztmedizin als Steuerzentrale der Grundversorgung

Moderne Grundversorgung ist heute Medizin im Team – unter Leitung einer Hausärztin oder eines Hausarztes. Diese Leitungsfunktionen sind heute vielgliedriger, diverser und vernetzter als noch vor 20 Jahren. Umso mehr braucht es ein starkes Zentrum, das koordiniert, dirigiert und informiert: Die Hausarztmedizin innerhalb interprofessioneller Strukturen.

Text: Bernhard Stricker, lic. phil.

Gemäss Verfassung sorgen Bund und Kantone dafür, dass alle Menschen Zugang zu einer ausreichenden und qualitativ hochwertigen primären Gesundheitsversorgung haben, d.h. zu einer umfassenden, integrierten und auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sowie ihrer pflegenden Angehörigen ausgerichteten Versorgung. Die primäre Gesundheitsversorgung ist die Grundlage des gesamten Gesundheitssystems. Sie befindet sich an der Nahtstelle zwischen den Spitälern und den zahlreichen (zum Teil neuen medizinischen und pflegerischen) Berufen, die an der Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten beteiligt sind.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert die primäre Gesundheitsversorgung wie folgt: «Es handelt sich um einen umfassenden Ansatz für Gesundheit und Wohlbefinden, der sich auf die Bedürfnisse und Präferenzen von Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften konzentriert. Sie umfasst einen breiten Gesundheitsbegriff und konzentriert sich auf Wohlbefinden und körperliche, geistige und soziale Gesundheit, die als Ganzes und in wechselseitiger Abhängigkeit betrachtet werden. Ziel ist es, den Menschen eine umfassende Versorgung zu bieten, die auf den Gesundheitsbedürfnissen während der gesamten Lebensspanne basiert und nicht nur einzelne Krankheiten zu behandeln. Die primäre Gesundheitsversorgung basiert auf der Verpflichtung zu sozialer Gerechtigkeit und Gleichheit und erkennt das Grundrecht auf den höchsten erreichbaren Gesundheitsstandard an.»

Die Gesundheitsfachpersonen, die in der primären Gesundheitsversorgung tätig sind, haben ausserdem eine Triagefunktion, indem sie die Überlastung der Strukturen für die Notfallversorgung vermindern. Die Koordination zwischen den Gesundheitsfachpersonen der ambulanten Grundversorgung und der stationären Versorgung hat nachweislich positive Auswirkungen auf den Gesundheitsverlauf von Patientinnen und Patienten, auf die Versorgungsqualität und die Gesundheitskosten.

Die grosse Herausforderung der primären ambulanten Versorgung besteht heute vor allem in der Komplexität der Patientensituationen. Gesundheitsfachpersonen müssen nicht nur die aktuelle medizinische Problematik, sondern auch bio-, psycho- und sozioökonomische Einflussfaktoren berücksichtigen. Deshalb

Unter dem Stichwort «Interprofessionalität» ist in den letzten Jahren eine Bewegung entstanden, die sämtliche Berufe des Gesundheitswesens umfasst und neue Versorgungsmodelle entwickelt hat.

sind mehr denn je interprofessionelle Versorgungsmodelle mit zum Teil neuen medizinischen und pflegerischen Berufen gefragt.

Breit aufgestellte Interprofessionalität

Unter dem Stichwort «Interprofessionalität» ist in den letzten Jahren eine Bewegung entstanden, die sämtliche Berufe des Gesundheitswesens umfasst und neue Versorgungsmodelle entwickelt hat. Dahinter steht das Konzept einer Neuausrichtung und Neuverteilung einzelner Arbeiten und Kompetenzen, vor allem im Bereich der Pflege und Praxisassistenten, wo einige neue Berufsbilder entstanden sind und bisherige mit neuen Kompetenzen ausgeweitet worden sind. Dazu gehörten schon bisher die Medizinische PraxisassistentInnen (MPA), die zu PraxiskoordinatorInnen (MPK) weitergebildet werden können, neu dazu gekommen sind u.a. Advanced Practice Nurses (APN -Details siehe Infobox unten), Physician Associates (PA) oder die Klinische FachspezialistIn (KFS).

In der Schweiz gibt es seit 2018 die «Plattform Interprofessionalität» (PIP), ein Kompetenzzentrum für alle Fragen rund um die Interprofessionalität in der primären Gesundheitsversorgung. Sie vereint mehr als ein Dutzend Berufs- und Fachverbände aus dem Gesundheitswesen. Dazu gehören Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe), der Schweizerische Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), Spitex Schweiz, der Schweizerische Ärzteverband (FMH), Physiosuisse und pharmaSuisse etc.

Unter «interprofessioneller Zusammenarbeit» versteht die Plattform eine Reihe von Beziehungen und Interaktionen, die es ermöglichen, das Wissen, die Erfahrung und die Kompetenzen verschiedener Fachkräfte des Gesundheitswesens zum Wohle der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen zu bündeln und zu teilen. Bei diesem Ansatz werden Informationen und die Entscheidungsfindung geteilt (*shared decision making*).

Der von der Politik angestrebte Systemwechsel «ambulant vor stationär» verstärkt die Notwendigkeit zur interprofessionellen Zusammenarbeit zusätzlich. Nicht zuletzt, weil ambulante Pflege zunehmend zu spezialisierter Pflege wird, wie zum Beispiel Onkologiepflege oder Palliativpflege. Angesichts dieser Spezialisierung ist die interprofessionelle Zusammenarbeit eine Chance, die Pflegekohärenz zum Wohle der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen zu stärken.

Eine weitere Chance, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken, ist die Digitalisierung des Gesundheitswesens. Die Plattform Interprofessionalität erwartet, dass der Bund die Entwicklung digitaler Hilfsmittel zur Stärkung der Koordination der Gesundheitsversorgung unterstützt. Darunter fällt vor allem die Förderung des elektronischen Patientendossiers (EPD).

Fazit:

Die primäre Gesundheitsversorgung muss gemeinsam gestärkt werden, indem die Rahmenbedingungen für die Entstehung neuer, nachweislich wirksamer Praxisformen und Berufsprofile verbessert werden. Zur Erreichung dieses Ziels ist es unabdingbar, die Koordination und Zusammenarbeit von Gesundheitsfachkräften besser zu finanzieren, indem jede beteiligte Fachperson angemessen vergütet wird. ■



Neue Berufsgruppen in der Grundversorgung

Das traditionelle Hausarztmodell (Einzelarztpraxis) bestehend aus einem/ einer HausärztIn und medizinischen Praxisassistenten (MPA) nimmt ab aus unterschiedlichen Gründen wie demografische Veränderungen, Fachkräftemangel, wachsende Kosten, medizinische und anderweitige Neuerungen, um nur einige zu nennen. Daher müssen neue Modelle für die Grundversorgung entwickelt werden. In der Schweiz werden in diesen Versorgungsmodellen neue Berufsgruppen eingesetzt. Dazu gehören medizinische Praxiskoordinierende (MPK), klinische FachspezialistInnen (KliF), Physician Associates (PA) sowie Advanced Practice Nurses (APN).

Die grösste Herausforderung im Rahmen dieser neuen Modelle liegt derzeit jedoch in der Abrechnung der erbrachten Leistungen. Während mit der möglichen Einführung des Tardoc beispielsweise MPK nun bestimmte Beratungstätigkeiten abrechnen können, bleibt die Integration von APN und anderer Berufsgruppen in das bestehende Abrechnungssystem im ambulanten Setting noch ungelöst.

MPK haben die Möglichkeit sich für die KliF weiterzubilden, was sehr attraktiv ist. APN sind eine weitere Ausbildung für Pflegefachpersonen mit Bachelor. Jedoch fehlt dieser Rolle noch die Anerkennung als neue Leistungserbringerguppe. APN sind daher vor allem in Pilotprojekten zu finden. Anstellungsmöglichkeiten sind vielfältig, wie z.B. in Hausarztpraxen, in der Spitex oder Pflegeheimen. In der Grundversorgung ist insgesamt die fehlende Abrechnung problematisch. Aktuell laufen in der Schweiz zahlreiche Projekte, die sich mit der Effizienz und dem optimalen Einsatz aller neuen Berufsgruppen befassen.

Maya Zumstein-Shaha, Prof., Stv. Studiengangleiterin des Master of Science in Pflege, Berner Fachhochschule

Caroline Fröhli, MPA/MPK-Botschafterin Argomed Ärzte AG

«Ich fühle mich als Lotse im riesigen Gesundheitsmarkt»

Interview mit Dr. med. Giovanni Fantacci, Hausarzt aus Niederhasli.

Interview: Bernhard Stricker, lic. phil.

Was verstehen Sie unter dem Begriff «Hausarzt 4.0» – so der Titel Ihres Buches?

Giovanni Fantacci: In der Industrie werden verschiedene Stufen der Entwicklung definiert bis zur Industrie 4.0, worunter die Verschmelzung von Mensch und Maschine verstanden wird. In der Medizin können wir auch verschiedene Stufen der Entwicklung beobachten, von der Antike bis zum Mittelalter Stufe (1.0), anschliessend das Zeitalter der wissenschaftlichen Entdeckungen des 18. Jahrhunderts (2.0), das 19. und 20. Jahrhundert mit der Entdeckung der Antibiotika, Impfungen und technischen Entwicklungen (3.0) zum heutigen Hausarzt (4.0). In der Industrie übernehmen die Maschinen einen immer grösseren Teil der Arbeit. In der Medizin soll 4.0 eine gegenteilige Entwicklung beschreiben zu mehr menschlicher Interaktion und Mitwirkung.

Im Vorwort Ihres Buches heisst es: Der Hausarzt 4.0 übernimmt die Aufgabe des Koordinators und des partnerschaftlichen Beraters des Patienten. Was genau ist damit gemeint?

Die heutige Medizin ist von Fragmentierung, Spezialisierung und Subspezialisierung geprägt. Eine Patientin oder ein Patient mit mehreren Erkrankungen wird von mehreren SpezialistInnen mitbetreut, die verschiedene medikamentöse Behandlungen und Therapien verordnen. Schnell nimmt eine Patientin oder ein Patient mehr als fünf Medikamente täglich ein, die nach Leitlinien verordnet werden. Damit Patientinnen und Patienten nicht überfordert werden, brauchen sie eine Begleitung und Beratung an ihrer Seite, der ihm hilft, den Überblick zu behalten. Die Hausärztin oder der Hausarzt kann diese ganzheitli-

che Betreuung übernehmen, mit dem PatientInnen in Austausch bleiben und entscheiden, welche Behandlungen umgesetzt werden sollen. Durch die langjährige Erfahrung in der Behandlung von chronischen Krankheiten verfolgt die Hausärztin oder der Hausarzt einen personenbezogenen Ansatz, der auf das Individuum sowie auf dessen Familie und Lebensumfeld ausgerichtet ist.

Die medizinische Koordination in der Hausarztpraxis ist heute vielgliedriger, diverser und vernetzter als noch vor 35 Jahren, seit Sie als Hausarzt tätig sind – Stichwort «Interprofessionalität». Wie würden Sie Ihre Koordinationsrolle in dieser neuen Konstellation bezeichnen? Sind Sie eher der Lotse oder eher der Dirigent in der Medizin? Oder haben Sie ein anderes Bild? Ich empfinde mich als Lotse im riesigen Gesundheitsmarkt. Wir arbeiten eng mit den SpezialistInnen und



Dr. med. Giovanni Fantacci

Giovanni Fantacci ist 1962 in Zürich geboren, hat hier die Schulen besucht und das Medizinstudium 1989 abgeschlossen. Seine Weiterbildung führte durch verschiedene Spitäler in der Schweiz und Italien (Rom), um 1997 in Niederhasli im Kanton Zürich eine Hausarztpraxis zu eröffnen.

Anfang 2024 hat Dr. Giovanni Fantacci das Buch «Hausarzt 4.0 – Plädoyer für die Hausarztmedizin» im Verlag edition gaisaber publiziert, das als Vorlage und Hintergrund für dieses Interview diente.



Dr. med. Giovanni Fantacci

den Spitälern zusammen. In unserer Praxis haben wir eine in Diabetesberatung ausgebildete MPA, die einen Teil der Behandlung übernimmt und auch ein Recall-System aufgebaut hat. Wir brauchen speziell ausgebildete Praxiskoordinatorinnen für das Qualitätsmanagement, das in den letzten Jahren sehr umfangreich geworden ist. In Qualitätszirkeln tauschen wir uns Hausärzte regelmässig aus und können dadurch bessere Behandlungsempfehlungen abgeben. Die Interprofessionalität ist eine grosse Bereicherung für den Alltag und ein Muss in der heutigen Zeit.

Wie hat sich die Arzt-Patienten-Beziehung in dieser Zeit verändert?

Früher herrschte ein paternalistischer Ansatz in der Beziehung zum Patienten, das heisst der Arzt wusste am besten, was richtig ist. Ich bevorzuge heute das Modell des Shared decision-making, also das gemeinsame Arbeiten an einem gesundheitlichen Problem. Dabei geht es immer wieder darum, zwischen Wünschbarem, Möglichem und Sinnvollem zu entscheiden. Die Patientin oder der Patient bringt Wünsche und Vorstellungen in die Sprechstunde mit, die er von KollegInnen, FreundInnen, Verwandten, Fernsehen gehört oder im Internet gesehen hat. Ich als Arzt mache einen Behandlungsvorschlag, den ich zusammen mit dem Patienten erörtere. Der Arzt muss heute vergleichsweise mehr erklären und der Patient mehr entscheiden.

Bedeutet die zunehmende Digitalisierung der Medizin und das ärztliche Arbeiten mit dem Computer eine Entfremdung zwischen Arzt und Patient?

Die Beziehung und Interaktion zum Patienten wird durch den dazwischen liegenden Computer beeinträchtigt. Ich versuche immer wieder den Blick auf den Patienten zu richten und den Dialog mit ihm zu führen. Viele PatientInnen googeln ihre gesundheitlichen Probleme und kommen mit seltenen Diagnosen oder Abklärungsvorschlägen in die Praxis. Hier besteht dann grosser Klärungsbedarf, ob die Diagnose überhaupt in Frage kommt und welche Abklärungen Sinn machen.

Sie sind Hausarzt in Niederhasli und schreiben in Ihrem Buch mehrfach von der «Krise der Hausarztmedizin». Was meinen Sie damit und wie erleben Sie diese konkret?

In unserer Umgebung haben wir in den letzten Jahren mehrfach erlebt, dass Praxen von KollegInnen schliessen mussten, weil sie keinen Nachfolger mehr gefunden haben oder weil sie Opfer von betrügerischen Investoren geworden sind. Das Telefon bei uns lief in den Tagen nach Schliessungen von solchen Praxen heiss und wir konnten uns nicht mehr vor neuen PatientInnen retten, so dass wir einen Aufnahmestopp verhängen mussten. Es besteht eindeutig ein Mangel an Grundversorgern, die im Gesundheitssystem regu-

lativ einwirken könnten. Der Wert der Hausarztmedizin muss von den PatientInnen und den PolitikerInnen erkannt und geschätzt werden. Ich wohne noch im gleichen Dorf, in dem ich auch praktiziere, was bei den jungen Kollegen und Kolleginnen nicht mehr der Fall ist. Die Nähe zur Bevölkerung geht dadurch sicher ein Stück weit verloren.

Ist die medizinische Grundversorgung unserer Bevölkerung Ihrer Meinung nach angesichts starker demographischer Veränderungen in Zukunft gewährleistet?

Die Grundversorgung ist eindeutig in Gefahr, gerade in abgelegenen Regionen. In Deutschland gibt es deshalb auch mobile Ärztinnen und Ärzte, die diese Lücke zu füllen versuchen. Diese Modelle sind aber keine nachhaltige Lösung. Tatsache ist, dass die Bevölkerung weiter zunimmt und auch altert, so dass der Bedarf an hausärztlicher Versorgung steigt. Diese Versorgung zu bewerkstelligen ist eine grosse Herausforderung.

Wie hat sich Ihrer Wahrnehmung nach die Rolle und Stellung der Hausarztmedizin in den letzten 35 Jahren innerhalb der Medizin (FMH) und des Gesundheitswesens verändert?

Die Position der Hausarztmedizin wurde eindeutig geschwächt. Früher bildeten die Grundversorger die Mehrheit in der FMH, heute gibt es deutlich mehr SpezialistInnen. Die Anreize des Tarifsystems haben dazu geführt, dass es einfach attraktiver ist, als SpezialistIn zu arbeiten. Ich hoffe, dass der neue Tarif TARDOC hier eine Wende bringt.

Etwa ein Drittel der heutigen Medizinstudierenden will gemäss einer aktuellen Umfrage aus der Medizin wieder aussteigen. Wie interpretieren Sie das? Was läuft schief?

Die AssistenzärztInnen in den Spitälern beklagen den hohen administrativen Aufwand und die hohe Arbeitsbelastung. Sie möchten gerne mehr Patientenkontakt und Teilzeitstellen. Mit mehr Praxisassistentenstellen könnten die jungen Assistenzärztinnen und -ärzte den Arbeitsalltag in einer Praxis kennen lernen und sich die Motivation für die Ausbildungsjahre im Spital holen. Der Alltag in den Spitälern unterscheidet sich deutlich von einer Praxis und man verbringt in der Regel wenige Ausbildungsjahre im Spital, um danach Jahrzehnte in der eigenen Praxis zu arbeiten. Um das Image des Hausarztberufes zu verbessern, habe ich mein Buch geschrieben. Es würde mich freuen, wenn sich NachahmerInnen finden würden, denn wir müssen unseren Beruf ins Gespräch bringen und die jungen ÄrztInnen für diese Aufgabe gewinnen.

Wie hat sich die gesundheitspolitische Strategie «ambulant vor stationär» aus Ihrer Sicht bewährt?

Ich denke, dass der Bereich der ambulanten Chirurgie deutlich ausgeweitet werden kann: Varizen-, Inguinalhernien- oder andere kleinere Eingriffe sollten nur noch ambulant durchgeführt werden. Spitalstrukturen sind von der Infrastruktur und vom Personal aufwendig und sollten PatientInnen mit schweren Erkrankungen vorbehalten sein. Fehlanreize im System, die eine stationäre Behandlung bevorzugen, sollten eliminiert werden.

«Das grösste Problem ist der Nachwuchsmangel: 50% der ÄrztInnen sollten den Hausarztberuf ergreifen, heute sind es unter 40%.»

Welches sind für Sie die grössten Baustellen im Bereich der medizinischen Grundversorgung, die in den nächsten zehn Jahren angegangen werden müssen?

Das grösste Problem ist der Nachwuchsmangel: 50% der ÄrztInnen sollten den Hausarztberuf ergreifen, heute sind es unter 40%. Da in den nächsten Jahren geburtenstarke Jahrgänge in Pension gehen, die Bevölkerung in der Schweiz weiter wächst und altert, ist der Bedarf an HausärztInnen hoch. Es müssen Arbeitszeitmodelle realisiert werden, damit ÄrztInnen mit Familie in Teilzeit arbeiten können. Die Einzelpraxis wird es weiterhin geben, angesichts der regulatorischen Auflagen, Qualitätskontrollen und Reduktion der Infrastrukturkosten wird dieses Modell Mühe haben, zu überleben. Es werden sich grössere Einheiten entwickeln, von vier und mehr ÄrztInnen, die attraktiv genug sind, damit Teilzeitarbeit möglich und organisierbar ist.

Die Zahl der Studienplätze in Medizin muss in der Schweiz deutlich erhöht werden. Dass unser Land sich auf ausländische Fachkräfte abstützt – das soll keine Abwertung der ausländischen KollegInnen sein – ist aber kein nachhaltiges Modell. In Deutschland wurden die Löhne deutlich erhöht, so dass weniger deutsche KollegInnen zu uns kommen.

Die Gemeinden müssen auf die ÄrztInnen zugehen und gute Lösungen für die Grundversorgung finden. Die Zeiten sind vorbei, in denen junge ÄrztInnen alles alleine aufgebaut haben. ■

Der Hausarzt als Lotse der Gesundheitsversorgung

Stellen Sie sich einen Kapitän auf dem weiten Meer vor, der das Steuer seines Schiffs fest in der Hand hält. Sein Ziel? Wohlbefinden und Gesundheit. Egal, ob der Kurs mal wieder in Richtung «mehr Bewegung», «ausgewogenere Ernährung» oder «weniger Stress» geht: Der Kapitän steuert sein Schiff und entscheidet, wohin die Reise geht.

Text: lic. iur. HSG Barbara Hürlimann

Doch was passiert, wenn sich die Fahrstrasse plötzlich verengt? Wenn sich der Kapitän seinen Weg zwischen Klippen und Untiefen suchen oder sich in unbekannte oder seichte Gewässer begeben muss? Wenn der weitere Kurs der Reise nicht mehr klar ist? In diesen Situationen hilft die Führung durch einen erfahrenen Lotsen. Einem Lotsen, der die Gewässer kennt, Untiefen meidet, Strömungen richtig einschätzt und sicher durch den dicken Nebel navigiert. Im Meer der Gesundheitsversorgung übernimmt die Hausärztin

oder der Hausarzt diese zentrale Rolle, gleichzeitig fungiert die Patientin oder der Patient als Kapitän der eigenen Gesundheit.

Hausärztinnen und Hausärzte sind dabei weit mehr als erste Ansprechpartner. Mit ihrem umfassenden medizinischen Wissen sowie ihrem ganzheitlichen Blick auf die Gesundheit und die Bedürfnisse ihrer PatientInnen, tragen sie wesentlich zu einer menschenzentrierten Gesundheitsversorgung und zur Förderung von integrierten Behandlungsansätzen bei.

Die Grundlage einer erfolgreichen integrierten Versorgung ist die enge Vernetzung aller Akteure im Gesundheitswesen. HausärztInnen nehmen eine Schlüsselrolle ein, indem sie den Überblick behalten, Informationen bündeln und die Zusammenarbeit aller Beteiligten koordinieren, was in einem System, das von Spezialisierungen, komplexen Abläufen und regulatorischen Vorgaben geprägt ist, zentral ist. Die Hausärztin oder der Hausarzt sichert hiermit nicht nur eine qualitativ hochstehende Behandlung und Betreuung, sondern optimiert auch die Nutzung vorhandener Ressourcen. Besonders vor dem Hintergrund einer alternierenden Bevölkerung und einer Zunahme von multimorbiden und/oder chronisch kranken PatientInnen ist die Hausärztin oder der Hausarzt als Lotse unverzichtbar. Sie verhindern, dass sich die PatientInnen in den endlosen Weiten des Meeres verirren oder gar Schiffbruch erleiden. Eine gute Hausärztin oder ein guter Hausarzt



lic. iur. HSG Barbara Hürlimann

fördert sodann die Gesundheitskompetenz der PatientInnen. Damit stärken sie nicht nur Ihre PatientInnen in ihrer Rolle als Kapitän ihrer eigenen Gesundheit, sondern tragen auch massgeblich zu einer nachhaltigen und eigenverantwortlichen Gesundheitsversorgung bei.

In der heutigen Zeit, die zunehmend von Digitalisierung geprägt ist und die zunehmend von Gesundheits-Apps und Dr. Google bestimmt wird, könnte man vermuten, dass der klassische Hausarzt als Lotse an Bedeutung verliert. Doch ganz im Gegenteil: Der Hausarzt weiss, dass eine App keine gesicherten Diagnosen stellen kann, und dass eine E-Mail keine persönliche Beratung ersetzt. Digitale Kommunikations- und Informationstechnologien sind aber unverzichtbar für eine optimale und bedarfsgerechte Betreuung der Patienten sowie zur Sicherung eines niederschweligen Zugangs zur medizinischen Versorgung. Dadurch steigt nicht nur die Effizienz in der Gesundheitsversorgung, sondern auch die Patientenzufriedenheit. Moderne Technologien entlasten Hausärzte zudem von administrativen Aufgaben und schaffen Freiräume, die sie für die persönliche Interaktion mit den Patienten nutzen können.

Die Hausärztin oder der Hausarzt bleibt damit auch in einer digitalen Welt der vertrauenswürdige Lotse seiner eigenen PatientInnen. Als Lotse kennen sie die Routen und hilft den Patienten, die Richtung zu bestimmen. Sie stehen den PatientInnen mit medizinischer Expertise zur Seite und sorgen dafür, dass sich die PatientInnen im Nebel nicht verfahren. Die Fähigkeit der Hausärzte, ihren Patienten komplexe medizinische Sachverhalte verständlich zu erklären, ihren Patienten auf Augenhöhe zu begegnen und Vertrauen aufzubauen, bleibt essenziell. In einer Zeit, in der Patienten oft mit einer Flut an Gesundheitsinformationen konfrontiert sind, ist der Hausarzt denn auch von unschätzbarem Wert.

Das Schweizer Gesundheitssystem steht vor grossen Herausforderungen. Die steigende Komplexität und Fragmentierung der Versorgungslandschaft, der Fachkräftemangel, die zunehmende Ambulanti-

sierung und nicht zuletzt auch der Kostendruck verlangen nach neuen Ansätzen. Die Medizin ist schon länger keine Domäne von Einzelkämpfern mehr.

Gruppenpraxen und Gesundheitszentren bieten eine Möglichkeit, die Work-Life-Balance von Hausärzten zu verbessern und die Zusammenarbeit in einem interprofessionellen Team zu fördern. Sowohl die Einbindung von MPAs, MPKs, APNs und weiteren Fachspezialisten als auch die Entwicklung von neuen Versorgungsmodellen und regionalen Gesundheitsnetzen – als Erweiterung des Erfolgsmodells «Ärztetzetz» – bieten Chancen, die integrierte Versorgung zu stärken und den wachsenden Anforderungen gerecht zu werden. Integrierte Versorgungssysteme gewährleisten mit klaren Strukturen und kurzen Kommunikationswegen die Optimierung von Patientenpfaden. Damit wird die Gesundheitsversorgung als Ganzes nicht nur menschenorientierter, sondern auch interdisziplinärer, effizienter und wirtschaftlicher. Gleichzeitig können innovative Technologien wie künstliche Intelligenz dabei helfen, Risiken frühzeitig zu erkennen und Therapiepläne zu optimieren.

Hausärztinnen und Hausärzte werden auch in Zukunft das zentrale Bindeglied zwischen Patienten und den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen sein. Um den Herausforderungen der Zukunft gerecht zu werden, braucht es aber eine kontinuierliche Weiterentwicklung der hausärztlichen Rolle. Dies umfasst sowohl den Einsatz neuer Technologien als auch die Förderung von integrierten Versorgungsmodellen und regionalen Gesundheitsnetzen. Durch diese Kombination kann der Hausarzt auch zukünftig die Aufgabe als Lotse in der Gesundheitsversorgung erfolgreich wahrnehmen und die eigenen Patienten mit medizinischer Expertise, Weitblick und Engagement dabei unterstützen, ihre Gesundheitsziele zu erreichen. ■



Barbara Hürlimann

Barbara Hürlimann ist lic. iur. HSG und war als Leiterin Recht einer grossen Krankenversicherung tätig. Sie war Abteilungsleiterin Gesundheit im Kanton Aargau und ist Mitglied der Geschäftsleitung einer grösseren Stadt für den Geschäftsbereich Gesellschaft und Soziales verantwortlich. Daneben arbeitet sie als selbständige Beraterin im Gesundheitswesen.

Kommunikation in der Arztpraxis: Wie sag ich's meinen Patienten?

«C'est le ton qui fait la musique.» Was im Französischen so locker daherkommt, spiegelt wohl die Vielfältigkeit, die Farbenpracht und die feinen Nuancen der Kommunikation am treffendsten wider. Und wie beim Musizieren gelingt kein «Werk» wie das andere. Auch Fehler gehören dazu. Glücklicherweise auch Meisterwerke.

Texte: Dr. med. Gregor Dufner, Dr. med. Corina Omlin

Shared decision making. Knapp und nüchtern. Geteilte Entscheidungsfindung wird heutzutage angestrebt. Was so einfach klingt, ist alles andere als einfach. Für eine geteilte Entscheidungsfindung müssen die für eine Entscheidung benötigten Informationen vorliegen und auch verstanden werden. Da wir in der Allgemeinmedizin mit der ganzen Bandbreite an Persönlichkeiten und Erkrankungen in Kontakt kommen, ist bei unserem Kommunikationsstil grundlegend eine hohe Flexibilität erforderlich.

Da gibt es zum einen die Belesenen. Auch die Besserwisser. Oder die ewig Gestressten. Oder die Ängstlichen und Hochempfindlichen, wo jedes Wort genau abgewogen werden muss. Nicht zu vergessen die mit A4-Block und buntem Symptomstrauss Bewaffneten, die unser Zeitmanagement zu zerbersten drohen. Oder die Menschen mit Beeinträchtigung, die uns das Äusserste an einfühlsamer Kommunikation und präziser Beobachtung abverlangen.

Eigentlich hatte ich gelernt, mit offenen Fragen zu beginnen und zuerst einmal zu versuchen, einfach zuzuhören. Gerne hätte ich dem Professor die Beispiele demonstriert, wo dies definitiv ins Abseits führt.

Über die Jahre hat sich mein Kommunikationsstil allmählich verändert. Das hat wohl mit der Veränderung meiner eigenen Persönlichkeit, aber auch mit den über die Jahre hinweg mit den PatientInnen entwickelten Beziehungen zu tun. Andererseits hat die Konsultationszeit deutlich zugenommen, was die Möglichkeit bietet, vertieft auf die PatientInnen einzugehen.

So sind die Probleme, die in einer Sprechstunde zu besprechen sind, bereits in Stichworten von den MPAs notiert. Dies ermöglicht eine zielgerichtete Vorbereitung auf die Konsultation. Es lohnt sich, sich gründlich mit der Vorbereitung zu befassen. Es stärkt das Vertrauen, wenn das Gegenüber erfährt, dass wir informiert sind und den Überblick bewahren. Und wir arbeiten dann gelassener.

Ein professioneller Vorlauf durch mein Praxisteam beginnt mit der nicht ganz einfachen Kontaktaufnahme am Telefon: Worum geht es? Einschätzung der Dringlichkeit und des Zeitbedarfs? Sind Ergänzungen wie Labor, EKG, Überwachung, Infusionen oder Röntgenaufnahmen zu erwarten? Es ist wohl auch ein Merkmal der Hausarztpraxis, dass sich innert kürzester Zeit verschiedene Menschen mit völlig unterschied-



lichen Problemen, unterschiedlichen Erwartungen, unterschiedlichen Voraussetzungen und unterschiedlichen Persönlichkeiten abwechseln. Der Zeitgeist weist in Richtung individualisierter Kommunikation.

So nehmen die Anfragen per Mail seit langem permanent und seit wenigen Jahren überproportional zu. Was einerseits durch rasches Feedback die Behandlung verbessern kann, senkt auch die Hemmschwelle für eine «kurze» Anfrage. Nur zu oft können diese nicht entsprechend kurz beantwortet werden. Nebst datenschutzrechtlichen Aspekten und IT-Hürden kommt uns TARMED in dieser Problematik leider überhaupt nicht entgegen. Gerade die Betreuung hochkomplexer PatientInnen – sei es zuhause oder gemeinsam mit der Spitex oder der Pflegeinstitution – beinhaltet Dutzende von Entscheidungen, ohne dass einen der Patient gegenüber sitzt.

Ähnliches gilt für die Telefonkonsultation. In vielerlei Hinsicht ist das Telefon ein geniales Kommunikationsinstrument. Erstaunlicherweise kommt neuer Wind für die «Tel. Kons.» eher von den jüngeren KollegInnen, die – öfter als ich es gewohnt war – Raum einplanen, um bei ihren PatientInnen nachzuhaken, Befunde mitzuteilen oder zu besprechen, das weitere Vorgehen festzulegen. So können wichtige Informationen einfach und effizient ausgetauscht werden. Der Gang in die Praxis entfällt, was Zeitgewinn und Komfort bedeutet.

Man darf gespannt sein, wie die neuen Kommunikationsmöglichkeiten wie die Videokonsultation, in den neuen TARDOC einfließen werden. An Videokonferenzen haben wir uns gewöhnt, sie werden zunehmend in den Alltag einer Hausarztpraxis einfließen. Die Kommunikation mit Versicherungen passiert meistens auf unattraktivem, administrativem Weg. Ein direkter Kontakt mit CasemanagerInnen oder RAD-ÄrztInnen kann in einigen Fällen aber angenehme und überraschende Erleichterung bringen.

Die Kommunikation mit Spitälern, FachärztInnen, Spitex und Pflegeinstitutionen erfolgt meistens per Mail, gegebenenfalls kombiniert mit dem Telefon. Das Mail hat den Vorteil gegenüber der schriftlichen Dokumentation. Insbesondere bei Überweisungen steht die Weitergabe der uns zur Verfügung stehenden Informationen im Zentrum. Eine gut gepflegte Diagnose- und Medikamentenliste sind hier zentral. Wir wissen, wie hartnäckig wir dafür dranbleiben müssen. Zudem sollte die Fragestellung und damit der Auftrag klar formuliert werden. Von einem elektronischen Patientendossier (EPD) erwarte ich hier nicht nur einen liebevoll finanzierten Datenfriedhof mit strahlenden Werbegesichtern. Das EPD müsste beim Managen der Diagnoseblöcke und beim Abgleich der Medikation gleichermaßen helfen und in unsere Praxissoftware eingebunden sein. Nur dies optimiert die medizinische Kommunikation. Eine doppelte Buchführung? Nein, danke. ■



Die Kommunikation in und um unsere Praxis ist sehr vielfältig. Vieles läuft heute über Pendenzen und Emails, was es oft einfach und unkompliziert macht. Diese Nachrichten können abends um 18.00 Uhr oder morgens um 07.00 beantwortet werden. Leider lässt es aber die Zahlen meiner To-dos in die Höhe schiessen, dass einem manchmal schwindelig wird und man gar nicht mehr kommunizieren mag. Im eigenen Sprechzimmer wird – wie das Wort schon sagt – ständig gesprochen. Mit PatientInnen, Angehörigen, Spitex, Altersheim und BerufskollegInnen sowie TherapeutInnen. Nicht selten dazwischen gequetscht kommen unsere lieben MPAs zu Wort und möchten «schnäll» etwas klären. Am Ende des Tages sind dann meine eigenen Fähigkeiten zu sprechen oft erschöpft und ich geniesse die Ruhe des einsamen und stillen Dokumentierens, bis das nicht

«Die Kommunikation ist ein sehr wichtiges und nützliches Tool und in einer Hausarztpraxis umso wichtiger, da die Zusammenarbeit zwischen diversen Disziplinen funktionieren muss, damit die PatientInnen (und auch wir) davon profitieren können.»

Dr. med. C. Omlin

ganz so geordnete und leise Familienleben zuhause losgeht.

Die Kommunikation im Team gelingt wunderbar, manchmal braucht es auch kaum Worte, die Abläufe sind eingespielt und bei Engpässen, werden die anfallenden Aufgaben auf alle verteilt. Da kommt es vor, dass die ÄrztInnen den Empfang schmeissen oder den Telefondienst übernehmen. Die regelmässigen Teamsitzungen helfen dabei, kleinere Kieselsteine aus unserem Alltagsgetriebe zu entfernen. Aber auch sonst sitzen wir mittags beim Essen zusammen und geniessen die Gespräche über den lokalen Eishockeyverein oder Reisepläne. Eine eingeschworene Einheit. Aufgrund meiner mehrjährigen Tätigkeit im regionalen Spital, sowie in einer früheren Hausarztpraxis, aber auch, dass ich seit Jahren im gleichen Kanton wohne, hilft, dass ich viele Personen aus der Medizinbranche kenne. Der Austausch über Patienten mit früheren KollegInnen ist immer sehr unkompliziert und freundlich, die übrigen Spezialisten lernt man über die Jahre durch diverse Anlässe kennen. Aufgrund der kleinen Grösse unseres Kantons sind die Wege kurz, man kennt sich und es ist stets ein freundlicher Austausch möglich – mal per Mail oder per Telefon. Oftmals profitiere ich als Hausärztin vom Wissen der Spezialisten – auch bezüglich der neusten Guidelines.

Doch es gibt auch hier Potential nach oben. Werden Patienten hospitalisiert, herrscht oft Ruhe. Rückfragen zu komplexen Patienten oder Vorgeschichten gibt es kaum – dies vermisse ich einerseits der Zusammenarbeit wegen, aber auch zum gegenseitigen Lernen. Des Öfteren wurden Abklärungen/Therapien (neu-)organisiert, die bereits geplant oder in Bearbeitung waren. Als Assistenzärztin im Stadtspital Triemli war es Pflicht, den Hausarzt oder die Hausärztin pro Hospitalisation einmal anzurufen und sich auszutauschen. Diese wussten die Telefonate sehr zu schätzen und der gegenseitige Austausch hat so manches Aktenstudium um einiges verkürzt und die anfallenden Aufgaben konnten effizient auf beide Parteien verteilt werden. Auch für unsere PatientInnen ist das ein Gewinn. Erst letztens hatte ich einen wunderbaren Austausch mit der Abteilung für Allergologie am Universitätsspital Zürich, als die zuständige Ärztin nachfragte, welche Blutdruckmedikamente sie für die Patientin noch testen soll, nachdem sie meine ausführlich dokumentierte Unverträglichkeitsliste inklusive Zusatzstoffe gelesen hatte. So werde ich in Zukunft den Blutdruck therapieren können mit sicherlich verträglichen Medikamenten. Und die Patientin freut es. ■

«Die Hausärzteschaft und die Spitex sind zentrale Säulen unserer Gesundheitsversorgung»

Im folgenden Interview beantwortet Daniel Schwarzenbach, der seit August 2024 die Sparte Spitex-Organisationen bei der vaka leitet, Fragen über die aktuelle Situation der Spitex generell und zum Verhältnis der Spitex zur Hausärzteschaft.

Interview: Bernhard Stricker, lic. phil. Portrait: Foto Basler, Aarau

Die vaka ist der Verband von über 163 Aargauer Spitälern, Kliniken, Pflegeinstitutionen und Spitex-Organisationen, die mit ihren rund 28 000 Mitarbeitenden tagtäglich stationäre und ambulante Leistungen im Kanton Aargau erbringen. Die vaka ist Mitglied bei den nationalen Verbänden H+ Die Spitäler der Schweiz, Curaviva und Spitex Schweiz.

Wie hat sich die Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen und Hausärzten und der Spitex in den letzten Jahren entwickelt?

Daniel Schwarzenbach: Ambulant vor stationär ist seit langem ein Mega-Trend in der Gesundheitsbran-

che und wird sich noch verstärken. Dadurch geprägt gestaltet sich die Zusammenarbeit der Leistungserbringer vermehrt interdisziplinär, um gemeinsam eine nahtlose patientenzentrierte Versorgung sicherzustellen. Die zunehmende Komplexität der Fälle und der medizinische Fortschritt führen ebenfalls zu einem stärkeren Austausch. Von dieser verbesserten Koordination zwischen Ärzteschaft und Pflege profitieren die Patientinnen und Patienten, insbesondere durch eine höhere Qualität der Versorgung. Diesen Weg müssen beide Berufsgruppen daher zwingend weiterverfolgen.

Wie gut funktioniert die Zusammenarbeit heute zwischen den beiden Berufsgruppen? Gibt es noch «Baustellen» oder «Optimierungsbedarf»?

Ich denke, im Bereich des Informationsflusses zwischen Ärzteschaft und Pflege sind noch relevante Effizienzsteigerungen möglich. Eine weitere Digitalisierung ist hier nötig und würde auch wieder Ressourcen für die zentralen Arbeiten mit den Patientinnen und Patienten frei machen. Auch das EPD sehen wir in diesem Bereich als zentrale Errungenschaft an.



Daniel Schwarzenbach

Daniel Schwarzenbach ist seit August 2024 Leiter der Sparte Spitex-Organisationen und Mitglied der Geschäftsleitung bei der vaka. Zuvor war er mehrere Jahre als Geschäftsleiter von Spitex-Organisationen tätig. Er ist Betriebsökonom FH sowie dipl. Wirtschaftsprüfer und verfügt über einen Executive MBA HSG.

Weitere Infos:

vaka.ch





Daniel Schwarzenbach

Natürlich sehen wir auch positive Auswirkungen durch die verstärkte Zusammenarbeit in Netzwerken («Integrierte Versorgung»). Der zunehmende Fachkräftemangel sowohl bei Hausärztinnen und Hausärzten als auch beim Pflegepersonal wirkt sich erschwerend auf die Zusammenarbeit aus, da sich der Druck auf die knappen Ressourcen erhöht. Hier sind einige positive Veränderungen unterwegs – wie die einheitliche Finanzierung für die Gesundheitsbranche.

Und welche Rolle spielt dabei die Bürokratie?

Die aufwändige Bürokratie ist eine weitere Hürde in der Zusammenarbeit. Immerhin muss die Spitex seit Juli letzten Jahres für gewisse Pflegeleistungen keine ärztliche Unterschrift mehr einholen. Das ist ein

«Die Politik muss sicherstellen, dass die Hausärztinnen und Hausärzte sowie alle Spitex-Mitarbeitenden wieder mehr Zeit mit ihren Patientinnen und Patienten verbringen können.»

Schritt in die richtige Richtung – genügt aber bei weitem noch nicht. Die Politik muss sicherstellen, dass die Hausärztinnen und Hausärzte sowie alle Spitex-Mitarbeitenden wieder mehr Zeit für die Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten verbringen können.

Wie bedeutend – oder auch systemrelevant – sind Ihrer Meinung nach Spitex und Hausärzteschaft für die gesamte gesundheitliche Grundversorgung der Schweiz?

Die Hausärzteschaft und die Spitex sind zentrale Säulen unserer Gesundheitsversorgung, da wir in der

Schweiz auf eine dezentrale und wohnortnahe Betreuung setzen. Diese Rolle wird in Zukunft eher noch wichtiger werden. Die Hausärztinnen und Hausärzte sind und bleiben die Primärversorger, werden aber zusammen mit der Spitex immer mehr auch zu KoordinatorInnen einer ganzheitlichen, patientenzentrierten Versorgung. Der technologische Wandel wird für beide Berufsgruppen neue Möglichkeiten erschliessen. Ferndiagnostik, Telemedizin oder die Möglichkeit, Gesundheitsparameter mobil und in Echtzeit zu überwachen, werden die Zusammenarbeit und allenfalls auch die Aufgabenverteilung verändern.

In der Volksabstimmung vom 18. Mai 2014 sagte die Schweizer Bevölkerung «Ja» zur Hausarztmedizin und am 28. November 2021 «Ja» zur Initiative «Für eine starke Pflege» (Pflegeinitiative). Seither stehen die Hausarztmedizin und die Pflegeberufe exklusiv (als einzige Gesundheitsberufe) in der Bundesverfassung. Was bedeutet diese «institutionelle Aufwertung» der Pflege für die Spitex?

Die Pflegeinitiative hat die Bevölkerung angenommen, um der Bedeutung der Pflege Rechnung zu tragen – denn die Pflege ist eine tragende Säule in der Gesundheitsversorgung und wurde in der Vergangenheit eher zurückhaltend behandelt. Durch den demografischen Wandel und die stetig steigenden Gesundheitskosten werden die Fallzahlen in der ambulanten Versorgung weiter stark ansteigen. Gleichzeitig steigt auch die Fallkomplexität weiter. Es wurde schlicht unabdingbar, dass einerseits in die Förderung der Ausbildung und die Personalentwicklung investiert wird und dass die entsprechenden Leistungserbringer auch attraktive Arbeitsbedingungen anbieten können. Dazu sind strukturelle Reformen notwendig, zu denen auch die Pflegeinitiative gehört. Aus unserer Sicht bleibt es wichtig, dass den Leistungserbringern genügend unternehmerische Gestaltungsmöglichkeiten bleiben, um die Themen anzupacken. Eine zu tiefgreifende Regulierung auf rein operative Prozesse könnte kontraproduktive Resultate liefern.

Der Bundesrat gab Mitte Juni bekannt, dass die seit 2004 geltende Tarifstruktur TARMED für ambulante ärztliche Leistungen per 1. Januar 2026 durch die Einzel-

«Ambulant vor stationär» ist weit mehr als ein Konzept – es ist eine gesundheitspolitische Strategie.»

leistungs-Tarifstruktur TARDOC sowie durch eine Tarifstruktur für Pauschalen ersetzt wird. Was heisst das für die Arbeit der Spitex?

Um die Ambulantisierung zu fördern, braucht es adäquate Tarife im ambulanten Bereich. Die neue Tarifstruktur sieht eine Kombination von Einzelleistungstarifen (TARDOC) und ambulanten Pauschalen vor. Die Pauschalen kommen dabei vor allem im spitalambulanten Bereich zur Anwendung. In der hausärztlichen Versorgung kommt auch weiterhin der Einzelleistungstarif zur Anwendung. Mit der neuen Tarifstruktur soll die Grundversorgung gestärkt und die Leistungen der Hausärztinnen und Hausärzte besser abgegolten werden. Diese Stärkung der Grundversorgung wird sich für die Spitex hinsichtlich Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft positiv auswirken.

Sie sprechen von der «Förderung der Ambulantisierung». Wie beurteilen Sie aus Spitex-Sicht grundsätzlich das Konzept «ambulant vor stationär»? Welche Erfahrungen haben Sie bisher damit gemacht?

«Ambulant vor stationär» ist weit mehr als ein Konzept – es ist eine gesundheitspolitische Strategie. Und diese Strategie ist enorm wichtig für unser künftiges Gesundheitssystem. Dies insbesondere aus drei Gründen: Erstens sparen wir Kosten. Denn ambulant ist viel günstiger als teure Spital- oder Pflegeheimübernachtungen. Zweitens entlastet sie den Fachkräftemangel, da weniger Rundumbetreuung und weniger Personal notwendig ist. Und drittens können die Menschen schneller oder länger da versorgt werden, wo sie am liebsten sind: zu Hause.

Angesichts der Tatsache, dass wir (sowohl bei den HausärztInnen als auch bei der Spitex) auf einen Fachkräftemangel zusteuern, werden derzeit neue Versorgungsmodelle erprobt, bei denen neue Berufsprofile – zum Beispiel PflegeexpertInnen APN – als Bindeglieder zwischen Spitex und HausärztInnen zum Einsatz kommen. Was halten Sie davon?

Die sich schnell verändernden Rahmenbedingungen wurden bereits erwähnt. Die zukünftigen Herausforderungen sind gross und wir stellen fest, dass sich die Leistungserbringer in der ambulanten Pflege gut vor-

«Die Qualität ist für die Spitex-Organisation mit einem öffentlichen Leistungsauftrag von zentraler Bedeutung.»

bereiten. PflegeexpertInnen APN sind längst in den Spitex-Organisationen angekommen. Sie leisten schon jetzt einen wesentlichen Beitrag zu einer optimalen Pflegequalität und erhöhen die Sicherheit der Klientinnen und Klienten deutlich. Sie leisten einen notwendigen Mehrwert, der allerdings noch nicht durch entsprechende Abrechnungsmöglichkeiten kompensiert wird. Hier besteht Nachholbedarf.

Was bedeutet Qualität für die Spitex? Inwiefern betrifft die Qualitätsdiskussion im Gesundheitswesen die Arbeit der Spitex?

Die Qualität ist für die Spitex-Organisation mit einem öffentlichen Leistungsauftrag von zentraler Bedeutung. Qualitätsmanagement in der Spitex umfasst vielfältige Aspekte wie zum Beispiel die Fachkompetenz, die organisatorische Effizienz und Patientenorientierung und -sicherheit. Angesichts des zunehmenden Pflegebedarfs und der Herausforderungen im Gesundheitswesen ist das Qualitätsmanagement in der Spitex entscheidend für eine nachhaltige und effektive Versorgung. Der Kanton Aargau, zusammen mit der Branche, investiert einiges in die einheitliche in die einheitliche Messung und Überwachung der Qualitätsanforderungen. Wir sehen aber auch, dass einige Leistungserbringer sogar über diese hohen Anforderungen hinaus gehen wollen und beispielsweise eine Qualitätszertifizierung anstreben – oder schon erhalten haben.

Das Magazin deFACTO, in dem dieses Interview erscheint, ist das Mitgliedermagazin, das vorwiegend von Hausärztinnen und Hausärzten gelesen wird. Welchen Wunsch haben Sie als Spitex an die Hausärztinnen und Hausärzte?

Wir sehen die wichtige Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte als Primärversorger und sehen in ihnen einen wichtigen Partner, um eine hochwertige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Die Herausforderungen im Gesundheitswesen werden über die einschätzbare Zukunft gross sein und wir sind der Meinung, dass wir diesen Veränderungsprozess nur partnerschaftlich auch mit der Hausärzteschaft angehen können. Wir freuen uns daher, dies gemeinsam zu gestalten. ■

Die Kosten der Spitex-Dienste sind 2023 stark gestiegen

Gemäss einer aktuellen Medienmitteilung des Bundesamtes für Statistik nahmen 2023 die Kosten der Spitex-Pflege um 7% zu. Die Kosten der Spitex-Dienste beliefen sich 2023 auf 3,3 Milliarden Franken (+7,3% gegenüber 2022). Die gemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Unternehmen schrieben zum zweiten Mal in Folge rote Zahlen: Ihr Defizit belief sich auf 7,5 Millionen Franken. Demgegenüber erzielten die gewinnorientierten Unternehmen einen Gewinn von 16,8 Millionen Franken.

Die Spitex-Kundschaft wird insbesondere aufgrund der Diversifizierung des Angebots tendenziell jünger: 2023 wurden 38% der Pflegeleistungen für Personen ab 80 Jahren erbracht, zehn Jahre zuvor lag dieser Anteil noch bei 49%. Die Versorgung zu Hause wird intensiver: Für jede Klientin und jeden Klienten wurden durchschnittlich 56 Pflegestunden aufgewendet, gegenüber 53 Stunden im Jahr 2022. Als Folge davon erhöhte sich der pro Jahr für Spitex-Pflegeleistungen in Rechnung gestellte Betrag um aussergewöhnliche 14% auf 5565 Franken pro Klientin bzw. Klient.

2023 gab es 2971 Spitex-Dienste (+9%). Insgesamt waren 13 gemeinnützige Unternehmen, 72 gewinnorientierte Unternehmen und 162 selbstständige Pflegefachpersonen mehr tätig als 2022. Vor allem gewinnorientierte Unternehmen nehmen stark zu.

(Quelle: Bundesamt für Statistik)



Spitex Schweiz

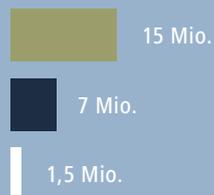
Spitex Schweiz ist der nationale Dachverband von gemeinnützigen Spitex-Kantonalverbänden und weiteren Organisationen für professionelle Pflege und Unterstützung zu Hause. Er setzt sich auf nationaler Ebene für die Interessen der Mitglieder und deren lokalen Spitex-Organisationen ein und stellt Dienstleistungen für die gesamte Branche zur Verfügung. Rund 400 Organisationen mit über 40 000 Mitarbeitenden pflegen und betreuen Menschen jeden Alters, damit diese weiterhin in ihrer gewohnten Umgebung leben können. Die Organisationen von Spitex Schweiz versorgen rund drei Viertel der Spitex-Klientinnen und -Klienten in der ganzen Schweiz.

www.spitex.ch

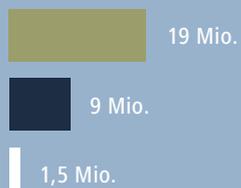
Spitex in der Schweiz

Zahlen und Fakten

Verrechnete Stunden Pflege

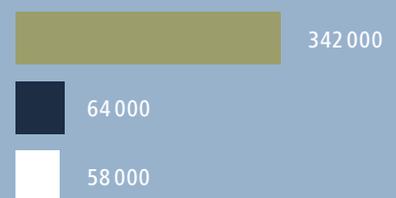


Verrechnete Stunden Hauswirtschaft und Pflege

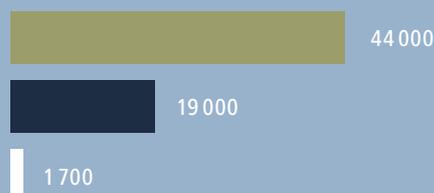


Zahlen 2023

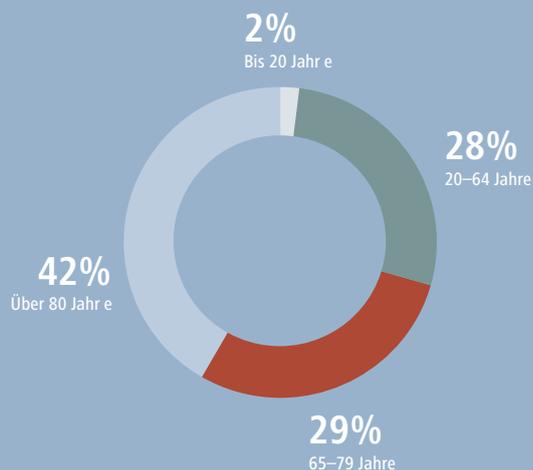
Anzahl Klienten



Anzahl Mitarbeitende



Altersverteilung der Klienten



- Gemeinnützige Spitex-Organisationen
- Erwerbswirtschaftliche Spitex-Organisationen
- Selbstständige Pflegefachpersonen



Kommunikation in der Hausarztpraxis

Die Kommunikation ist die Überbringung von Informationen von einer Person zur anderen. Sie definiert die Beziehung der beiden Involvierten und führt stets einen Inhalt mit sich. Kommunikation findet immer statt. «Man kann nicht nicht kommunizieren»!

Text: Dr. med. Corina Omlin

Kommunikation findet einerseits verbal (Wortwahl, Tonfall, Sprechtempo), aber auch nonverbal (Körpersprache, Mimik, Gestik, räumliches Verhalten) statt.

Sie wird beeinflusst von der Persönlichkeit, dem Alter, Kultur, sozialem Hintergrund, Einschränkungen (Seh-/Hör-/Geheinschränkung), Erkrankungen (Suchterkrankungen, Depressionen, Schizophrenie) etc. und besteht aus vier Komponenten:



Kommunikationspsychologische Betrachtung (Lupe) der Nachricht «Ich habe immer noch starke Schmerzen» (angepasst nach F. Schulz von Thun).

Kommunikation im Alltag einer Hausarztpraxis

Patienten kommen zu uns in die Praxis, weil sie Hilfe benötigen. Egal, ob zum präventiven Check-up, Abholen von Medikamenten, Beschwerden oder wegen Impfungen. Es besteht somit eine Abhängigkeitsbeziehung. Aufgrund unseres Wissens als MPA oder ÄrztInnen besteht auch ein Wissensgefälle. Weiter haben unsere PatientInnen medizinische Probleme (Schmerzen, Angst etc.), die ihr Verhalten beeinflussen. Diese Konstellation ist bereits eine erschwerte Voraussetzung für eine gut funktionierende Kommunikation.

Aufgrund dessen ist die Rolle der MPA enorm wichtig. Sie ist die erste Ansprechperson von der Begrüßung zur Blutentnahme übers Röntgen bis zur Medikamentenbestellung. Und sie befinden sich in einer Sandwichposition zwischen dem Arzt und dem Patienten, was in gewissen Situationen herausfordernd sein kann. Zuerst müssen sie die Bedürfnisse erfassen und darauf eingehen («Was möchten Sie?») und Gefühle entgegennehmen («Ich verstehe, sie sind wütend»). Sie müssen das Gespräch führen, die PatientInnen klar und deutlich informieren (über Abläufe, Wartezeit etc.). Bei Unklarheiten kann es helfen, nochmals nachzufragen. («Was würde Ihnen am besten helfen?»), Auswahlmöglichkeiten («Möchten Sie zuerst impfen oder die Blutentnahme?») und Unterstützung

(«Wir versuchen gemeinsam eine Lösung zu finden») anbieten. In der Funktion als Arzt oder Ärztin muss eine Beziehung zu den Patienten aufgebaut werden. So können die Probleme und auch die emotionalen erfasst und darauf eingegangen werden.

Durch adäquates Informieren, Beraten und Fragen beantworten können Patientenkompetenzen gestärkt werden. Auch Verständnis haben für die Emotionen des Patienten führt zu einer Vertrauensbeziehung. Gemeinsame Entscheide treffen, evtl. eine Wahlmöglichkeit und Unterstützung anbieten, führen zu einer optimalen Compliance. Am Ende der Konsultation kann auch das Besprochene kurz zusammengefasst werden.

Gesprächsführung

Patienten führen und lenken kann mittels folgender Strategie erreicht werden:

- Aktives Zuhören (ernst nehmen)
- Nachfragen
- Prozesse erläutern
- Informieren
- Gemeinsam entscheiden
- Motivieren

Gespräche sinnvoll führen gelingt nur, wenn Emotionen unter Kontrolle sind. Haben die Gefühle die Oberhand in einem Gespräch, kann keine sinnvolle Kom-



munikation erfolgen. Gerade wenn Patienten und/oder Angehörige mit Schmerzen, Unwohlsein, Stress, Angst etc. in unser Sprechzimmer kommen, kann es schwierig werden. Wir sind zudem auch nicht frei von Gefühlen (Zeitdruck, Stress, frühere Vorfälle, Müdigkeit, private/berufliche Sorgen, Überforderung) und/oder es besteht eine schwierige Grundvoraussetzung für ein Gespräch (am Empfang, Freitagabend, «dazwischen» etc.).

Je nach Gefühlen sind unterschiedliche Forderungen von Seiten des Patienten vorliegend:

- Angst: Sicherheit
- Scham: Intimsphäre
- Mutlosigkeit: Erfolgserlebnisse
- Wut: Ernst nehmen
- Misstrauen: Kontrolle

Trotz aller Bemühungen kommt es immer wieder zu schwierigen Gesprächen, privat wie auch beruflich. Sie sind herausfordernd, emotional belastend und fallen uns schwer oder sind unangenehm. Sie treten täglich auf, nicht nur beruflich, aber auch privat. Solange Emotionen unkontrolliert sind, kann kein sinnvolles Gespräch geführt werden. Deswegen erfordern diese Gespräche besonders viel Geduld, Verständnis und Kompromissfähigkeit und eine respektvolle und einfühlsame Kommunikation ist notwendig.

Einige Kommunikationstechniken

- Aktives Zuhören vertieft Beziehungen, weckt Vertrauen, vermeidet Missverständnisse und verringert Anspannung und Stress. Zudem stärkt es das Selbstvertrauen von PatientIn und ÄrztIn.

- Du-ich-Botschaft: Durch das Verwenden von sogenannten Ich-Botschaften werden Situationen, Gefühle etc. beschrieben ohne negative Bewertung. Es ist eine neutrale Überbringung eines Wunsches/einer Information, die keine verletzend Absicht hat. Durch Du-Botschaften entstehen Vorwürfe, Schuldgefühle und sie werden oft als Kritik/Ablehnung/Tadel verstanden. Darunter kann sich der Widerstand erhöhen, da die Botschaft bestrafend empfunden wird.

Gesprächsmemo:

- Aktives Zuhören
- Wiederholen
- Empathie zeigen
- Ich-Botschaften
- W-Fragen (wer, wie, was, weshalb, warum?)
- Zusammenfassen
- Lösungsorientiert sprechen
- Gemeinsame Interessen betonen
- Bei Emotionen eine Pause einlegen
- Positive Körpersprache
- (Gesprächsvorbereitung)
- Keine Schuldzuweisungen oder Belehrungen

Situation entschärfen:

Sollte eine Situation doch eskalieren, können folgende Vorschläge hilfreich sein:

- Durchatmen!
- Interesse/Verständnis zeigen
- Emotionen ansprechen und vom Thema trennen, sachlich bleiben
- Respektvollen und konstruktiven Umgang ansprechen
- Lösungen anbieten, evtl. Bedenkzeit anbieten
- Mehr Zeit für schwierige PatientInnen einplanen
- Eigene Mimik, Tonfall, Körperhaltung und Gestik beachten
- Ruhigen Raum fürs Gespräch suchen ■

Quellenangabe

- Kommunikation und Umgang mit Patienten, Medizinischer Lehrmittelverlag Bieri & Weder, Schülerausgabe ISBN 978-3-9524361-2-7, Lehrkraftausgabe ISBN 978-3-9524361-3-4

Das sagt die Spezialistin

Claudia Kandalowski

Expertin Personal- und Kulturentwicklung, Coaching & Beratung, Ausgebildete Mediatorin KSfM

Als Personalentwicklerin u.a. in Hausarztpraxen empfehle ich den mediativen Ansatz, um die Kommunikation im Team und mit den PatientInnen zu verbessern. Wichtig zu wissen: Man muss keine Mediationsausbildung haben, um diesen Ansatz zu erlernen. In der Hausarztpraxis kann jeder von mediativen Techniken profitieren, um die Kommunikation zu stärken und das Arbeitsklima zu verbessern. Mediation fördert das gegenseitige Verständnis und erweitert die Perspektiven aller Beteiligten, was zu einem harmonischeren Miteinander führt. Ein gut funktionierendes Team ist die Basis für erfolgreiche Kommunikation. Neben fachlicher Kompetenz spielen emotionale Intelligenz und gegenseitige Unterstützung eine zentrale Rolle. Mediation hilft, Konflikte frühzeitig zu erkennen, Aufgaben klar zu verteilen und Missverständnisse zu vermeiden. Den PraxisinhaberInnen kommt eine Schlüsselrolle zu, in-



dem sie klare Kommunikationsstrukturen etablieren und ihre Teams dabei unterstützen. Ein Arbeitsumfeld, das von Offenheit, Vertrauen und gemeinsamer Verantwortung geprägt ist, fördert sowohl die Qualität der Patientenversorgung als auch die

Zufriedenheit des Teams. Mediation und gezielte Kommunikationsförderung sind wesentliche Schritte, um den Herausforderungen des modernen Gesundheitswesens gerecht zu werden und die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten.

Mediation in der Hausarztpraxis: Hinter Forderungen und Beschwerden steckt mehr

Forderungen nach «mehr Gehalt» oder «mehr Wertschätzung» sind in Hausarztpraxen häufig zu hören. Doch was steckt dahinter? In der Mediation geht es z. B. darum, das Thema zu erfassen, die Interessen und Bedürfnisse zu erkennen und passende Lösungen zu finden.

Mehr Gehalt – was ist das wirkliche Bedürfnis?

Oft wird eine Gehaltserhöhung gefordert, aber oft geht es nicht nur um das Finanzielle. Häufig verbirgt sich dahinter der Wunsch nach:

- **Einbindung in Verantwortung:** Eine MPA soll eine andere MPA ungefragt einarbeiten. Es wäre ihr wichtig gewesen, in die Entscheidung einbezogen zu werden.
- **Weiterbildungsmöglichkeiten:** Eine MPK möchte eine Fortbildung besuchen, kann sich diese aber nicht leisten.

Was verbirgt sich hinter der Forderung nach mehr Wertschätzung?

Wertschätzung – mehr als nur Worte

«Ich wünsche mir mehr Wertschätzung» ist eine häufige Forderung, die aber viele verschiedene Bedeutungen haben kann:

- **Der eigene Geburtstag:** Eine MPA bringt Gipfeli mit, weil sie Geburtstag hat, aber niemand hat an ihren Tag gedacht.
- **Das Zugehörigkeitsgefühl:** Eine MPK muss aufgrund begrenzter Ressourcen oft alleine in die Mittagspause gehen und fühlt sich vom Team ausgeschlossen.

Patientenbeschwerden – das wahre Anliegen verstehen

Patientenbeschwerden, z. B. über lange Wartezeiten, gehen oft über das bloße Warten hinaus.

Mögliche Ursachen können sein:

- **Ängste oder Sorgen:** Patienten fühlen sich ängstlich oder unsicher und warten deshalb mit grösserer Unruhe.
- **Unklare Kommunikation:** Oft geht es um den Wunsch nach mehr Informationen und Verständnis über die Behandlung, um nicht das Gefühl zu haben, «vergessen worden zu sein».

Übersetzung – die wahre Bedeutung erkennen

Die Kenntnis und Anwendung von Mediationstechniken sind sehr hilfreich und nützlich. Durch das Verständnis der zugrundeliegenden Interessen und Bedürfnisse können nachhaltige Lösungen gefunden werden, die sowohl das Praxispersonal als auch die PatientInnen zufrieden stellen. Nicht nur hören, was jemand wie sagt, sondern versuchen zu verstehen, was wirklich gemeint ist.



Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Arbeitgeber sind verpflichtet, Ihre Arbeitnehmenden wirksam und nachweisbar vor Unfällen und Berufskrankheiten zu schützen. Der MehrFachArzt (Qualitätsmanagement-System für Arztpraxen) bietet hierfür eine Individuallösung an.

Text: René Stupf

Die von der Argomed neu entwickelte Individuallösung führt Sie auf verständliche Weise durch die einzelnen Arbeitsschritte und lässt Sie die Anforderungen mit vernünftigem Aufwand erfüllen.

Die Anforderungen an die Arbeitssicherheit ergeben sich aus verschiedenen Gesetzen. Die eidg. Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS) hat daraus Richtlinien für deren Umsetzung definiert. Für den Vollzug und die Kontrolle sind die kantonalen Arbeitsinspektorate zuständig. Diese kontrollieren zunehmend auch Arztpraxen und Ärztezentren.

Auf Arztpraxen und Ärztezentren zugeschnittene Individuallösung

Mit unserem spezialisierten Partnerunternehmen, der ALPN Safety & Security GmbH, haben wir eine Sicherheitslösung entwickelt, die spezifisch auf die Situation in Arztpraxen und Ärztezentren zugeschnitten ist – reduziert auf das Wesentliche. Zum umfangreichen Angebot an Vorlagen und Checklisten

gehört ein Leitfaden, welcher Sie durch die einzelnen Arbeitsschritte führt.

Was bietet die Individuallösung?

- 10-Punkte-Sicherheitssystem: Eine vollständige EKAS-konforme Sicherheitslösung, die alle relevanten Anforderungen abdeckt.
- Sicherheitskonzept: Umfassende Dokumentation mit Leitfäden und Vorlagen, die speziell für die Bedürfnisse von Arztpraxen entwickelt wurden.
- Gefährdungsermittlung: Ein detaillierter Gefährdungskatalog sowie praktische Vorlagen unterstützen bei der systematischen Ermittlung von Gefährdungen und der Dokumentation von Massnahmen.
- Über einen Abonnementvertrag wird der Beizug von ASA-SpezialistInnen (ArbeitsärztInnen und andere Sicherheitsfachkräfte) gewährleistet.

Die Individuallösung ist als eigenständiges Produkt konzipiert und richtet sich an alle Arztpraxen und Ärztezentren, die eine zuverlässige und effektive Sicherheitslösung suchen.

Arbeitsrecht OR (Obligationenrecht)	Unfallverhütung Berufskrankheiten UVG	Arbeitnehmerschutz ArG (Arbeitsgesetz)	Spezifische Gesetze z. B. Strahlenschutzgesetz
Massnahmen zur Schadensvermeidung (in eigener Verantwortung): <ul style="list-style-type: none"> • Nach dem Stand der Technik anwendbar • Den Verhältnissen angemessen • Nach Erfahrung notwendig 			Zum Teil bewilligungspflichtig Klare Vorgaben

Abb. 1: Rechtliche Grundlagen der Arbeitssicherheit



Abb. 2: Kernelemente der Individuallösung

Ergänzende Angebote

Neben der Individuallösung bieten wir Ihnen in Zusammenarbeit mit ALPN Safety & Security folgende zusätzliche Leistungen an:

- KOPAS-Kompaktkurs (1 Tag) für MPA und ÄrztInnen: Die Schulung (Pflicht nach EKAS-Vorgaben) befähigt Ihre Kontaktperson für Arbeitssicherheit (KOPAS) zur selbständigen Umsetzung des Themas.
- Individueller Beizug von Arbeitssicherheitsspezialisten in Kooperation mit ALPN Safety & Security. ■

Preise und Konditionen

Angebot	Inhalte	Preise
Individuallösung Arbeitssicherheit, Vorlagen und Einführungspaket	<ul style="list-style-type: none"> • Vorlagendokumente • Jahresbeitrag für 1. Jahr • 2 h Einführung und Coaching (auf Wunsch vor Ort) 	CHF 980.–
Jahresbeitrag pro Praxis	<ul style="list-style-type: none"> • Beizug ASA • Updates und Infoservice 	CHF 350.–, 10% Rabatt für Argomed Mitglieder
KOPAS-Kurs 1 Tag pro Person (durch ALPN Safety & Security)	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlagen Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz • Grundlagen der Gefährdungsermittlung 	CHF 750.–
Zusätzliche Beratung durch SpezialistInnen für Arbeitssicherheit	<ul style="list-style-type: none"> • auf Anfrage 	

Online-Präsentationen

Lernen Sie unsere Individuallösung persönlich in einer Online-Präsentation kennen.

- Dienstag, 29. April 2025 | 12.15–13.00 Uhr
- Donnerstag, 19. Juni 2025 | 12.15–13.00 Uhr
- Dienstag, 28. Oktober 2025 | 12.15–13.00 Uhr

Eintägiger KOPAS-Kompaktkurs für Individuallösung:

- Donnerstag, 18. September 2025

Melden Sie sich per Mail für Ihren Wunschtermin an:

info@mehrfacharzt.ch



Ihre Ansprechpersonen

Argomed Ärzte AG
Qualitätslabel MehrFachArzt
Bahnhofstrasse 24
5600 Lenzburg
info@mehrfacharzt.ch
Tel. 056 483 03 20



Evelyne Bühler
Kundenbetreuung und Zertifizierung



Roger Tschumi
Leiter MehrFachArzt & Projekte

www.mehrfacharzt.ch

Wie das E-Rezept das Schweizer Gesundheitswesen prägt

Das E-Rezept ist ein zentrales Element in der Digitalisierung des Schweizer Gesundheitswesens. Wir sehen bereits heute: Es vereinfacht die Arbeit von Arztpraxen im Rezeptmanagement – und steigert Qualität und Effizienz in der Versorgung der Patientinnen und Patienten. Erfahren Sie in unserem Interview mit Andreas Bühler die wichtigsten Fakten, Hintergründe und Vorteile und welche Rolle Zur Rose dabei spielt.

Text: Johannes Kornacher Bild: Andreas Bühler

Das E-Rezept ist ein logischer Schritt in der Digitalisierung der Gesundheitsversorgung. Dass es jetzt kommt, ist überfällig. «Bereits vor 25 Jahren dachte man über das elektronische Rezept nach», sagt Andreas Bühler, Gesundheitsexperte und einer der Vordenker der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Pionierin in der Verarbeitung strukturierter Rezeptdaten: die Versandapotheke Zur Rose. Bereits seit 2003 übermitteln über 1000 Arztpraxen Rezepte elektronisch an Zur Rose.

E-Rezept-Schweiz-Service

Der landesweite E-Rezept-Schweiz-Service wird derzeit schrittweise eingeführt.



Andreas Bühler, Dr. med. et sc. nat., selbständiger Berater im Niemandsland zwischen «Business» und «IT», Mitbegründer IG eMediplan, ehemaliger Managing Partner und Mitinhaber der BlueCare AG.

Die E-Rezept-Schweiz-Initiative wurde vom Schweizerischen Apothekerverband (pharmaSuisse), der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) und der Health

«Gegenüber der Papierversion sind Lese- und Verarbeitungsfehler ebenso wie Missbrauch nahezu ausgeschlossen.»

Info Net AG (HIN) lanciert. Anfang 2025 sollen alle Apotheken an den Service angeschlossen sein. Bis 2029, so der Plan, werden dann alle Praxisinformationssysteme umgestellt sein und alle in Arztpraxen ausgestellten Rezepte gemäss E-Rezept-Schweiz-Initiative ausgestellt werden. Es bestehe eine gute Chance, diese Ziele zu erreichen, so Andreas Bühler im Gespräch mit Zur Rose. Fast täglich kommen neue Praxen ins Boot. Doch es ist klar: «Die schweizweite Umstellung ist technisch und kommunikativ aufwendig und braucht Zeit.» Schliesslich müssten alle am Medikationsprozess beteiligten Akteure direkt oder indirekt erreicht werden.

Vorteile des E-Rezepts

Arztpraxen, die bereits elektronisch laufen, werden das E-Rezept nahtlos in ihre Software und den Ablauf integrieren. Ende 2024 erfüllten dadurch bereits 60 Prozent der Ärzteschaft aufgrund ihres jeweiligen Praxisinformationssystems die Voraussetzung für das E-Rezept. Die Zeitersparnis

der Arztpraxis für die Ausstellung oder Erneuerung eines Rezepts wird auf ca. fünf Minuten geschätzt. In der Summe kann so einiges an wertvoller Zeit einge-

spart und anderweitig eingesetzt werden. «Das E-Rezept hat für alle Stakeholder Vorteile», sagt Consultant Andreas Bühler. Es steigert die Effizienz im digitalen Versorgungssystem, etwa in der Telemedizin und in der Logistik. Die erhöhte Effizienz bringt auch mehr Therapiesicherheit. «Gegenüber der Papierversion sind Lese- und Verarbeitungsfehler ebenso wie Missbrauch nahezu ausgeschlossen.»

Für die Patientinnen und Patienten sieht er einen weiteren, wichtigen Vorteil: «Das E-Rezept löst endlich die Vorschrift des Heilmittelgesetzes ein – die freie Bezugswahl.» Bisher wurde ein Papierdauerrezept meist in der Apotheke einbehalten. Doch ein Rezept gehört den Patientinnen und Patienten. Sie können es einlösen, wo sie wollen. Sie erhalten das E-Rezept als QR-Code auf Papier oder speichern es auf dem Handy und finden es auch im elektronischen Patientendossier (EPD). Das bringt mehr Transparenz, mehr Entscheidungsfreiheit und Komfort (zum Beispiel



Bis 2029, so der Plan, werden alle in Arztpraxen ausgestellten Rezepte gemäss E-Rezept-Schweiz-Initiative ausgestellt.

auf Reisen), mehr Eigenverantwortung und (möglicherweise) eine erhöhte Adhärenz. Denn die durchlässige Datenlage des E-Rezepts liefert dem Arzt oder der Ärztin und der Apotheke wichtige Hinweise für ein Beratungsgespräch mit dem Ziel Adhärenz.

Herausforderungen des E-Rezepts Schweiz

Neben technischen Hürden (zum Beispiel Standards in der Software) und dem anspruchsvollen Stakeholder-Management gibt es derzeit noch Herausforderungen auf rechtlich-politischer Ebene, gerade im Hinblick auf das elektronische Patientendossier (EPD). Denn das Rezept und damit auch das E-Rezept sind primär im Heilmittelgesetz geregelt, das EPD jedoch im EPD-Gesetz. Der E-Rezept-Schweiz-Service ist grundsätzlich technisch unabhängig vom EPD. «Doch eine Harmonisierung der beiden Bestrebungen E-Rezept und EPD würde die Implementierung und Anwendung vereinfachen», urteilt Andreas Bühler.

Zur Rose spielt zentrale Rolle

Zur Rose unterstützt die rasche Einführung des E-Rezepts Schweiz. Mit ihrer jahrzehntelangen Erfahrung in der Digitalisierung der Medikamentenversorgung will die Versandapotheke die massgebende Plattform für E-Rezepte in der Schweiz werden. Bereits heute bietet Zur Rose den Arztpraxen vollständig integrierte Prozesse für die elektronische Rezeptübermittlung und das elektronische Rezeptmanagement. Ein wichtiges Tool dabei ist der neue, intuitive Rezeptmanager. Damit kann jede Praxis eine integrierte, effiziente und sichere Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten gewährleisten.

Zur Rose kann E-Rezept am besten

Am effizientesten – als längst etablierter Service für Arztpraxen sowie Patientinnen und Patienten – funktioniert heute das E-Rezept bei Zur Rose. Hier werden rund 500 000 elektronisch übermittelte Rezepte pro Jahr verarbeitet. Dank den hocheffizienten Prozessen – mit allen Qualitätsprüfungen und Patienteninformationen – erledigen die Apothekerinnen und Apotheker von Zur Rose bis zu zehnmal mehr Rezepte in der gleichen Zeit als eine stationäre Apotheke.

Für die Patientinnen und Patienten geht es kaum einfacher. Haben sie dem Arzt oder der Ärztin den Auftrag zur Übermittlung an Zur Rose erteilt, erhalten sie das Medikament in der Regel zwei Arbeitstage später kostenlos und diskret nach Hause geliefert. Das E-Rezept, folgert Andreas Bühler, «passt hervorragend in die Prozesskette einer Versandapotheke wie Zur Rose». ■

Vorteile des Zur Rose-Rezeptmanagers

- Anzeige der Lagerverfügbarkeit bei Zur Rose in Echtzeit
- Statusübersicht der übermittelten Rezepte
- Alternativvorschläge für Generika oder bei nicht verfügbaren Medikamenten
- Kostenloses Tool ohne Installation mit hoher Sicherheit
- Dailymed-Medikamentenverblistung mit nur einem Klick

Mehr Infos und Beratung

zurrose.ch/rezeptmanager



Schlafapnoe direkt in Ihrer Hausarztpraxis diagnostizieren

Mit CardioFlex hat evismo die Kardiologie in Ihre Hausarztpraxis gebracht. Nun stehen mit RespiFlex Schlafmediziner für Ihre Schlafapnoe-Diagnosen bereit – ohne lange Wartezeiten.

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

Unerholsamer Schlaf, lautes Schnarchen und Atemaussetzer: Schlafapnoe tritt häufig auf und bleibt dennoch oft unentdeckt. Bislang war eine umfassende Abklärung meist nur in Schlafkliniken oder beim Pneumologen möglich – mit entsprechenden Wartezeiten. Eine bequeme Lösung direkt in der Hausarztpraxis bietet evismo mit RespiFlex für Schlafapnoe-Screening und -Diagnostik. Die Daten werden dabei von einem Schlafmediziner aus der Ferne analysiert und diagnostiziert.

RespiFlex in der Hausarztpraxis

evismo bringt mit RespiFlex Screening und RespiFlex Diagnostik den Schlafmediziner direkt in Ihre Praxis. Bei Verdacht auf Schlafapnoe liefert das von Ihnen durchgeführte und nach TARMED abgerechnete Screening erste Hinweise. Sind weitere Abklärungen nötig, lässt sich auf denselben Daten eine vollständige Diagnose inklusive Therapieempfehlungen von einer externen Schlafmedizinerin oder einem externen Schlafmediziner einholen. Damit entfallen Mehrfachmessungen und lange Wartezeiten in Schlafkliniken oder beim Pneumologen.

So funktioniert's in Ihrer Praxis

Wie bei CardioFlex stellt evismo Ihnen das RespiFlex-Kit kostenlos zur Verfügung. Bei Verdacht auf Schlafapnoe wird die Patientin oder der Patient instruiert und trägt das RespiFlex-Kit während einer Nacht. Die aufgezeichneten Daten entsprechen einer respiratorischen Polygrafie. Nach dem Hochladen der Daten liegt bereits am nächsten Tag der Screening-Bericht vor (analog Apnea-Link). Neu bei RespiFlex ist, dass Sie bei deutlichem Verdacht auf Schlafapnoe per Knopfdruck eine umfassende Diagnostik auf denselben Daten durch eine externe Schlafmedizinerin oder einen externen Schlafmediziner veranlassen können.

Diese Vitalparameter werden gemessen und analysiert

- Atemfluss
- Sauerstoffsättigung
- Pulsfrequenz
- Atempausen (Apnoen)
- Atemanstrengungen Thorax
- Schlafposition
- Atemanstrengungen Abdomen
- Schnarchgeräusche

Der ausführliche Diagnosebericht wird auf Basis dieser Daten erstellt. Darin lassen sich unter anderem folgende Schlaf-Atemstörungen identifizieren:

- Obstruktive Schlafapnoe (OSA)
- Zentrale Schlafapnoe
- Gemischte Schlafapnoe
- Hypopnoe
- Cheyne-Stokes-Atmung

Im selben Bericht finden Sie zielführende Therapieempfehlungen wie Verhaltensänderungen (z.B. Ge-

Diagnose-Services von evismo

evismo bietet neben RespiFlex zwei weitere Diagnose-Services für Ihre Praxis:

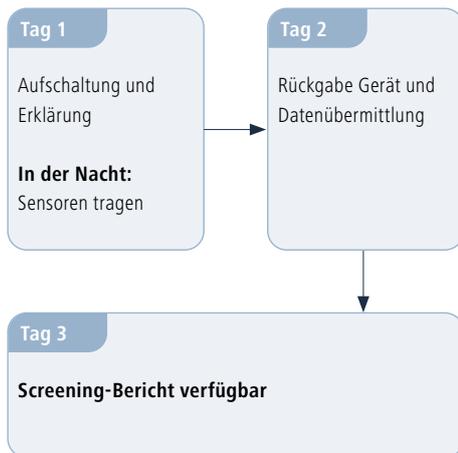
- evismo CardioFlex zur Diagnose von Herzrhythmusstörungen mittels Langzeit-EKG.
- evismo StressCheck zur Diagnose von Stress, Burnout und Schlafstörungen mittels Herzratenvariabilität (HRV).

Mehr erfahren

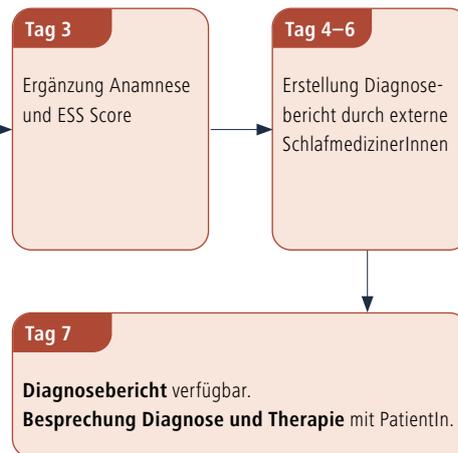
www.evismo.com



RespiFlex Screening



RespiFlex Diagnostik



evismo RespiFlex: Vom Screening zur Diagnose in 7 Tagen – mit nur einer Messung

wichtsreduktion, Schlafhygiene), Schlafschienen, CPAP-Therapie oder weitere Massnahmen.

In nur einer Woche zur Diagnose

Innerhalb einer Woche gelangen Sie damit von der Messung über das Screening bis hin zur umfassenden Schlafapnoe-Diagnostik inklusive Behandlungsoptionen – mit einer einzigen Messung während einer Nacht.

Erste Argomed-Praxen haben gestartet

RespiFlex von evismo ermöglicht eine schnelle, bequeme und umfassende Schlafapnoe-Abklärung direkt in der Hausarztpraxis. Erste Argomed-Praxen setzen bereits erfolgreich auf das Screening und die Diagnostik von Schlafapnoe mit RespiFlex.

Starten auch Sie! ■

Was sagt die Spezialistin?

Heydy Lorena González, Chefarztin der Hofklinik für Wach- & Schlafmedizin in Luzern



Frau Dr. González, was ist der Vorteil von RespiFlex im Vergleich zu anderen Diagnose-Services?

RespiFlex vereint eine erweiterte Pulsoxymetrie (RespiFlex Screening) mit einer umfassenden respiratorischen Polygraphie (RespiFlex Diagnostik) und liefert damit deutlich präzisere Schlafapnoe-Befunde. Die einfache Pulsoxymetrie ist oft zu ungenau. Sie erkennt zwar Atemaussetzer, unterscheidet jedoch nur eingeschränkt zwischen zentralen und obstruktiven Ereignissen. Bei RespiFlex werden hingegen zahlreiche kardiorespiratorische Parameter wie Atemfluss, Bewegungen von Bauch und Brustkorb,

Lageposition und Schnarchgeräusche erfasst – so lässt sich zum Beispiel obstruktive oder zentrale Schlafapnoe eindeutig abgrenzen. Zudem können Patienten die Aufzeichnung bequem zu Hause durchführen, ohne lange auf einen Termin bei einem Pneumologen oder Schlafmedizinerin warten zu müssen.

Was sind die Grenzen von RespiFlex? Welche Patienten müssen trotzdem ins Schlaflabor?

Leichte bis mittelschwere Atemstörungen ohne ausgeprägte Sauerstoff-Desaturationen (Abfall der Sauerstoffsättigung), aber mit häufigen Arousals (unbewussten Aufwachreaktionen), lassen sich über RespiFlex Screening oder Diagnostik nicht

zweifelsfrei ausschliessen. Bei starkem klinischem Verdacht auf eine schlafbezogene Atemstörung bleibt deshalb eine überwachte Polysomnographie im Schlaflabor indiziert, selbst wenn pulsoxymetrische oder polygraphische Befunde unauffällig sind.

Welchen Hausarztpraxen würden Sie RespiFlex empfehlen?

Allen. Und auch in Kardiologiepraxen bringt RespiFlex einen klaren Mehrwert: Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehen oft mit schlafbezogenen Atemstörungen einher.

www.hofklinik.ch

2. Argomed HausarztFORUM



Save the Date
13. November 2025

HausarztFORUM

Ort	Trafo Baden
Datum	Donnerstag, 13. November 2025
Zeit	13.30–20.30 Uhr
Programm	<ul style="list-style-type: none">• Impulsreferate• Parallel-Sessions (praxisnah & informativ)• Podiumsdiskussion• Networking• Apéro-Riche

Anmeldung

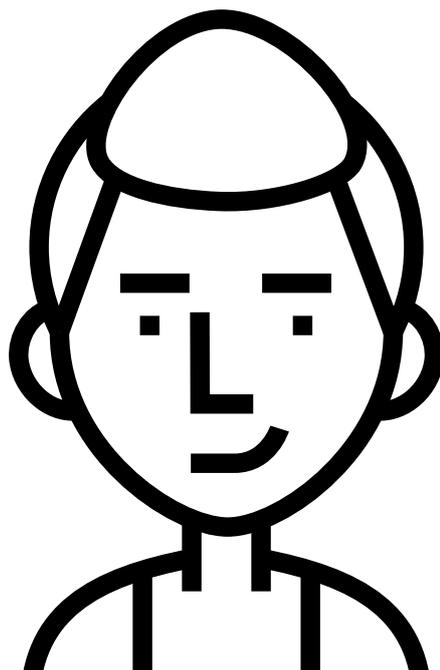
www.argomed.ch/veranstaltungen



Nach dem erfolgreichen Auftakt im vergangenen Jahr findet 2025 das 2. HausarztFORUM statt. Nutzen Sie diese einmalige Gelegenheit, sich in einem kollegialen Umfeld weiterzubilden, wertvolle Kontakte zu knüpfen und sich über die neuesten Entwicklungen in der Allgemeinmedizin auszutauschen.

Jetzt Termin vormerken!

Mepha-Generika



Gute Medikamente
zu gesunden Preisen



Zum Abschied: Danke Argomed, es war eine gute Zeit

Vorab eine persönliche Bemerkung: Das ist ein Abschiedstext. Und dazu kommt: Ich mag Abschiede nicht. In keiner Form. Zu keiner Zeit. Deshalb fällt es mir schwer, diesen Text zu schreiben.

Text: Bernhard Stricker Bild: Bernhard Stricker

Ich begann meine Arbeit als Redaktor für deFACTO Anfang 2003 mit dem ersten Auftrag (von Heini Zürcher), ein neues inhaltliches Heft-Konzept zu erarbeiten. Der Kern des Konzeptes – die Einführung eines Schwerpunktes für jede einzelne Nummer – hat sich dabei im Wesentlichen bis heute gehalten und bewährt. Was sich aber stark verändert hat, ist der äussere Auftritt, das grafische Erscheinungsbild von deFACTO.

In den über 20 Jahren Arbeit für Argomed sind mir vor allem zwei Dinge ans Herz gewachsen:

- Die Hausarztmedizin als ein (medizinisches) Fach zu verstehen, das den Menschen in seiner Ganzheit und Würde, aber auch in seiner Verletzlichkeit und Widersprüchlichkeit wahrnimmt. Dieses Menschenbild deckt sich mit meinem.
- Ausserdem sind mir ein paar Menschen ans Herz gewachsen, mit denen ich über viele Jahre in der deFACTO-Redaktion zusammengearbeitet habe. In den letzten Jahren waren das der Hausarzt Gregor Dufner und die Hausärztin Corina Omlin. Wir haben uns im Team ideal ergänzt, was zu einem erfolgreichen Produkt geführt hat. Kommt dazu, dass es Gregor Dufner war, der mich 2003 zu Argomed geholt hat, nachdem wir uns schon beim «Bleistiftstreik» Ende der 1990er Jahre kennengelernt hatten. Ihnen beiden möchte ich an dieser Stelle ganz besonders danken für die freundschaftliche, kreative Zusammenarbeit. Danke, Corina! Danke, Gregor! Es war grossartig! Ich werde euch vermissen!

Auch wenn meine Arbeit für deFACTO jetzt endet: Ich werde nicht aufhören zu schreiben. Meine Lebensschwerpunkte werden sich dennoch vermehrt ins Private verschieben, zum Beispiel zu meinen drei En-



kelinnen Luna, Jaël und Maja, die ich zusammen mit meiner Frau jeden Donnerstag «hüte» und die mir immer wieder neue Impulse vermitteln. Dazu gehört vor allem die Erfahrung, wie kompromisslos sie im Hier und Jetzt leben.

Liebe Leserinnen und Leser, jetzt ist es endgültig so weit: Ich verabschiede mich hier und jetzt von Ihnen. Ich danke Ihnen für Ihre Nachsicht und Toleranz, wenn Sie manchmal mit meinen Texten nicht einverstanden waren oder ich Sie damit geärgert habe. Das war nie meine Absicht. Ganz im Gegenteil: Es war mir eine Freude, für Sie zu schreiben.

A Dieu ■

Agenda 2025

März

25. März 2025

Argonet QZ: TARDOC
Online, 12.30–14.00 Uhr

April

29. April 2025

Arbeitsicherheit & Gesundheitsschutz
Online, 12.15–13.00 Uhr

Mai

9./10. Mai 2025

ICH-Gesund, WIR Start (MPAK
Fortbildung)
Hotel Erlinsbach, 08.00–17.00 Uhr

15. Mai 2025

TARDOC Schulung
Hotel Bern, 16.00–18.30 Uhr

22. Mai 2025

TARDOC Schulung
Trafo Baden, 16.00–18.30 Uhr

Juni

19. Juni 2025

Arbeitsicherheit & Gesundheitsschutz
Online, 12.15–13.00 Uhr

August

21. August 2025

TARDOC Schulung
Park Hotel Zug, 16.00–18.30 Uhr

Oktober

28. Oktober 2025

Arbeitsicherheit & Gesundheitsschutz
Online, 12.15–13.00 Uhr

November

13. November 2025

Argomed HausarztFORUM
Trafo Baden, 13.30–20.30 Uhr