

# Defacto

Fakten und Meinungen der **argo med**  
DIE Hausärzte

2|09  
Juli 2009

## INHALT

- 1 Editorial
- 2 Elexis
- 7 Kundgebung  
1. April 2009
- 8 Interview mit  
Regierungsrätin  
Hochuli
- 11 Argomed-GV
- 12 Volksinitiative
- 13 Zuger Hausärzte
- 14 Thesen zum  
Gesundheitswesen
- 16 Haltung argomed  
zur Analysenliste

## EDITORIAL



Karl Züger

Liebe Leserin, lieber Leser

*Defacto stellt in dieser Ausgabe den Weg zur elektronischen Arztpraxis vor. Der Arzt Dr. Gerry Weirich hat zusammen mit anderen Ärzten in den vergangenen Jahren die Praxissoftware und elektronische Krankengeschichte Elexis entwickelt.*

*Argomed hat Elexis geprüft und auf der Grundlage einer Businessplanung zusammen mit den Gründervätern von Elexis die Firma MEDELEXIS AG gegründet. MEDELEXIS soll den Vertrieb, den professionellen Support und die kontinuierliche Weiterentwicklung von Elexis sicherstellen.*

*«Die Hausärzte sind und bleiben für mich die Basis jeder medizinischen Grundversorgung» titelt die Redaktion*

*das Interview mit Regierungsrätin Susanne Hochuli. Lesen Sie in diesem Defacto, wie die neue Aargauer Gesundheitsdirektorin zur Hausarztmedizin steht und wie sie den 1. April 2009 erlebt hat.*

*Argomed setzt sich als Interessenvertreterin der Hausärzte intensiv für die Stärkung der Hausarztmedizin ein. Das Berufsbild Hausarzt soll aufgewertet und die Imagedefizite gegenüber den Spezialisten korrigiert werden. Argomed hat deshalb vor zwei Jahren das Projekt Hausarztlabel lanciert. Ergebnis ist das Label «MehrFachArzt». Die Meinungen der Aktionäre dazu erfahren Sie hier.*

*Einen neuen Weg beschreiten die Hausärzte mit der Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin». Sie machen ihre Patientinnen und Patienten zu ihren politischen Partnern, weil diese gleichermassen an einer optimalen Hausarztmedizin interessiert sind. Die Initiative soll im Herbst 2009 lanciert werden. Lesen Sie Weiteres dazu in dieser Ausgabe von Defacto.*

*Und im Übrigen erfahren Sie hier von Martin Forster, dem jüngsten Defacto Redaktionsmitglied aus unserem Partnernetz zu:care, wer die bekannteste Zugerin ist.*

elexis®



MEDELEXIS AG

KARL ZÜGER, GESCHÄFTSFÜHRER

# Praxissoftware Elexis

Der Name Elexis kommt von elektronischer Praxis. In dieser neuen Praxissoftware wird auch die Krankengeschichte elektronisch geführt. Als Praxisärztinnen und Praxisärzte müssen wir uns heute mit der Umstellung von der Papier-Krankengeschichte auf das elektronische Patientendossier befassen. Für die Werterhaltung der Praxis, aber auch für ihre Ausbaufähigkeit zur Praxisgemeinschaft und zur Verbesserung der späteren Übergabechancen, kommen wir nicht um diesen Schritt herum. Innovationswille ist gefragt. Jedoch fällt die Umstellung von der traditionellen Krankengeschichte schwer, trotz all ihrer Nachteile (Unübersichtlichkeit, schlechte Lesbarkeit, grosser Platzbedarf, oft schwer zu finden). Nur etwa 15 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte haben bisher schon umgestellt. Hinderungsgründe sind der Aufwand für die Umstellung, die hohen Kosten, die Anpassung der Praxisabläufe, die Angst vor Abhängigkeiten oder die Bedenken, der Arzt-Patient-Kontakt könnte leiden.

Vor diesem Hintergrund bietet Elexis eine Möglichkeit, einfacher umzusteigen. Es kommt der Arbeitsweise von Arzt und MPA entgegen, weil es von Ärzten konzipiert und programmiert wurde. Es ist anwenderfreundlich, und es ist deutlich kostengünstiger als bisherige Systeme.

Mehrere Ärzte im Verwaltungsrat und der Geschäftsleitung von argomed haben im Projekt argoLead mitgemacht und Elexis in ihrer Praxis eingeführt. Sie würden nicht mehr auf das alte System umstellen.

Durch die kürzliche Gründung der Firma Medelexis erhält Elexis eine stabile Geschäftsgrundlage. Neben den Initianten hat sich argomed namhaft daran beteiligt.

DR. MED. HEINI ZÜRCHER

## Elexis: Der Weg zur elektronischen Arztpraxis

### Elexis ist neu

Im Gegensatz zu Elexis sind die bekannten Praxisprogramme schon vor Jahren konzipiert worden. Datenbanken und Programmiersysteme haben sich jedoch weiterentwickelt. Für Elexis wurden bewährte, robuste Datenbanken und die modernste Programmier-technologie Eclipse (Java) verwendet. Sie erlauben die Anpassung an die technologische Entwicklung und garantieren für Zukunftssicherheit.

### Krankengeschichte im Zentrum

Bisherige Praxisprogramme sind für die Praxisadministration konzipiert worden. Später wurde die Möglichkeit einer elektronischen Krankengeschichte ergänzt. Bei Elexis hingegen stand von Anfang an die Sprechstunde im Zentrum. Für die Entwickler steht die Behandlung von Patientinnen und Patienten an erster Stelle der Tätigkeiten in Arztpraxen, nicht die Administration und das Rechnungswesen.

Wobei die ganze Administration selbstverständlich nicht entbehrlich ist, aber auf möglichst zeitsparende Weise umgesetzt werden muss.

### Elexis ist argomed-erprobt (Projekt ArgoLead)

In diesem Pilotprojekt haben aus Verwaltungsrat und Geschäftsleitung der

argomed Kurt Kaspar, Severin Lüscher, Andreas Weisshaar und Heini Zürcher (immer zusammen mit ihren Praxispartnerinnen und -partnern) auf Elexis umgestellt und diesen Schritt nie bereut.

Die Patientinnen und Patienten haben erstaunlich positiv auf die Umstellung reagiert.

### Konventioneller Arztschreibtisch



## Von Ärzten – für Ärzte

Elexis ist von einem Hausarzt (Dr. med. Gerry Weirich, Schaffhausen) entwickelt und programmiert worden, der laufend Neuerungen und Verbesserungen hinzufügt. Eine Gruppe interessierter Ärzte hat zur Entwicklung beigetragen und dafür gesorgt, dass Elexis benutzerfreundlich und für alle Ärztinnen und Ärzte geeignet ist.

## Bildschirmdarstellung völlig frei

Die Bildschirmdarstellung mit der Anordnung der verschiedenen Funktionen ist völlig flexibel. Genau wie seinen Schreibtisch richtet sich jeder Arzt den Bildschirm individuell ein. Jede gewünschte Funktion kann darauf in jeder Grösse an jedem beliebigen Platz deponiert werden. Die Abbildung zeigt nur eine von unendlich vielen Möglichkeiten.

## Open Source

Open Source bedeutet nicht einfach Gratis-Software, sondern dass der Quellcode der Software offengelegt ist. Deshalb ist Elexis transparent und zukunftssicher. Installation und Support sind durch verschiedene Anbieter möglich. Geräteschnittstellen, praxisspezifische Erweiterungen,

Export und Import von Daten sind auch von Dritten programmierbar. Die Anwenderinnen und Anwender müssen sich deshalb nicht auf Gedeih und Verderb an einen einzelnen Hersteller binden.

## Elexis ist kommunikativ

Datenaustauschstandards wie HL7, SGAM-eXchange, XML sind integriert. Die Elexis-Entwickler wollen den Anwendern erlauben, die gespeicherten Daten nach Wunsch zu übertragen. Sie lehnen es ab, Elexis-Anwender durch eigene Programmstandards und gesperrten Zugang zur Datenbank an sich zu ketten.

## Geniales Plug-in-Konzept

Geräteanbindungen, Importer für auswärtige Labors, Datenaustausch u. a. mit Trustcentern, Diagnosesysteme (vom Tessiner Code bis zu ICPC-2 und ICD 10), dermatologische Bilddokumentation und Schnittstellen, beispielsweise zu Medikamenten-Datenbanken und Versandapotheken, sind vorhanden. Diese Erweiterungen erfolgen durch Plug-ins. Die meisten denkbaren Funktionen können so auf technisch saubere Weise eingefügt werden. Auch die irgendeinmal kommende Patientenkarte kann durch ein Plug-in bearbeitet werden.

## Elexis ist erweiterbar

Das Mitwirkungsmodell erlaubt, Programmwünsche in der Elexis-Gemeinschaft auszutauschen. Die Geschäftsleitung wird entscheiden, welche Wünsche prioritär umgesetzt werden. Exotische Funktionen können von einzelnen Anwendern oder kleinen Gruppen zu erträglichen Kosten finanziert werden.

## Sicherheit durch professionelle Organisation

Medelexis wird genügend Mittel für die Softwareentwicklung einsetzen. Neben neuen Funktionen stehen die Stabilität der Software und die Automatisierung der Updates im Vordergrund. Auch der Support ist von zentraler Bedeutung. Die Beratung von Neukunden, ihre Unterstützung und die Anwenderschulung werden durch zertifizierte Operation Center übernommen, welche bereits bestehen oder im Aufbau sind. Argomed steht hinter Medelexis.

## Niedrige Einstiegshürden

Elexis ist deutlich kostengünstiger als die bekannten Praxisprogramme. Die Investitionen für Hardware, Beratung, Installation der Software, Schulung und nicht zuletzt der Zeitaufwand für die Umstellung dürfen trotzdem nicht ausser Acht gelassen werden.

Die administrativen Patientendaten lassen sich aus anderen Systemen übernehmen. Besondere Anstrengung verlangt es vom Arzt, sich vom Kugelschreiber auf den Computer umzustellen. Die Bedienung von Elexis ist intuitiv. Viele Funktionen verwendet man nicht ab dem ersten Tag, sondern man tastet sich allmählich an sie heran. Ist die Umstellungsphase einmal vorbei, ist der Nutzen so gross, dass sich die Mühe gelohnt hat.

Der «Schreibtisch» von Elexis



# Die praxisverträgliche Umstellung auf elektronische

Meilensteine und Stolpersteine auf dem Weg zum «going paperless»



## 1. Meilenstein:

### Motivation zur Umstellung

Die Motivation zur Umstellung kommt aus der Praxis heraus: Bei uns waren Innovationswille, Hoffnung auf Vereinfachung der Praxisabläufe, Werterhaltung und Ausbaufähigkeit der Praxis (Praxisgemeinschaft) und Verbesserung der Übergabechancen die Stichworte. Von aussen kommt keine Motivation, denn die eHealth-Strategie des Bundes ist ein Papiertiger und der Arztarbitar enthält keine Anreize.



## 2. Meilenstein:

### Evaluation der Software

Alle Funktionen wie elektronische Krankengeschichte, Rechnungswesen, Rezepte, Textsystem usw. müssen von einer einzigen Software abgedeckt werden, sonst gibt es zwangsläufig Doppelspurigkeiten. Entscheidend für die Auswahl ist die Benutzerfreundlichkeit. Ein geschäftlich stabiler Anbieter, eine zukunftssichere Technik und nicht zuletzt die Kosten beeinflussen den Entscheid. Argomed hat uns mit dem Projekt ArgoLEAD den Entscheid leicht gemacht.



## 1. Stolperstein:

### Datenmigration

Die Stammdaten (Personalien) der Patienten lassen sich meist (mit Mühe) übertragen. Weitere Daten sind im bisherigen System blockiert. Das kommt einer Verhinderungsstrategie gleich, mit der die Softwareanbieter die Kunden an sich binden. Abhilfe: kein System wählen ohne offene Schnittstellen (SGAM Informatics gibt Auskunft).



# Dokumentation – ein Erfahrungsbericht



## 3. Meilenstein:

### Installation von Hard- und Software

Hier hat sich der Nutzen der guten Vorbereitung gezeigt. Trotzdem war der Zeitbedarf grösser als geschätzt. Die Schulung des gesamten Praxisteam benötigte besondere Aufmerksamkeit. Danach ging es ans Üben. Trotz der Schulung bedeutete das für mich einige Tage mit rauchendem Kopf, Rückenschmerzen und Schlafmangel. Auch alle Anwenderinnen mussten auf der Software üben und alle wichtigen Funktionen ausprobieren, die täglich gebraucht werden. Auch einige Praxisabläufe mussten verändert werden. Die vielen eintreffenden Berichte werden nicht mehr in KG-Mäppchen abgelegt, sondern eingescannt. Die Umstellung von der Papieragenda auf den Computer war sehr gewöhnungsbedürftig.



## 4. Meilenstein:

### Tag X: die Bewährungsprobe

Ich hatte Zweifel, ob ich die Software genügend beherrsche, und auch Bedenken, wie die Patienten auf die Umstellung reagieren. Deshalb habe ich an einem ruhigen Tag zwischen Weihnachten und Neujahr umgestellt. Alles war halb so schlimm wie erwartet. Am folgenden Tag hatte ich einen sehr strengen Notfalldienst. Für die Aufzeichnung von Anamnese, Befunden, Beurteilung und Procedere (SOAP-Schema) hatte ich länger als auf Papier, dafür wurden die Rezepte und die Notfallberichte weitgehend automatisch generiert. Ich hatte es nicht so rasch erwartet, aber die Umstellung hat mir schon jetzt eine Zeitersparnis gebracht.

### Erste Monate

In den folgenden Monaten haben wir weitere Arbeitsabläufe umgestellt wie das Rechnungswesen. Papierdokumente werden eingescannt und elektronisch beim Patienten abgelegt. Die Arbeitserleichterung zeigt sich auch daran, dass das Handling von Papierdokumenten entfällt. Das frühere Praxisprogramm habe ich bereits nach 6 Monaten deaktiviert. Allmählich zeigten sich auch Anforderungen, die Software zu verbessern. Programmupdates konnten im Laufe des Projekts komfortabler vorgenommen werden. Hingegen kann der Start des Textsystems (für Rezepte, Briefe, Zeugnisse) immer noch zu Programmabstürzen führen, die einen Neustart des Programms erfordern. Die Störung ist aber jeweils rasch behoben und hat nie zu Datenverlusten geführt.

### Steigende Ansprüche

Ein Jahr später steigen die Ansprüche. Weitere Laborgeräte wollen angeschlossen sein, anstelle von Dokumenten sollen ganze Dateien ausgetauscht werden. Wissenschaftliche Auswertungen sollen möglich werden. Hier kommt es auf die Flexibilität des Softwareanbieters an.



## Weitere Stolpersteine für eHealth:

Medienbrüche im Behandlungsnetz sind die Regel. Beispielsweise werden Rezepte immer noch ausgedruckt und müssen in der Apotheke wieder von Hand in ihr Computersystem eingegeben werden. Berichte von Spezialisten und Spitalern kommen immer noch auf Papier. Eine eindeutige Patientennummer als digitale Identität ist zwingend. Dann hat jede Patientin und jeder Patient endlich überall die gleiche Identifikationsnummer und die Verwechslungsgefahr bei gleich lautenden Namen ist aus der Welt geschafft.

### Fazit: «Going paperless» ist richtig

Unser Entscheid zur Umstellung auf die elektronische Krankengeschichte war richtig, ebenso die Wahl von Elexis. Wir würden uns wieder so entscheiden. Die Motivation zur Umstellung kommt aus der Praxis heraus, während äussere Anreize (Tarif usw.) weiterhin fehlen. Deshalb kommt eHealth in der Schweiz nur zögerlich voran.

DR. MED. HEINI ZÜRCHER

# Open Source by Medelexis AG – von Ärzten für Ärzte

**Mit der Medelexis AG bauen praktizierende Ärzte und die argomed eine Organisation auf, welche die Praxissoftware Elexis professionell weiterentwickeln und in der ganzen Schweiz verbreiten wird – mit einem umfassenden Supportangebot.**

Bisher wurde Elexis von einem losen Netzwerk von Pionieren unter der Leitung des Arztes Gerry Weirich entwickelt. Um den Anforderungen an eine breit abgestützte Markteinführung gerecht zu werden, gründen die Anwender und Entwickler der ersten Stunde die Medelexis AG. Die Unternehmung fördert und entwickelt Informatikmittel im Schweizer Gesundheitswesen. Sie unterstützt die Open-Source-Philosophie und macht damit den Quellcode ihrer Softwareprodukte öffentlich zugänglich.

Alle Interessierten können sich an der Entwicklung der Software beteiligen. So werden die Medelexis-Produkte zu individuellen und flexiblen Produkten.

## Die Trägerschaft

Die Medelexis AG ist eine Unternehmung von Ärzten für Ärzte. Zu den Gründeraktionären zählen unter anderem zehn praktizierende Ärzte und die Ärztenetze der argomed. Die Mehrzahl der Verwaltungsräte besteht aus Ärzten. Die Kunden der Medelexis AG können ebenfalls Aktien zeichnen. So gewinnen sie zusätzlichen Einfluss auf die Entwicklung ihrer Praxissoftware.

## Das Advisory Board

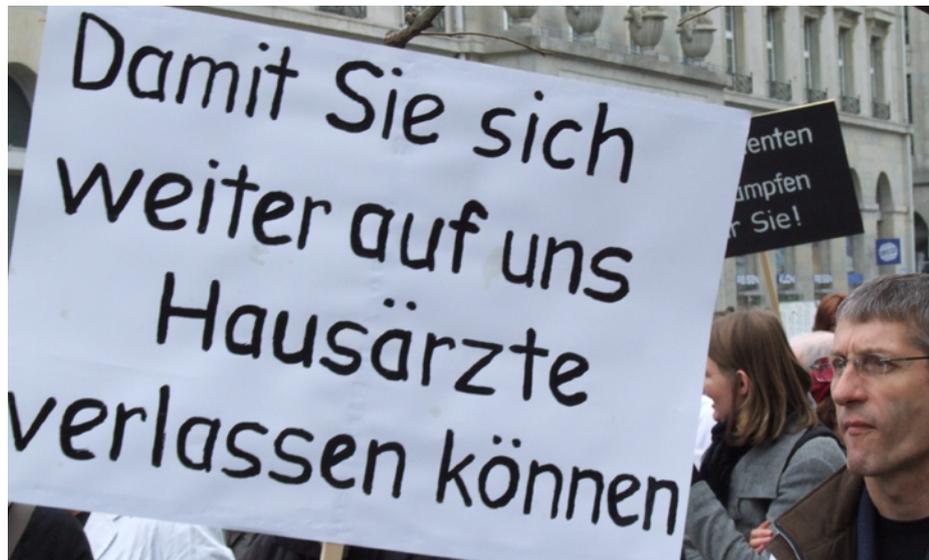
Niemand kann die Qualität der Produkte besser beurteilen als die Anwender. Aus diesem Grund engagieren sich aktive Anwender von Elexis im Advisory Board. Sie testen und beurteilen bestehende und neue Softwaremodule und liefern innovative Ideen für die Weiterentwicklung von Elexis.

## Das Service- und Vertriebsnetz

Die Medelexis AG vertraut auf ein flächendeckendes Netz von Partnern. Regionale Operation Center übernehmen die Installation, Konfiguration, Schulung und den Support von Elexis bei den Anwendern in ihrer Nähe. Die Operation Center sind Unternehmungen, die mit Gesundheitsinformatik vertraut sind und die Bedürfnisse von Arztpraxen bestens kennen. Die Elexis-Anwender können selber entscheiden, welches Operation Center die Betreuung ihrer Installation übernehmen soll.

Medelexis AG, Täfernstrasse 16,  
5405 Baden-Dättwil, Tel. 056 483 03 44  
[www.medelexis.ch](http://www.medelexis.ch)





Dr. Giorgio Bugliani und Regierungsrätin Susanne Hochuli

## Beeindruckende Kundgebung zum «Tag der Hausarztmedizin» in Aarau

Der «Tag der Hausarztmedizin» 2009 ist Geschichte. Wir haben unsere Wut auf Bundesrat Couchepin und das BAG mittels Kundgebung hinausgetragen und öffentlich gemacht. Die Patientinnen und Patienten werden die Leidtragenden sein, wenn nichts geschieht. Allein in Aarau waren 1250 Personen an der Kundgebung, gesamtschweizerisch waren es 15 000. Neben Ärztinnen und Ärzten waren viele Medizinische Praxisassistentinnen dabei und haben ihre Sorge um die Zukunft ihres Berufes kundgetan.

Die grosse Solidarität und die Aufbruchstimmung haben Eindruck gemacht und bleiben in guter Erinnerung. Hausärztinnen und Hausärzte bilden heute

eine Bewegung, die auch von Öffentlichkeit und Politik wahrgenommen wird. Regierungsrätin Susanne Hochuli hat die Kundgebungsteilnehmer freundlich empfangen. Ihre Ansprache bekräftigte ihr Interesse an der Hausarztmedizin und ihren Willen zur Zusammenarbeit.

Anfeuernde Ansprachen bekräftigten unsere Entschlossenheit, mit allen Mitteln für die Zukunft der Hausarztmedizin zu kämpfen.

Der Aktionstag ist vorbei. Doch es bleibt nicht dabei: Die kommende Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» soll den Druck auf Politik und Behörden weiter verstärken.

# «Die Hausärztinnen und Hausärzte sind und bleiben für mich die Basis jeder medizinischen Grundversorgung»

**Defacto: Die Aargauer Hausärztinnen und Hausärzte haben bereits an Ihrem ersten Arbeitstag als Regierungsrätin, am 1. April 2009, den Kontakt mit Ihnen gesucht. Welches waren Ihre Eindrücke?**



Regierungsrätin Susanne Hochuli

*SH:* Der Aufmarsch, die Solidarität unter den Hausärztinnen und Hausärzten sowie unter den Medizinischen Praxisassistentinnen haben mich beeindruckt. Und ich konnte mich auch mit vielen Anliegen, die an mich herangetragen wurden, identifizieren. Es war auf jeden Fall ein guter und vielleicht auch etwas symbolhafter Einstieg in meine Tätigkeit als Gesundheitsdirektorin des Kantons Aargau.

**Wie zufrieden sind Sie mit der heutigen Situation der Hausarztmedizin im Kanton Aargau?**

*SH:* Die Versorgungssituation ist intakt, aber wir müssen aufpassen, dass sie uns nicht entgleitet. Ich spreche da vor allem von den ländlichen Gebieten des Kantons, in denen sich Nachfolgelösungen für Hausarztpraxen immer schwieriger gestalten. Ich verfolge deshalb mit Interesse, wie die Hausärztinnen und Hausärzte mit innovativen Modellen auf die zunehmenden Schwierigkeiten reagieren.

**Genügen Ihnen die heutigen politischen Instrumente und Kompetenzen als Gesundheitsdirektorin, um die Hausarztmedizin langfristig zu sichern? Oder bräuchten Sie noch weitere? (Welche?)**

*SH:* Für mich ist klar: Nicht ich als Gesundheitsdirektorin allein kann dafür sorgen, dass die Hausarztmedizin im Kanton langfristig gesichert werden kann. Alle, die ein Interesse an einer funktionierenden, qualitativ und quantitativ guten Hausarztmedizin haben, müssen gemeinsam für sie eintreten. Dabei geht es vor allem um die Schaffung von Rahmenbedingungen, die es wieder attraktiv machen, eine Hausarztpraxis zu führen. Das fängt bei der Ausbildung an der Universität an, die ich nicht beeinflussen kann – und hört beim Notfalldienst auf, den der Kanton gezielt unterstützt.

**«Wichtig ist, dass die Qualität der Ausbildung stimmt.»**

Ab 2010 wird es im Aargau einen entgeltlichen Leistungsauftrag an den Ärztenverband geben, den Notfalldienst neu zu organisieren und rund um die Spitäler zu regionalisieren.

**Können Sie sich ein Gesundheitswesen ohne ärztliche Grundversorgung vorstellen (z. B. speziell ausgebildetes Pflegepersonal, das eine direkte Triage zu den Spezialisten verordnet)?**

*SH:* Nein, das kann ich mir nicht vorstellen. Die Hausärztinnen und Hausärzte sind und bleiben die Basis jeder medizinischen Grundversorgung.

Mit diesem Bekenntnis zur Hausarztmedizin will ich meine Wertschätzung für die Arbeit der Hausärztinnen und Hausärzte ausdrücken, gleichzeitig bringe ich damit aber auch meine Erwartung zum Ausdruck, dass sich die Hausärztinnen und Hausärzte Veränderungen gegenüber aufgeschlossen zeigen und nicht bloss den Besitzstand verteidigen.

**Unterstützen Sie die Idee der Praxisassistenten? Werden Sie diese konkret fördern?**

*SH:* Die Praxisassistenten sind eine gute Sache. Denn sie leisten praktische Motivationsarbeit, wenn es um die Rekrutierung von neuen Hausärztinnen und Hausärzten geht. Und sie trägt zudem entscheidend zum Berufsbild des Grundversorgers der Zukunft bei. Wichtig ist, dass die Qualität der Ausbildung stimmt – und dass die Kantone vergleichbare Standards setzen. Dafür will ich mich einsetzen. Und ich bin froh, dass der Kanton bereits aktiv ist.

**Was halten Sie von der Forderung, dass alle Patientinnen und Patienten im Kanton Aargau selbst bestimmen können sollen, wo sie ihre Medikamente beziehen?**

*SH:* Wir leben in einer freien Gesellschaft, die den individuellen Entscheidungen im Rahmen von Verfassung und Gesetz hochhält. Dazu stehe ich und sehe deshalb nicht ein, weshalb die Selbstbestimmung der Menschen beim Kauf der Medikamente eingeschränkt sein sollte. Ich bin überzeugt, dass es auch bei einem Wegfall des Selbstdispensations-

Verbots ein Nebeneinander von Ärzten und Apothekern gäbe.

### **Sind Sie für eine Basisentschädigung für den Notfalldienst?**

*SH:* Der Notfalldienst gehört zur gesetzlichen Pflicht der Hausärztinnen und Hausärzte und ist deshalb Bestandteil des Service public, den die Grundversorgerinnen und Grundversorger erbringen. Weshalb dieser Dienst nicht vernünftig abgeregelt werden sollte, ist nicht einzusehen. Der Kanton hat mit den Ärztinnen und Ärzten, die Notfalldienst leisten, deshalb einen Leistungsauftrag abgeschlossen, der auch die Abgeltung regelt.

Allerdings darf es dabei nicht bleiben: Wenn es schon so schwierig ist, den Notfalldienst aufrechtzuerhalten, muss es auch möglich sein, neue Wege zu beschreiten. Ich denke dabei an die «Notfallpforte», die das Kantonsspital Baden erfolgreich eingeführt hat. Was ich damit sagen will: Es kann nicht nur ums Geld gehen, wenn das Problem des Notfalldienstes gelöst werden soll.

### **Welchen Bezug zu Hausärztinnen und Hausärzten haben Sie persönlich?**

*SH:* Ich bin allgemein, in einem HMO-Modell versichert – mit einer Zusatzversicherung für die ganze Schweiz. Mein Hausarzt macht vor, wie es die Grundversorgerinnen und Grundversorger künftig machen sollten: Er ist daran, eine Gemeinschaftspraxis aufzubauen – und dies nicht in der Stadt, sondern auf dem Land.

Das ist nicht nur gut für die Ärztinnen und Ärzte, die dort tätig sind, sondern auch für die Standortqualität des Regionalzentrums.

### **Welches sind Ihre gesundheitspolitischen Ziele für den Kanton Aargau?**

*SH:* Ich will, dass alle Aargauerinnen und Aargauer Zugang zu einer medizinischen Versorgung haben, die ihren tatsächlichen Bedürfnissen entspricht. Ich will, dass diese Versorgung im Interesse der Prämienzahlerinnen und -zahler, die gleichzeitig Steuerzahlerinnen und -zah-

**«Es wäre falsch, vor dieser Entwicklung die Augen verschliessen zu wollen.»**

ler sind, bezahlbar bleibt. Und ich will, dass der Gesundheitsförderung und -prävention künftig ein höherer Stellenwert zukommt. Das ist gut für die Menschen und gut für die Finanzen.

### **Was halten Sie von Managed Care?**

*SH:* Sehr viel! Die Managed-Care-Modelle, die sich in den Ärztenetzwerken abbilden, werden immer wichtiger. Steuerung, Koordination und Verantwortung bei der Leistungserbringung – auch finanziell – sind ein Gebot der Stunde. Ich bin überzeugt, dass sich die funktionierenden Modelle, wie wir sie im Aargau dank privater Initiative von Hausärztinnen und Hausärzten schon länger kennen, durchsetzen werden. Und noch weiterentwickeln werden. Ich bin sicher, dass das Potenzial von Managed-Care-Modellen noch nicht ausgeschöpft ist.

### **Halten Sie eine Rationierung im Gesundheitswesen für unausweichlich?**

*SH:* Es ist eine Tatsache, dass mit dem wissenschaftlichen Fortschritt nicht nur gesundheitlicher Mehrwert, son-

dern auch ein Mehr an medizinischen Leistungen und damit ein Mehr an Kosten resultiert. Es wäre falsch, vor dieser Entwicklung die Augen verschliessen zu wollen. Ich wünsche mir eine breite Debatte darüber, was im Spannungsfeld von ethischen Standards und finanziellen Parametern künftig möglich sein wird. Dabei geht es nicht nur um die Rationierung von medizinischen Leistungen, sondern auch um die Grenzen der Medizin an sich – und um jene des Konsum- und Wunschdenkens des Einzelnen.

Letztlich muss die Gesellschaft eine Antwort auf diese Frage finden – finanzielle und andere Konsequenzen inklusive.

### **Sind Sie für eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs?**

*SH:* Ja, für mich ist die Aufhebung kein Tabu. Allerdings ist es mit dem Wegfall der Vertragsverpflichtung nicht getan. In einem solchen Fall braucht es im Gegenzug partnerschaftliche Kontrahierungskriterien. Und zwar solche, die in erster Linie der Sicherheit der Patientinnen und Patienten gerecht werden – und solche, die jene Entwicklungen fördern, die wir ohnehin im Auge haben. Weshalb bei der Kontrahierung nicht Anreize schaffen, die Managed-Care-Modelle begünstigen? Das wäre ein guter Ansatz, um sowohl den Strukturwandel in der Grundversorgung zu beschleunigen als auch die Kosten im Griff zu behalten.

Denn eines ist klar: Das System darf durch den Wegfall des Kontrahierungszwangs qualitativ nicht schlechter und finanziell nicht aufwändiger werden.

### **Was halten Sie davon, den Tarmed um eine neue Tarifposition «Hausärztliche Betreuung» zu ergänzen, die explizit nur für Hausärztinnen und Hausärzte gilt, und mit der die Langzeitbetreuung von**

**Patientinnen und Patienten abgegolten würde, die nur von Hausärztinnen und Hausärzten erbracht werden kann?**

*SH:* Darüber kann man sicher diskutieren. Generell möchte ich aber warnen davor, das System ohne Not noch komplizierter zu machen, als es ohnehin schon ist. Das Gesundheitswesen hat insgesamt eine Komplexität erreicht, welche die Steuerbarkeit des Systems massiv erschwert.

**Welchen Weg erachten Sie für sinnvoller: Mehr Staat oder mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen?**

*SH:* Ich bin eine Verfechterin des Wettbewerbs, aber er muss so organisiert sein, dass das Spiel von Angebot und Nachfrage tatsächlich funktionieren kann und nicht ein Pseudo-Wettbewerb stattfindet. Leider ist es so, dass die wettbewerblichen Elemente im Gesundheitswesen beschränkt sind. Beziehungsweise: Es fehlen noch weitgehend die Anreize, sich tatsächlich wettbewerblich zu verhalten, weil noch zu oft belohnt wird, wer viel Leistung erbringt – unabhängig davon, ob es diese braucht oder nicht.

Der so genannte Wettbewerb im Gesundheitswesen darf nicht so stattfinden, dass die Öffentlichkeit den Preis dieser «Konkurrenz» zahlt. Vielmehr braucht es echte Anreize – wie in den HMO-Modellen – um wirtschaftlich zu arbeiten.

**Was halten Sie von der so genannten «Umverteilung» der Einkommen von den Spezialisten zu den Grundversorgern, um die Hausärztinnen und Hausärzte besserzustellen?**

*SH:* Es ist klar, dass das Einkommen einer jener Parameter ist, der einen Einfluss auf die Attraktivität eines Berufs

hat – aber er ist bei weitem nicht der einzige. Die Diskrepanz der Einkommen zwischen den bestverdienenden Spezialisten und den schlechtestverdienenden Grundversorgern hat allerdings ein Ausmass angenommen, das ungesund ist. Wenn wir von «Umverteilung» sprechen, erschöpft sich die Diskussion für mich nicht darin, ob die einen etwas weniger und die andern etwas mehr verdienen. Vielmehr ist entscheidend, welche

## «Ich wünsche mir, dass die Hausärztinnen und Hausärzte den Willen zum Aufbruch in den Praxisalltag mitnehmen.»

Auswirkungen der Umverteilungseffekt auf die Versorgung hat. Ich denke dabei etwa an die verbesserten Möglichkeiten, neue Grundversorgerinnen und Grundversorger für das «Hausarzt-Geschäft» zu interessieren.

**Wo erwarten Sie die grössten Probleme im aargauischen Gesundheitswesen?**

*SH:* Ich mag nicht von Problemen reden, sondern möchte von Chancen sprechen. Der Aargau verfügt mit dem Gesundheitsgesetz, das Anfang 2010 in Kraft gesetzt wird, nicht nur über eine Legiferierung, die à jour ist, sondern auch über Versorgungsstrukturen, die up to date sind.

Die Kunst wird in den nächsten Jahren darin bestehen, den Input und den Outcome so zu optimieren, dass das System auf der einen Seite sowohl qualitativ als auch quantitativ gute Leistungen erbringt – und auf der anderen Seite sowohl für die öffentliche Hand als auch für die Prämien- und Steuerzahler bezahlbar bleibt.

**Wie wird sich Ihrer Meinung nach der Laborentscheid von Bundesrat Couchepin vom 29. Januar 2009 mittel- und langfristig auf die Hausarztmedizin auswirken?**

*SH:* Dieser Entscheid ist für mich nicht der Weisheit letzter Schluss. Wer will, dass die Hausarztmedizin wieder attraktiver wird und die Versorgungssicherheit auch auf dem Land gewährleistet ist, darf

sie nicht ohne Not schwächen. Vielmehr müssen den Grundversorgerinnen und Grundversorgern Instrumente in die Hand gegeben werden, die ihre Arbeit attraktiv machen – und sie für die Patientinnen und Patienten selbstverständlich zur ersten Anlaufstelle bei der medizinischen Versorgung machen.

**Wenn Sie einen Wunsch frei hätten: Was wünschen Sie sich von den Aargauer Hausärztinnen und Hausärzten?**

*SH:* Ich wünsche mir, dass die Hausärztinnen und Hausärzte den Willen zum Aufbruch, den sie am 1. April demonstriert haben, in den Praxisalltag mitnehmen und in der Zukunft ihren Beitrag zu einer Hausarztmedizin leisten, die im partnerschaftlichen Miteinander den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten in der Grundversorgung gerecht wird.

**DIE FRAGEN STELLTEN DR. MED. GREGOR DUFNER UND BERNHARD STRICKER (REDAKTOR, LIC. PHIL.)**

# Argomed-Generalversammlung 14. Mai 2009

## «Unserer Firma geht es gut»

**Kurt Kaspar** Bundesrat Couchepin ist ein Risiko für das Gesundheitswesen. Das Hauptproblem jedoch ist das Parlament, welches Reformen blockiert. Lobbyisten geben den Ton an und schauen nur auf ihre eigenen Interessen. Die aktuellen Vorschläge zeigen nur die Hilflosigkeit von BAG und Bundesrat. Die Schweiz scheint politisch nicht mehr zu grösseren Veränderungen fähig. Wir kleinen Ärzte müssen uns den Gegebenheiten anpassen. Neue Praxisformen sind nötig, weil die Unkosten steigen und die Einnahmen sinken. Wir müssen uns einsetzen, damit unsere Arbeit für den Nachwuchs attraktiver wird. Wir fordern gleich lange Spiesse wie die Spitalambulatorien.

## «Argomed ist kerngesund»

**Karl Züger** Mit 433 angeschlossenen Ärztinnen und Ärzten und 110 000 Hausarzt-Versicherten ist argomed zur grössten Managed-Care-Organisation in der Schweiz herangewachsen. Das positive Betriebsergebnis 2008 gibt die Möglichkeit, neue Projekte anzupacken und noch mehr zugunsten der Hausärzte und ihrer Patienten zu wirken.

## «Pilotbetrieb KIMSA ist erfolgreich»

**Roger Tschumi** Im Projekt KIMSA wird eine intensivere Zusammenarbeit zwischen Grundversorgern und Suva gefördert, damit Erfahrungen und Wissen der Hausärzte besser für die Wiedereingliederung Verunfallter genutzt werden können. Bisher sind schon 23 Meldungen über mögliche komplexe Fälle eingegangen, die von den Case Managern ohne Zeitverzug angegangen werden können. Die gegenwärtige Pilotphase ist erfolgreich, und das Projekt wird voraussichtlich schrittweise auf die ganze Schweiz ausgeweitet.



## «Elexis ist von Ärzten für Ärzte»

**Andreas Weisshaar** Eine Hilfe zur Selbsthilfe ist die Praxissoftware Elexis.

Nach dem Erfolg des Projekts argoLEAD müssen die Abläufe rund um Elexis nun auf eine professionelle Basis gestellt werden. Zu diesem Zweck wird die Firma Medelexis gegründet. Argomed wird als Operation Center einen Teil der Elexis-Anwender direkt betreuen. Die Kunden werden ihre Bedürfnisse einbringen können.

## «MehrFachArzt ist ein Label mit Mehrfachwirkung»

**Wolfgang Czerwenka** Die Kernkompetenzen der Hausärzte sind nicht definiert, obwohl alle den Begriff benützen. Argomed will das Berufsbild aufwerten und ein klares Signal zur Abgrenzung gegenüber ungenügenden Angeboten machen. Die Imagedefizite gegenüber den Spezialärzten werden damit korrigiert. Es sind Missverständnisse aufgetreten, weil viele eine Spaltung der Hausärzte befürchten. Die Anforderungskriterien sind für alle zu erfüllen. Sie können auf Hilfe von argomed zählen. Die Kosten für die Zertifizierung sind moderat. Eine Spaltung der Basis ist auf keinen Fall gewollt. Ruedi Burger stellt den Antrag, argomed müsse mehr auf die Basis hören. Er fühlt sich frustriert, dass die Bedenken der Basis gegenüber dem Label MehrFachArzt nicht ernstgenommen wurden. Die Einführung des Labels soll verschoben werden.

Ihm stehen Voten gegenüber, die das Label begrüssen. Sein Antrag wird in der Abstimmung abgelehnt.

## «Rechtsschutz statt Musterprozess»

**Dr. Martin Rickenbacher** begründet den Antrag des Fricktaler Hausärztereins, argomed solle Ärzte im WZW-Verfahren von Santésuisse unterstützen. Durch Übernahme des Prozessrisikos soll ein Verfahren als Präzedenzfall bis zur letzten Instanz durchgezogen werden. Aus der Versammlung wird der Unmut über Santésuisse geäussert, welche unter den Ärzten ganz bewusst ein Klima der Angst schürt. Es wird aber auch darauf hingewiesen, dass Rechtsschutzversicherungen das Prozessrisiko versichern und die Schutzgemeinschaft für Ärzte auf solche Verfahren spezialisiert ist. Das Trustcenter Aargau untersteht dem Aargauischen Ärzterverband (AAV). Argomed hat keine Zugangsberechtigungen zu den Auswertungen. Dr. Hans-Ulrich Iselin als Vorstandsmitglied des AAV sichert betroffenen Kollegen Unterstützung zu.

Der Antrag wird abgelehnt. Argomed wird versuchen, eine preisgünstige Rechtsschutzversicherung zu vermitteln.

Der Geschäftsbericht 2008, der Revisorenbericht und die Jahresrechnung werden diskussionslos genehmigt, ebenso der Antrag über die Gewinnverteilung.

DR. MED. HEINI ZÜRCHER

# Hausärzte lancieren Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin»

**An der jährlichen Kadertagung der SGAM auf dem Bürgenstock haben die Hausärztinnen und Hausärzte am 9. Mai 2009 beschlossen, im Herbst 2009 eine Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» zu lancieren. Das Initiativkomitee soll dabei ausschliesslich aus Hausärzten bestehen.**

Nun steht es fest: Nach einer rund sechsmonatigen, sorgfältigen Vorbereitungsphase, die mit einer Umfrage (in Primary Care) an der Hausärztelebasis Ende November 2008 begonnen hatte, soll das Grossprojekt «Volksinitiative» lanciert werden. Die SGAM-Hausärzte haben an der Kadertagung auf dem Bürgenstock einem Verfassungstext (als Initiativtext) zugestimmt, der im Kern der Bevölkerung die Hausarztmedizin als «wesentlicher Bestandteil der Grundversorgung» garantieren soll – für alle zugänglich, fachlich umfassend und qualitativ hochstehend. Damit dies möglich wird, müssen einige politische und ökonomische Rahmenbedingungen zugunsten der Hausärztinnen und Hausärzte verändert oder eingeführt werden. Dazu gehören u.a. eine verbesserte Aus-, Weiter- und Fortbildung, die Ausweitung und bessere Abgeltung der diagnostischen, therapeutischen und präventiven Tätigkeiten der Hausarztmedizin und die Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen der Berufsausübung. Damit soll der Beruf vor allem auch im Hinblick auf den medizinischen Nachwuchs attraktiver gemacht werden. Der Initiativtext liegt als ausgearbeiteter Entwurf vor und ist vor allem das Werk von Prof. Dr. iur. et lic. oec. Heinrich Koller, Professor für öffentliches Recht an der Juristischen Fakultät der Universität Basel und ehemaliger Direktor Bundesamt für Justiz (1988–2006). Er hat den Text zusammen mit den beiden Gesundheitsjuristen Prof. Dr. iur. Thomas Gächter, Inhaber des Lehrstuhls für Staats-, Verwaltungs- und Sozialversicherungsrecht der Universität Zürich und Prof. Dr. iur. Tomas Poledna, Titularprofessor für öffentliches Recht an der Universität Zürich, entworfen. Träger der Initiative ist ein

Initiativkomitee, das ausschliesslich aus Hausärztinnen und Hausärzten zusammengesetzt ist und in dem Vertreter aller Hausärzteorganisationen der Schweiz sitzen. Einzelne Hausärzte müssen noch das Einverständnis ihrer jeweiligen Organisation einholen, um im Initiativkomitee offiziell Einsitz nehmen zu können. Deshalb ist das Initiativkomitee (zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses von Defacto) nominell noch nicht definitiv bestätigt. Dies soll jedoch bis am 2. Juli 2009 (Konstituierung des Initiativkomitees) erledigt sein. Gleiches gilt noch für den Initiativtext, der derzeit noch nicht in seiner Endfassung vorliegt, weil an der Bürgenstock-Tagung noch kleinere Änderungen beschlossen wurden. Die Initiative soll im Herbst 2009 lanciert werden, unmittelbar nach der Gründung des neuen Dachverbandes «Hausärzte Schweiz».

Mit diesem Lancierungs-Entscheid gehen die Hausärzte neue Wege in ihrer Standes- und Gesundheitspolitik: Sie machen die Patientinnen und Patienten zu ihren politischen Partnern, weil diese das gleiche Interesse an einer optimalen Hausarztmedizin haben. Zusammen sind sie eine «plebiszitäre Macht», die in dieser Konstellation erstmals auf der schweizerischen Politbühne auftritt. Denn die Arzt-Patienten-Beziehung hat nicht nur eine menschliche und medizinische, sondern auch eine politische Dimension.

Diese soll nun mit dieser Volksinitiative erstmals genutzt werden, um der Hausarztmedizin – und damit auch einer optimalen Grundversorgung der Bevölkerung – nachhaltig zum Durchbruch zu verhelfen. Vor diesem Hintergrund

sind die Hausärztinnen und Hausärzte überzeugt, eine reelle Chance zu haben. Ein Sieg in einer Volksabstimmung würde nicht nur die Hausarztmedizin in der Verfassung verankern, sondern die gesundheitspolitischen Machtverhältnisse umkehren. Vor allem aber würde eine siegreiche Hausarzt-Initiative die heute festgefahrenen Diskussionen und Verhandlungen innerhalb der Gesundheitspolitik deblockieren, indem sie neue Prioritäten setzt und neue Wege aufzeigt.

**BERNHARD STRICKER**



## Der gemeine Zuger Hausarzt\*

Unlängst wurde ich als Mitglied des Redaktionsteams des Defacto ermuntert, die Zuger Hausärzte anderthalb Jahre nach Beitritt der zu:care zur argomed den übrigen Netzwerkkollegen nochmals vorzustellen; keine leichte Aufgabe, zumal es den medicus zuguensis gleich

in mehreren, dutzenden Ausgaben gibt und keiner dem anderen gleicht! Verglichen aber mit den ausserkantonalen Hausärzten gibt es doch einige Zug-spezifische und also gemeinsame Merkmale. Da wäre die angeblich bewährte Tugend des stoischen Abwartens als Reaktion auf geplante Neuerungen im Sinne von: «Mal sehen, nur nicht zu schnell etwas verändern oder fordern wollen; uns geht es ja so gut, verglichen mit anderen Berufen!» Diese Spezies wird gemeinhin als medicus erectus digiti secundi zuguensis bezeichnet und dieser ist im Zugerland weiss Gott stark vertreten! Immerhin konnten mit dieser Haltung der Zuger Bevölkerung über Jahrzehnte angenehm tiefe Krankenkassenprämien generiert werden (leider aber weiss der Zuger Durchschnittsbewohner davon überhaupt nichts). Die Zuger Ärzte ihrerseits aber haben sich dadurch in eine äusserst schlechte Ausgangslage im Tarmed-Poker manövriert: Als Folge ist unser Taxpunktwert auf der fast untersten Treppenstufe schweizweit angelangt (ZG 0,84 Fr.)! «Dafür aber habt ihr ja die tiefsten Steuern!», argumentieren die Glücklicheren. Stimmt, aber eben erst ab der Lohnsumme eines unserer Bundesräte! Im Gegenzug haben wir dafür astronomische Mietzinsen und Bodenpreise (besonders gut für Zuger Landbesitzer und Eigentümer!) und die Tasse Café crème kostet ja nur um die Fr. 4.20 (zuviel Kaffee soll sowieso nicht gesund sein)! Man merke, die gemeinen, nicht so gut betuchten Zuger hätten eigentlich genügend Grund, fundiert zu jammern! Dann wären da auch noch die geografischen Gegebenheiten im Kanton Zug: Er wird buchstäblich in ein Gebiet «Berg» und ein Gebiet «Tal» entzweigeschnitten! Der «Berg» ist sehr ländlich und pro Kopf der Bevölkerung gibt es halt weniger Ärzte als im «Tal». Das rächt sich natürlich im Notfalldienst: Der Schrei aus den «Bergen» nach Zentralisierung des Notfalldienstes (nach dem Badener-

Modell) wurde unüberhörbar laut, und prompt besteht nun eine echte politische Polarisierung zwischen «Berg» und «Tal»! Als weiteres Unikum werden wichtige kantonale Anordnungen für uns Haus- und sonstige Ärzte von einem Facharzt vertreten, welcher weder die Arbeit in einer Praxis kennt noch seine Patienten fragen kann, ob sie mit seiner Arbeit zufrieden sind! Zu guter Letzt schliesslich werden die standespolitischen Geschicke der Hausärzte (und selbstverständlich auch der Spezialärzte) von einem Gynäkologen und künftig einer Gynäkologin vertreten: Die machen das zwar recht gut, aber schlussendlich halt doch etwas speziell! Man merkt langsam, dass wir gemeinen Hausärzte mehrheitlich von «oben» diktiert werden und uns bis dato kaum wehrten. Zum Glück aber (falls mal alles schief geht) haben wir im Kanton Zug insgesamt fast 30 freipraktizierende Psychiater und 2 Psychiatrische Kliniken, welche ja auch beschäftigt werden sollten!

DR. MED. MARTIN FORSTER

### Der Kanton Zug in Zahlen

**Kleinster Vollkanton der Schweiz mit 11 Gemeinden**

**Fläche: 239 km<sup>2</sup>**

**Einwohnerzahl fast 110 000, davon 21% Ausländeranteil und über 120 Nationalitäten**

**Ärzte: 250, davon Hausärzte 81(!)**

**1 zentrales Kantonsspital mit 150 Betten für 8400 stationäre und 30 000 ambulante Patienten pro Jahr**

**1 Privatklinik mit 56 Betten und 65 Spezialärzten; 2 Psychiatrische Kliniken**

**Übrigens, die bekannteste Zugerin: die Zuger Kirschtorte!**

\* immer auch Hausärztin gemeint



# Thesen zum Zustand des schweizerischen Gesundheitswesens

**1** BR Couchepin ist für die Bevölkerung ein Risiko und für das Gesundheitswesen ein Problem, weil er nicht oder nicht mehr kommunikativ und konsensfähig ist und nur noch autokratisch regiert. Darum hat er praktisch bei allen Beteiligten keine Akzeptanz mehr. Die aktuellen Vorschläge aus dem BAG zeigen, wie hilflos die dortigen Beamten unter ihrem Chef sind oder gemacht wurden. Der Rücktritt von BR Couchepin ist zu begrüßen.

**2** BR Couchepin ist nicht das Hauptproblem der heutigen Situation, sondern das Parlament, das alle Revisionen bisher verunmöglicht – und jede sinnvolle Änderung, wie z. B. einen besseren Risikoausgleich, verzögert und dann abgelehnt hat.

**3** Im Parlament sitzen viele Parteivertreter, die auch vorwiegend in den entsprechenden Gesundheitskommissionen aktiv sind. Es handelt sich in der Regel um Krankenkassen- oder Pharma-assoziierte Meinungsvertreter. Für die übrigen Parlamentarier ist die Materie zu komplex. Diese Lobbyisten bestimmen damit den Gang und die Diskussion in Kommissionen und Fraktionen. Sie sind im Allgemeinen nicht für das Gesamtsystem «Gesundheitswesen» und speziell nicht für die Grundversorger aktiv, sondern agieren aus dem Blickpunkt ihres Arbeitgebers.

BR Couchepin hat mit Recht festgehalten, dass die 80 Interessenvertreter am so genannten runden Tisch nicht fürs Ganze denken, sondern eben für ihre Interessen. Wir aber wissen, dass nur wir Grundversorger uns – entsprechend unserer Ausbildung und unserem Auftrag – immer primär für das ganze System interessieren und einsetzen. Wir greifen niemanden an, wollen für alle das Beste, beklagen uns dann aber, dass wir nicht wahrgenommen und nicht geschätzt werden.

# Was bleibt damit für uns zu tun?

**1** Wir müssen uns den Gegebenheiten anpassen, wenn diese offenbar nicht zu ändern sind. Neue Praxisformen sind dringend und müssen forciert angestrebt werden. Sonst wachsen die Unkosten bei kleinerem Ertrag und mögliche Nachfolger wenden sich mit Schrecken ab. Gruppenpraxen und Einsatz von elektronischen Mitteln sind zwei Stichworte.

**2** Wir müssen von der vornehmen Zurückhaltung Abschied nehmen, d. h., zum Beispiel die neuen Vorschläge von Santésuisse ernsthaft zu diskutieren:

- a) Erhöhung des Selbstbehaltes in Spitalambulatorien von 10 auf 20 Prozent
- b) Pauschalgebühr für eine Konsultation im Spitalambulatorium
- c) Gleicher Taxpunktwert für Spitalambulatorien und Arztpraxen

Santésuisse rechnet mit Kosteneinsparungen von 100 Mio. Franken und dabei würden endlich gleich lange Spiesse zwischen uns und den Spitälern entstehen.

**3** Wir müssen uns damit befassen, in Managed Care vermehrt Budgetmitverantwortung zu übernehmen und die Einsparungen zwischen Caremanager-Ärzten, Kassen und Patienten aufzuteilen. Unser Einkommen kann damit Tarmed-unabhängig steigen. Unsere Steuerungs- und Betreuungsleistungen sollen so anerkannt und bezahlt werden.

Und ganz speziell: Der medizinische Fortschritt, die Zunahme der Betagten und Hochbetagten und die Ansprüche einer modernen Gesellschaft bringen automatisch einen überproportionalen Anstieg der Kosten im Gesundheitswesen. Warum zeigen wir nicht vermehrt die Leistungen, die dahinter stecken? Betreuung des Individuums schon von der Zeugung bis zum Tod, Verbesserung aller messbaren Parameter, unglaublich hohe Verfügbarkeit für jeden, Erreichen von zunehmend kürzeren Absenzen vom Arbeitsplatz, gute inländische Arbeits- und Ausbildungsstellen, «Steuersubstrat» im Inland, Sicherheit. Wer würde denn bei einem Konzern wie der ABB nur und ausschliesslich von den Kosten sprechen, ohne Betrachtung der Produkte und Leistungen?

Der Bürger und die Bürgerin wünschen diese Leistungen, sie schätzen sie und wollen sie. Das haben alle Abstimmungen bisher gezeigt.

Damit bleibt als wichtiges Anliegen, die Finanzierung zu überdenken. Das Schulsystem wird auch nicht zu einem Drittel durch die privaten Haushalte mit Kopfprämien bezahlt.

# argomed zur Einführung der neuen Analysenliste auf den 1.7.2009

Trotz scharfer Proteste und überzeugender Argumente von allen Seiten ist die Einführung des neuen Labortarifes eine beschlossene Sache.

Die neue Analysenliste hat eine dramatische Senkung der Laborvergütung zur Folge. Laboranalysen können in der Grundversorgerpraxis nicht mehr kostendeckend durchgeführt werden.

Für die Grundversorgung gehören Laboranalysen zu einem unabdingbaren Instrumentarium. Wenn Analysen aus betriebswirtschaftlichen Gründen nicht mehr in der eigenen Praxis gemacht werden können, müssen diese an auswärtige Laboratorien abgegeben werden.

Dies führt selbstverständlich zu weitreichenden Konsequenzen: Einerseits zu Mehraufwand für Patienten und Ärzte mit Nachfolgekonsultationen und entsprechend höheren Tarmed-Positionen, andererseits aber auch durch die höheren Präsenztaxen in den Laboratorien zu höheren Kosten im Laborbereich.

## Die Geschäftsleitung der argomed empfiehlt Ihnen deshalb folgendes Vorgehen:

- Reduktion der Laboranalysen im eigenen Labor, indem nur maximal die drei wichtigsten und dringendsten Untersuchungen pro Patient und Tag in der Praxis gemacht werden. Nur so lässt sich der Verlust gegenüber dem bisherigen Tarif in Grenzen halten. Eine höhere Anzahl von Analysen wird nur zum Einstandspreis der Reagenzien entschädigt.
- Die restlichen Untersuchungen an ein auswärtiges Labor schicken.
- Die Besprechung der Resultate erfolgt bei einer weiteren Konsultation in der Praxis oder bei einer telefonischen Konsultation.

argomed ist sicher, dass die Einführung der neuen Analysenliste auf Grund der vermehrten auswärtigen Untersuchungen und der Zusatzkonsultationen das Einsparziel nicht erreicht. Wir beobachten die weitere Entwicklung und halten Sie auf dem Laufenden.

## DIE ARGOMED GESCHÄFTSLEITUNG

**argomed**  
ÄRZTE AG

Täferstrasse 16  
CH-5405 Baden-Dättwil  
Telefon +41 56 483 03 33  
Telefax +41 56 483 03 30  
argomed@argomed.ch  
www.argomed.ch

Redaktionelle und inhaltliche Verantwortung:  
argomed-Ressort Kommunikation  
Dr. med. Heini Zürcher  
Dr. med. Gregor Dufner  
Karl Züger, Geschäftsführer  
Bernhard Stricker, lic. phil., Journalist BR  
Dr. med. Rudolf Ebnöther  
Dr. med. Verena Montanari  
Dr. med. Martin Forster

## Ärztenteze der argomed Ärzte AG

### Aargau

Verein Hausärzte der Region Aarau  
Verein Grundversorger der Region Baden  
Hausärzteverein Bremgarten / Mutschellen / Kelleramt  
Verein Hausärztinnen und Hausärzte der Region Brugg  
Hausärzteverein Fricktal  
Hausärzteverein Lenzburg-Seetal  
Verein Hausärzte der Region Wohlen  
Verein Hausärzte der Region Wynen- / Suhrental  
Verein Hausärzte Bezirk Zofingen  
Hausärzteverein des Bezirks Zurzach

### Solothurn

ANRO AG – Ärztenetz der Region Olten  
anewa – Ärztenetzwerk im Wasseramt  
Hareso – Hausärzte Region Solothurn AG

### Zug

zu:care – Die Zuger Hausärzte