

deFACTO

2 | 2025

Das Kunden- und Partner-Magazin der Argomed Ärzte AG

MehrFachArzt

Praxismanagement neu gedacht

Versicherungsmodelle

Wer koordiniert die Versorgung?

Managed Care

- 5 Fragen an Politiker und Verbände
- Roundtable Gespräch mit Hausärzten
- Kinderärzte im Hausarztmodell

Hausarztmodell

Bei Sanitas fest verankert

Hausarztmodell – aktueller denn je

Koordination ist der Schlüssel

**ARGO
MED.**

Inhalt



4



16



20



28

Editorial 03

Fokus

Vielfalt der Versicherungsmodelle – wer koordiniert die Versorgung? 04

Das Hausarztmodell, ein Modell mit Zukunft – oder unter Druck? 12

MPA Vorkurs – mit Vorsprung in die Lehre 15

Ein Tag im Leben einer Hausärztin 16

Haus- und Kinderarztpraxen am Limit – das Hausarztmodell ONLY hilft 17

5 Fragen an die Politik und Verbände zum Stellenwert des Hausarztmodells 18

Kinderärzte im Hausarztmodell – koordinierte Versorgung für Kinder und Familien 20

Argomed

Gesundheit clever gesteuert: Was bedeutet Managed Care? 22

Lokale Qualitätszirkel – Pulsgeber für Managed Care 23

Das Hausarztmodell – bei Sanitas fest verankert 25

MehrFachArzt – Praxismanagement und Prozessoptimierung neu gedacht 28

Impressum

Herausgeber: Argomed Ärzte AG | Bahnhofstrasse 24 | 5600 Lenzburg | T +41 56 483 03 33 | kommunikation@argomed.ch

Gesamtverantwortung: René Stupf, Leiter Marketing **Konzeption & Gestaltung:** AQA AG | www.aqagentur.ch

In guter Partnerschaft:

sanofi

medics

SONIC SUISSE

mepha | teva

AstraZeneca

BioMed

novo nordisk

Mölnlycke

zur Rose

Koordination ist der Schlüssel: Warum das Hausarztmodell unverzichtbar bleibt

Das Schweizer Gesundheitswesen steht vor fundamentalen Herausforderungen: Der demografische Wandel, eine wachsende Patientenzahl sowie der spürbare Mangel an Nachwuchsärzten und die stetig steigende Bürokratie fordern neue Antworten. Im Zentrum dieser Ausgabe von deFACTO steht das Hausarztmodell – es ist aktueller denn je und die tragende Säule der Grundversorgung. Das Hausarztmodell beweist täglich, wie wertvoll koordinierte Betreuung, kontinuierliche Arzt-Patienten-Beziehungen und zentrale Informationsbündelung für die Qualität und Effizienz der Versorgung sind.

Wir befassen uns mit der Frage: Wer koordiniert eigentlich die Versorgung? Einblicke in Alltag, Chancen und Hürden erhalten Sie im Roundtable mit engagierten Hausärztinnen und Hausärzten, die offen über Erfolge, zunehmende Belastungen, aber auch ihren Innovationsgeist berichten. Der thematische Fächer reicht von der neuen Rolle der Hausärzte als Lotsen im «Gesundheitsdschungel» über die zunehmende Bedeutung von Netzwerkstrukturen, Managed Care und Qualitätszirkeln bis zur Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringern, welche unabdingbar sind für eine nachhaltige, vernetzte Versorgung.

Auch die Vielfalt der Versicherungsmodelle wird kritisch beleuchtet: Während das klassische, vertraglich geregelte Hausarztmodell nachweislich die besten Ergebnisse bei Steuerung, Patientenbindung und Kosteneffizienz liefert, offenbaren alternative Modelle wie



Listen-, Telmed- oder Multi-Access-Angebote klare Grenzen. Der Artikelteil zeigt: Koordination, Qualität und Vertrauen können nur dort entstehen, wo klare Verantwortlichkeiten und gelebte Partnerschaft zwischen Praxen, Patientinnen und Patienten und Versicherern bestehen.

Stimmen aus Politik und Verbänden senden ein klares Signal: Koordination ist und bleibt der Schlüssel – und der Mensch im Mittelpunkt. Das Redaktionsteam bedankt sich herzlich bei allen Mitwirkenden für ihre Offenheit, ihr Engagement und ihre Praxisnähe.

Viel Freude beim Lesen und Nachdenken über die Zukunft der Grundversorgung.

René Stupf

Leiter Marketing & Kommunikation
Mitglied der Geschäftsleitung
Argomed Ärzte AG



Vielfalt der Versicherungsmodelle – wer koordiniert die Versorgung?

Das Schweizer Gesundheitssystem kennt nicht nur verschiedene medizinische Versorgungsformen, sondern auch unterschiedliche Versicherungsmodelle. Diese unterscheiden sich vor allem in Bezug auf Koordination, Verbindlichkeit und Einsparpotenzial. Ein Blick auf die gängigsten Modelle zeigt: Nicht alle leisten gleich viel für eine qualitativ hochwertige und effiziente Grundversorgung.

Text: Marco Plüss, Co-Geschäftsführer Argomed

Viele Krankenversicherer bieten neben dem Standardmodell alternative Versicherungsmodelle an, bei denen zum Beispiel die Hausärzte vertraglich eingebunden sind – die sogenannten Hausarztmodelle (HAM).

Das verbindliche Hausarztmodell hat gegenüber anderen Modellen einen entscheidenden Vorteil: Die Versicherten sind der Hausarztpraxis bekannt, was den Zugang zu einem Hausarzt im Krankheitsfall sicherstellt und eine koordinierte, kontinuierliche Betreuung ermöglicht.

Für Patientinnen und Patienten ist es jedoch nicht immer einfach, in der Vielzahl der angebotenen alternativen Versicherungsmodelle den Überblick zu behalten. Gewisse Marketingmodelle suggerieren zum Beispiel, ein Hausarztmodell zu sein, obwohl keine Vereinbarungen mit Hausarztpraxen bestehen und der Hausarzt darüber nicht informiert wird. Bei anderen Modellen sind gleich mehrere Erstanlaufstellen möglich, was hingegen die Koordination erschwert.

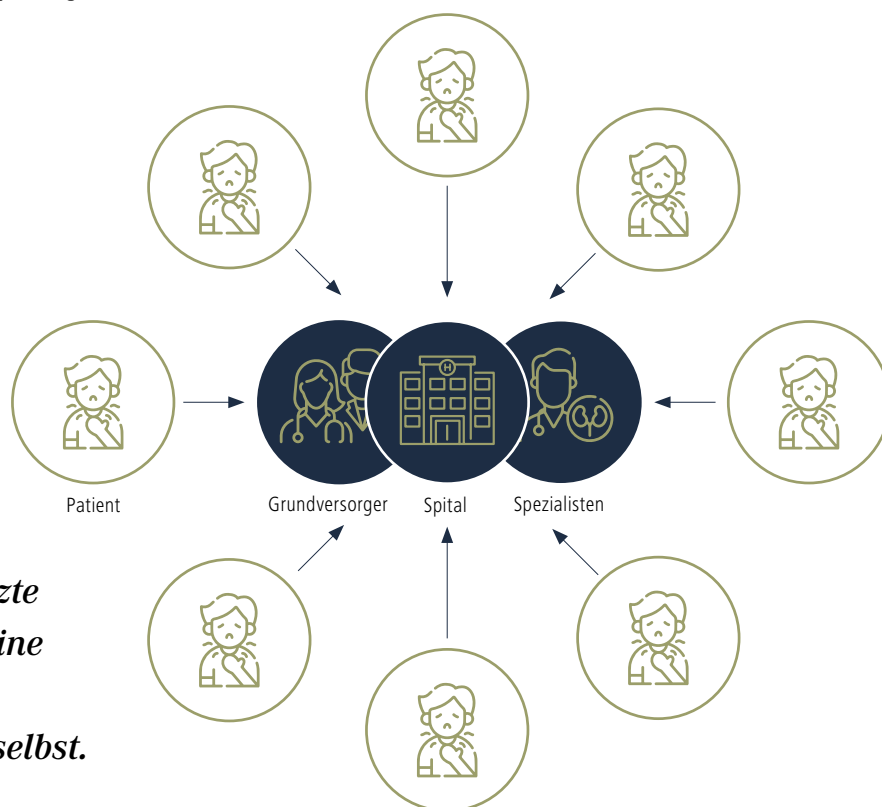
Grundsätzlich erhofft man sich von alternativen Versicherungsmodellen einerseits eine Kosteneffizienz gegenüber dem Standardmodell, was sich wiederum in Form von Prämienrabatt bemerkbar macht. Andererseits wird durch bessere Koordination eine höhere Behandlungsqualität angestrebt.

Nachfolgend wollen wir die unterschiedlichen Versicherungsmodelle kurz vorstellen und ihre jeweiligen Merkmale sowie Unterschiede aufzeigen.

1. Das Standardmodell: freie Arztwahl – wenig Steuerung

Das sogenannte Standardmodell ist in der Schweiz das Grundversicherungsmodell gemäss OKP (obligatorischer Krankenpflegeversicherung). Im Standardmodell gilt die volle Freiheit bei der Arztwahl – Patientinnen und Patienten können sich ohne Einschränkungen direkt an Fachärztinnen und Fachärzte wenden.

Diese Freiheit hat jedoch ihren Preis: Es gibt keine koordinierende Instanz, keinen Anreiz zur systematischen Steuerung medizinischer Leistungen und entsprechend auch kein gezieltes Kostenmanagement. Hausärztinnen und Hausärzte spielen in diesem Modell keine zentrale Rolle, der Patient koordiniert sich prinzipiell selbst. Prämienrabatte oder Entschädigungen sind nicht vorgesehen. Achtung, Systemfehler: Auch im Standardmodell konsultiert eine Vielzahl an Patienten als erste Anlaufstelle einen Hausarzt. Dies ist jedoch weder verpflichtend, noch bestehen vertragliche Regelungen, die eine klare Koordination für den Hausarzt ermöglichen, noch erhält der Patient dafür einen Prämienrabatt.



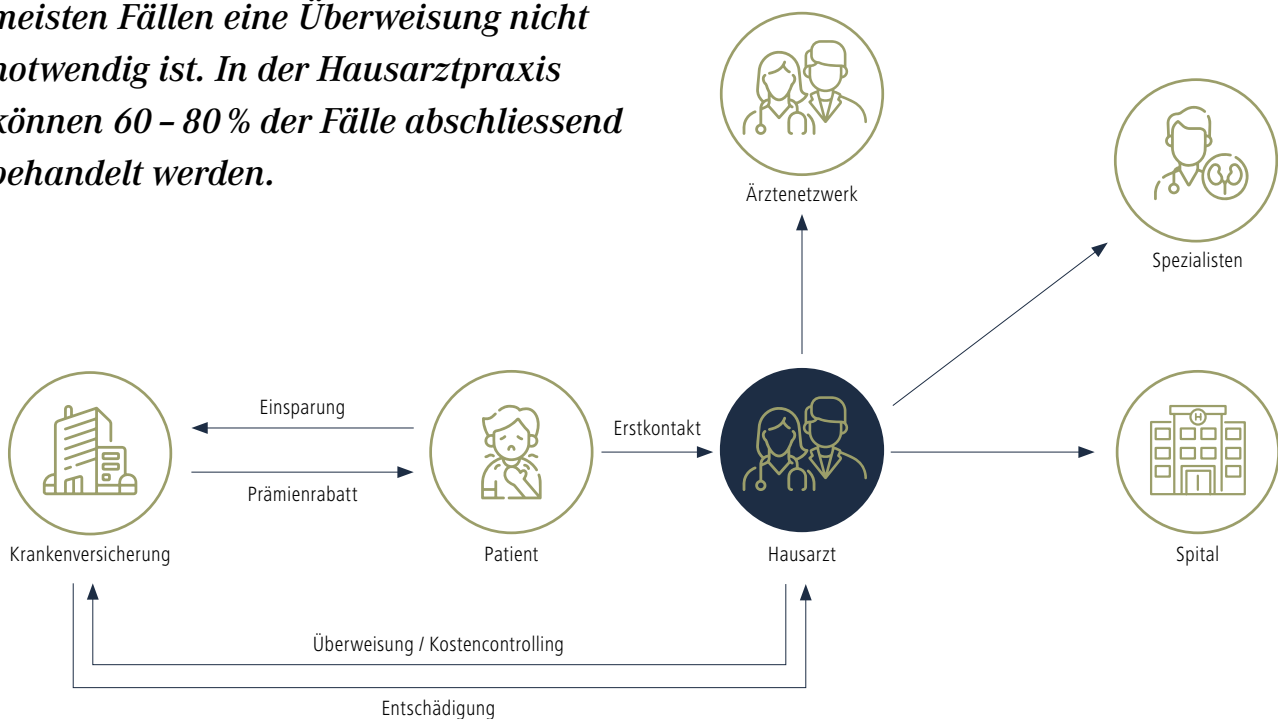
Hausärztinnen und Hausärzte spielen in diesem Modell keine zentrale Rolle, der Patient koordiniert sich prinzipiell selbst.

2. Das Hausarztmodell: Koordination mit System

Im Hausarztmodell steht eine Hausarztpraxis als erste Anlaufstelle im Zentrum. Die Patientinnen und Patienten verpflichten sich vertraglich, zunächst die gewählte Hausarztpraxis zu kontaktieren. Nur bei Bedarf erfolgt eine gezielte Überweisung an Fachspezialisten. Die Erfahrung zeigt, dass in den meisten Fällen

eine Überweisung nicht notwendig ist. In der Hausarztpraxis können 60 – 80 % der Fälle abschliessend behandelt werden. Auch erfolgt im Hausarztmodell stets ein systematisches Kostencontrolling, d.h. über die bezogenen Leistungen ausserhalb der gewählten Hausarztpraxis erfolgt ein Monitoring.

Die Erfahrung zeigt, dass in den meisten Fällen eine Überweisung nicht notwendig ist. In der Hausarztpraxis können 60 – 80 % der Fälle abschliessend behandelt werden.

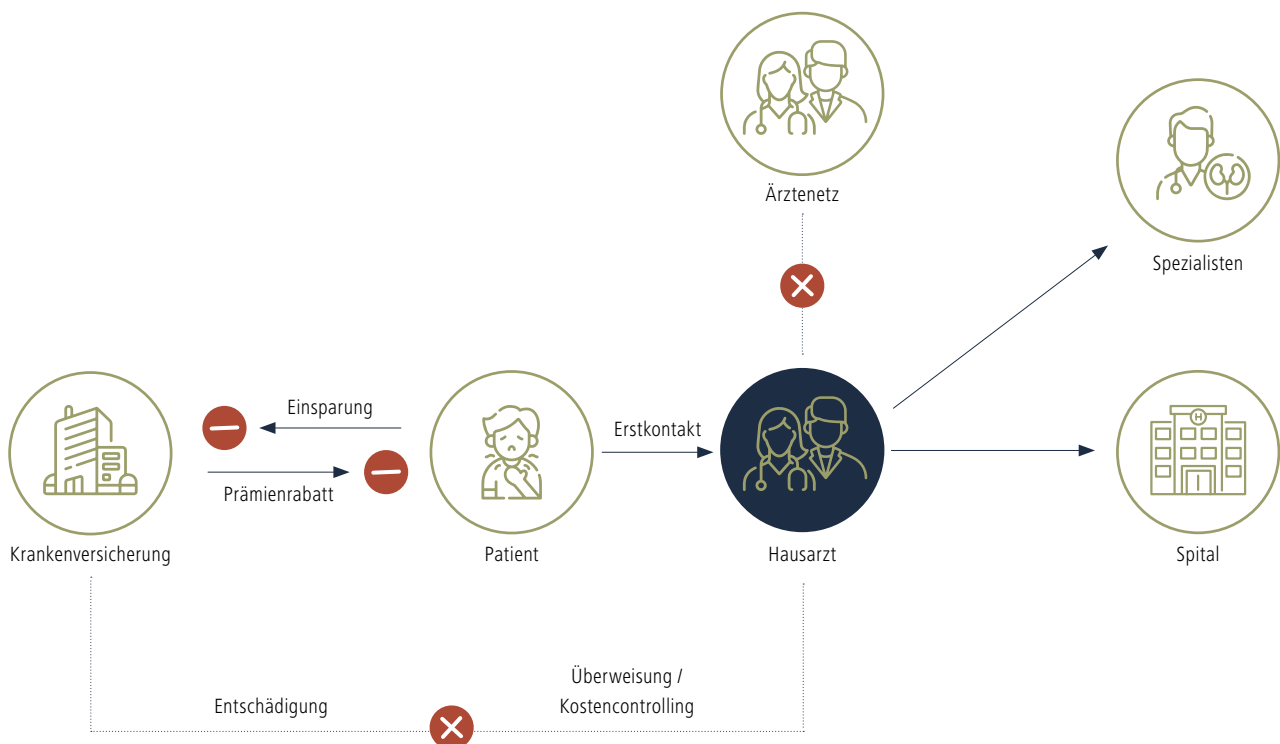


Für die Versicherer ergibt sich daraus ein messbares Einsparpotenzial, das in Form von Prämienrabatten an die Versicherten weitergegeben wird. Gleichzeitig sind Hausärztinnen und Hausärzte in Ärztenetze und Qualitätszirkel eingebunden und erhalten eine spezifische Entschädigung für ihre koordinierende Rolle. Das Modell schafft damit eine klare Struktur, hohe Effizienz und eine optimale medizinische Versorgung aus einer Hand.

3. Das Listenmodell: Hausarztmodell light

Das Listenmodell funktioniert ähnlich wie das Hausarztmodell, jedoch ohne vertragliche Vereinbarung zwischen Hausarzt und Versicherer. Zwar gilt auch hier der Hausarzt oder die Hausärztin als erste Anlaufstelle, doch werden keine Netzzugehörigkeit, keine verbindlichen Überweisungsregeln und keine Qualitätsvorgaben vorausgesetzt. Auch erfolgt keine direkte Entschädigung für koordinierende Leistungen.

Folge: Das Einsparpotenzial sowie der Prämienrabatt sind in der Regel geringer. Im Grunde handelt es sich um ein Trittbrettfahrermodell des Hausarztmodells: Mit gezieltem Marketing wird dem Patienten suggeriert, ein echtes Hausarztmodell zu wählen, jedoch mit weniger Steuerungsmöglichkeit und mit weniger Systematik.



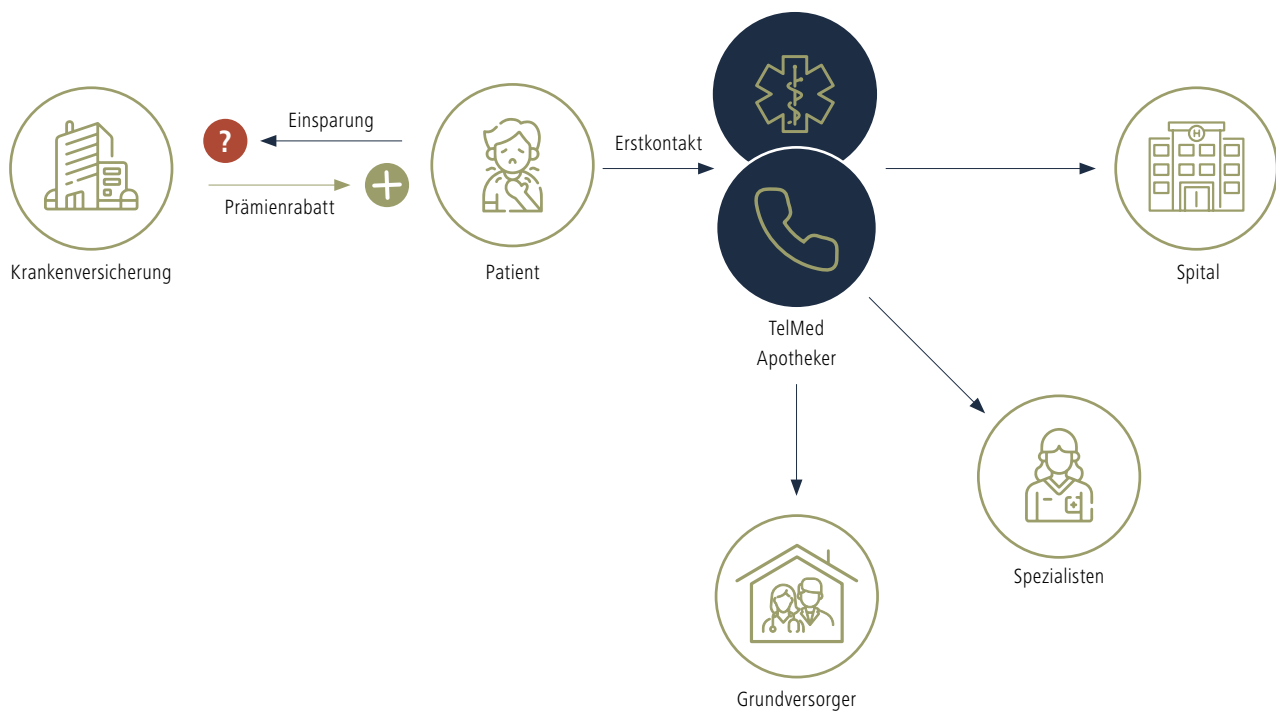
Mit gezieltem Marketing wird dem Patienten suggeriert, ein echtes Hausarztmodell zu wählen, jedoch mit weniger Steuerungsmöglichkeit und mit weniger Systematik.

4. Das Telmed- und Apothekenmodell: Erstkontakt via Telefon oder Apotheke

Bei diesen Modellen erfolgt der Erstkontakt nicht in der Arztpraxis, sondern über eine telefonische Gesundheitsberatung durch einen telemedizinischen Anbieter oder direkt in der Apotheke. Durch diese Stellen wird entschieden, ob eine physische ärztliche Konsultation notwendig ist. Häufig erfolgt dann eine Überweisung an eine Hausarztpraxis.

Aus Sicht der Versicherten sind diese Modelle attraktiv, da sie mit relativ hohen Prämienrabatten verbunden sind und der Zugang über mehrere Kanäle möglich ist. Für Hausärztinnen und Hausärzte bedeuten sie jedoch: keine Verträge, keine Entschädigung und keine direkte Einbindung, obwohl sie häufig dennoch in die Versorgung involviert werden. Die Koordination bleibt fragmentiert, das tatsächliche Einsparpotenzial von reinen Telmed- sowie Apothekenmodellen ist fraglich.

Für Hausärztinnen und Hausärzte bedeuten sie jedoch: keine Verträge, keine Entschädigung und keine direkte Einbindung, obwohl sie häufig dennoch in die Versorgung involviert werden.



5. Multiaccess-Modelle: Verschiedene Erstanlaufstellen – (noch) mit Koordinationslücken

Hier können Patientinnen und Patienten je nach Situation frei wählen, ob sie sich zuerst durch eine dafür vorgesehene Applikation triagieren lassen oder sich an eine Apotheke, einen telemedizinischen Anbieter oder an die Hausarztpraxis wenden. Was als maximal flexibel erscheint, birgt in der Praxis Herausforderungen: unklare Koordinationsstrukturen, lückenhafter Datenaustausch und ungesicherte Qualitätskontrolle. Modelle, die grundsätzlich auf dem Prinzip des Haus-

arztmodells, mit der Hausarztpraxis als zentrale Koordinationsstelle, basieren und ergänzend weitere Leistungserbringer als erste Kontaktstelle einbinden, werden aktuell als nachhaltige Alternative zum regulären Hausarztmodell gesehen. Durch abnehmende ärztliche Ressourcen sowie steigende patientenseitige Ansprüche kann dies durchaus eine entlastende Ergänzung darstellen. Patienten erhalten so für z.B. Bagatellen eine unkomplizierte Beratung, können im Bedarfsfall jedoch auch direkt die Hausarztpraxis kontaktieren. Bereits heute werden solche Produkte mit hohen Prämienrabatten angeboten. Ob die entsprechende Einsparung tatsächlich auch realisiert werden kann, bleibt offen.



Was als maximal flexibel erscheint, birgt in der Praxis Herausforderungen: unklare Koordinationsstrukturen, lückenhafter Datenaustausch und ungesicherte Qualitätskontrolle.

Fazit: Koordination ist der Schlüssel

Die Übersicht zeigt: Nicht alle Versicherungsmodelle leisten gleich viel für eine strukturierte, effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung. Während das klassische Hausarztmodell klare Verantwortlichkeiten schafft und medizinische Steuerung ermöglicht, bleiben viele alternative Modelle hinter ihrem Potenzial zurück. Ohne Hausarzt funktionieren alle anderen Modelle nicht.

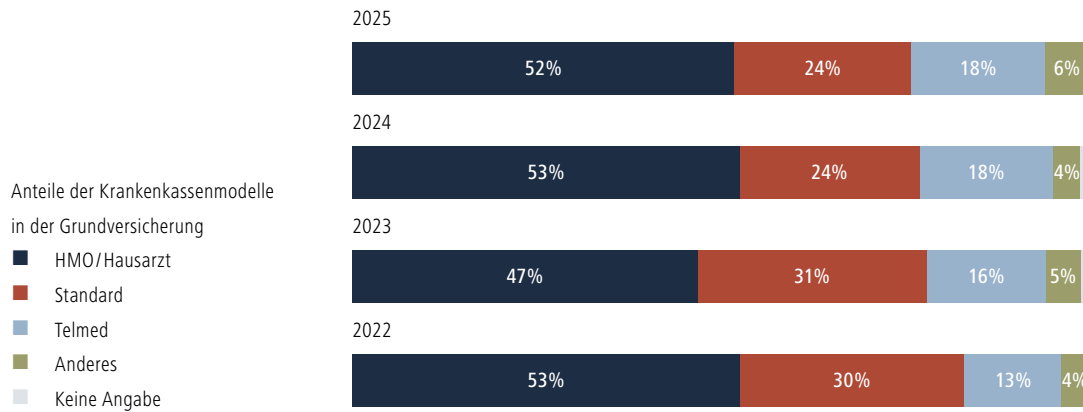
Ein gut koordiniertes Versorgungssystem erfordert:

- mehr als digitale Erstkontakte und Einsparlogik
- verlässliche Beziehungen auf Vertrauensbasis
- die aktive Rolle der Hausarztpraxis

Modelle, die dies anerkennen und honorieren, werden wohl zukunftsfähig sein.

Modell	Verbindliches Hausarztmodell	Listenmodell	TelMed	Apothekenmodell	MultiAccess Modell
Erste Anlaufstelle	Hausarzt	Hausarzt	Call-Center	Apotheke	Frei wählbar
Charakteristika	Versicherte sprechen die Behandlung mit der Hausarztpraxis ab.	Versicherte holen im Krankheitsfall eine Überweisung beim Arzt auf der Liste ein.	Versicherte rufen im Krankheitsfall zuerst die medizinische Beratung des Versicherers an.	Versicherte suchen im Krankheitsfall zuerst eine vom Versicherer beauftragte Apotheke auf.	Versicherte wählen im Krankheitsfall frei, wen sie kontaktieren möchten.
Prämienrabatt	✓	✓	✓	✓	✓
Vertrag zwischen Patient, Arzt und Versicherer	✓	✗	✗	✗	✓
Ausgewiesene Kosteneinsparung	✓	✗	✗	✗	✓
Ausgewiesene bessere Behandlungsqualität	✓	✗	✗	✗	✓
«Echte» Koordination	✓	✗	✗	✗	✗
Fazit	Bessere Behandlung und Kosteneinsparung dank «echter» Koordination.	Überweisungen ohne Wirkung auf Kosten und Qualität.	Keine weitere Koordination nach telefonischer Konsultation.	Keine weitere Koordination nach Besuch in der Apotheke.	Unpersönliche Koordination.

So ist die Schweizer Bevölkerung grundversichert



Quelle: Repräsentative Umfrage durch das Marktforschungsinstitut Innofact (1022 Befragte, April 2025)

Gemäss der repräsentativen Umfrage ist die Nachfrage bei Hausarzt- oder HMO-Modellen nach wie vor hoch. 52 Prozent setzen auf ein Modell mit der Erstanlaufstelle Hausarzt oder Gruppenpraxis (53 Prozent 2024). Damit haben diese beiden Modelle nach einem Einbruch 2023 wieder das alte Niveau erreicht, wobei das Hausarztmodell mit 43 Prozent dominiert (44 Prozent 2024). Stabil geblieben ist der Anteil der Telmed-Versicherten mit 18 Prozent. (Quelle: Comparis, Krankenkassen-Grundversicherungs-Analyse 2025).

Obwohl das **Hausarztmodell** als das am längsten bestehende alternative Versicherungsmodell rein marketingtechnisch vermehrt in den Hintergrund rückt, schneidet es nach wie vor in allen Bereichen am besten ab. Andere Modelle bieten zwar Flexibilität oder hohe Rabatte, weisen aber Schwächen bei der medizinischen Steuerung, der Kontrolle des Leistungsbezugs (Kostencontrolling) sowie auch in einer kontinuierlichen Kosteneffizienz auf.

Während das Standardmodell auf Eigenverantwortung setzt, zeigen strukturierte Modelle wie das klassische Hausarztmodell, dass gezielte Koordination und klare Zuständigkeiten nicht nur die Versorgungsqualität erhöhen, sondern auch Kosten senken können. In Zeiten steigender Gesundheitsausgaben und wachsender Komplexität wird eines immer klarer: Gute Versorgung beginnt mit einem guten Modell – und mit einer starken ersten Anlaufstelle. ■

Hausarztmodell, ein Modell mit Zukunft – oder unter Druck?

Das Hausarztmodell gilt als Herzstück einer koordinierten Grundversorgung: Patientinnen und Patienten wählen ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt als erste Anlaufstelle, alle weiteren medizinischen Schritte werden von dort aus gesteuert. Die Idee dahinter ist einfach – und dennoch hochrelevant in einem Gesundheitssystem, das immer komplexer wird: weniger Doppelspurigkeiten, mehr Übersicht, mehr Vertrauen.

Interview: René Stupf, deFACTO

Doch wie funktioniert dieses Modell im Alltag? Bringt es den Hausärztinnen und Hausärzten Entlastung oder zusätzliche Arbeit? Und kann es angesichts des dramatischen Nachwuchsmangels in der Hausarztmedizin überhaupt eine langfristige Zukunft haben?

Über diese Fragen hat deFACTO mit drei Hausärzten gesprochen, die das Modell täglich leben. Entstanden ist ein offenes Gespräch über Chancen, Stolpersteine und die Sorge, dass aus einem Erfolgsmodell bald ein rares Gut werden könnte.

René Stupf, deFACTO: Beginnen wir mit der Sicht der Patientinnen und Patienten. Frau Dr. Friess, was sind aus Ihrer Sicht die grössten Vorteile des Hausarztmodells?

MF: Der wichtigste Punkt ist für mich die koordinierte und kontinuierliche Betreu-

ung. Das heisst, dass alle medizinischen Informationen an einer Stelle zusammenlaufen – nämlich bei uns Hausärztinnen und Hausärzten. Wir sind sozusagen das Drehkreuz. Das ermöglicht eine gezielte Steuerung der Versorgung. Ich sehe immer wieder, wie dies Doppeluntersuchungen verhindert und unnötige Spitalaufenthalte vermeidet. Ein Beispiel: Eine ältere Patientin kam kürzlich mit einer Liste von Medikamenten aus drei verschiedenen Facharztpraxen. Ohne die zentrale Übersicht wären hier schnell Wechselwirkungen entstanden – dank unserer Koordination konnten wir das verhindern.



Dr. med. Maja Friess, Erlinsbach (MF)

«Der wichtigste Punkt ist für mich die koordinierte und kontinuierliche Betreuung. Das heisst, dass alle medizinischen Informationen an einer Stelle zusammenlaufen – nämlich bei uns Hausärztinnen und Hausärzten.»



Dr. med. Michel Hug, Wettingen (MH)

«Wir kennen die Spezialisten, mit denen wir zusammenarbeiten, und sie kennen uns. Das schafft Vertrauen.»

MH: Dem kann ich nur zustimmen. Meine Patienten schätzen vor allem, dass sie sich darauf verlassen können, dass wir die Fäden in der Hand halten. Wir kennen die Spezialisten, mit welchen wir zusammenarbeiten. Ebenso wissen jene, mit wem sie es zu tun haben. Das schafft Vertrauen. Oft sagen Patienten: «Ich vertraue Ihnen und gehe dahin, wo Sie es mir empfehlen.» Das gibt Sicherheit – gerade in Zeiten, in denen das Gesundheitswesen immer komplexer wird.

SF: Ich erlebe es ähnlich. Das Modell stärkt die Hausärztin als erste Anlaufstelle – und das ist entscheidend. So können wir gewährleisten, dass keine parallelen Behandlungen stattfinden, von denen niemand weiss. Das spart nicht nur Geld, sondern verhindert auch medizinische Risiken. Und für die Patientinnen und Patienten gibt es einen zusätzlichen Anreiz: die Prämienvergünstigungen, die mit dem Modell verbunden sind. Das wird durchaus wahrgenommen.

Kommen wir zu den Vorteilen für Sie selbst als Ärztinnen und Ärzte. Herr Dr. Hug, was bedeutet das Modell in Ihrem Praxisalltag?

MH: Es ist ein grosser Vorteil, dass ich fast immer alle relevanten Berichte erhalte – ob von Fachärzten, Spitälern oder nach Diagnostik. Das heisst, die Krankengeschichte ist übersichtlich und vollständig, wenn sie sauber geführt wird. So kann ich gemeinsam mit meinen Patienten entscheiden, welche Schritte sinnvoll sind. Es ist ein partnerschaftlicher Prozess.

SF: Bei uns ist es ähnlich. Auch wenn das Modell nicht in allen organisatorischen Bereichen entlastet, bringt es Klarheit. Wir wissen, wo sich unsere Patientinnen und Patienten gerade in Behandlung befinden, können gezielt Informationen einholen und dadurch Zeit sparen. Das stärkt auch unsere Position als zentrale Ansprechpartnerin.

MF: In meiner Praxis führt das Modell zu einer verbindlicheren Anbindung der Patientinnen und Patienten. Sie wissen, dass wir im Prozess mitreden – und das ist gut so. Zusätzlich gibt es eine Vergütung, die unsere medizinische Arbeit und unsere Qualitätsarbeit anerkennt. Das ist ein wichtiges Signal.

Die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte hat sich über die Jahre verändert. Wie nehmen Sie das wahr?

SF: Früher stand vor allem die direkte medizinische Versorgung im Mittelpunkt. Heute sind wir zusätzlich Koordinatoren, Vermittler und Informationsdrehscheibe zwischen verschiedensten Leistungserbringern. Der Verwaltungsaufwand ist gestiegen, aber bei einer guten Arzt-Patienten-Beziehung bleiben wir die erste Anlaufstelle – auch für das Einordnen von Facharztberichten.

MH: Ich bin nun seit rund fünf Jahren Hausarzt und sehe, dass diese zentrale Rolle immer noch in unserer Hand liegt und die Patienten dies auch wollen. Ein Hausarzt hat nach wie vor einen grossen und wichtigen Stellenwert bei vielen Patienten.

MF: Es gibt Licht und Schatten. Negativ ist, dass der administrative Anteil deutlich gewachsen ist. Positiv ist die bessere Vernetzung mit Spitälern und Fachärzten, die elektronische Krankengeschichte und der schnelle Zugriff auf evidenzbasierte Leitlinien. Das hilft uns, fundierte Entscheidungen zu treffen.

Hat das Hausarztmodell Ihrer Erfahrung nach die Patientenbindung verändert?

SF: Auf jeden Fall. Die klare Struktur des Modells fördert langfristige Beziehungen. Bei chronischen Erkrankungen ist das unbezahlbar. Man kennt sich, vertraut sich und das steigert die Qualität der Behandlung enorm.

MH: Ich erlebe das genauso. Das Modell verstärkt die Bindung und das wirkt sich positiv auf die Zusammenarbeit aus.

MF: Eine enge Bindung ist die Basis für eine gute Langzeitbetreuung. Durch das Modell wird diese Bindung stabilisiert.

Wo erleben Sie Entlastung, und wo eher Mehraufwand?

SF: Entlastung entsteht durch die bessere Übersicht. Mehraufwand hingegen, wenn Facharzttermine oder Spitalaufenthalte ohne unsere Kenntnis stattfinden. Dann müssen wir mühsam Informationen nachfordern – das kostet Zeit und Energie.

MH: Entlastung kann nur im Team entstehen. Aufmerksam engagierte Mitarbeiter können uns den Rücken freihalten, indem sie bereits am Telefon zuhören, richtig triagieren, Mails effizient und kompetent beantworten, Berichte genau anschauen und das empfohlene Prozedere selbständig umsetzen. Sicherlich wird die künstliche Intelligenz in Zukunft auch für eine gewisse Entlastung sorgen können. Der Mehraufwand ist insbesondere administrativer Natur. Zumindest wird er im Hausarztmodell teilweise abgegolten.

MF: Wir profitieren von der besseren Koordination, aber wenn Schnittstellen nicht sauber funktionieren, entstehen administrative Hürden, die den Alltag erschweren.

Sollte man weitere Leistungserbringer stärker einbinden?

SF: Nicht zwingend. Wichtiger ist, die bestehenden Rollen klar zu definieren und Doppelspurigkeiten zu vermeiden.

MH: Ich bin offen für die Einbindung aller – Telemedizin, Apotheken, Spitex – solange es gut koordiniert ist. Wir sind alle Zahnräder im Gesundheitssystem und somit systemrelevant. Zusammenzuarbeiten ist immer die richtige Entscheidung.

MF: Ich sehe es ähnlich. Zusätzliche Einbindung ist nur dann sinnvoll, wenn sie gezielt und abgestimmt erfolgt.

Blicken wir in die Zukunft. Wie sehen Sie das Hausarztmodell in fünf bis zehn Jahren?

SF: Leider mit Sorge. Der Nachwuchsman gel ist massiv. In einigen Regionen wird die hausärztliche Grundversorgung nicht mehr flächendeckend möglich sein. Das führt zu überlasteten Notfallstationen und dazu, dass andere Akteure Lücken füllen – oft ohne ärztliche Ausbildung. Für viele wird es schwer, überhaupt einen Hausarzt zu finden.



Dr. med. Sandra Fussen, Zofingen (SF)

«Die klare Struktur des Modells fördert langfristige Beziehungen. Bei chronischen Erkrankungen ist das unbezahlbar.»

MH: Der Hausarzt wird trotzdem eine wichtige Ansprech- und Vertrauensperson bleiben – gerade dann, wenn eine schwierige Diagnose den Lebensweg verändert. Wir sind die Begleiter auf einer Reise, deren Verlauf niemand genau kennt.

MF: Die Grundidee des Hausarztmodells ist wertvoll. Aber ohne strukturelle Verbesserungen, Nachwuchsförderung und gezielte Entlastung wird es schwierig, diesen Standard zu halten.

Vielen Dank für dieses offene Gespräch. Sie haben uns gezeigt, dass das Hausarztmodell nicht nur ein organisatorisches Konzept ist, sondern für viele Menschen eine tragende Säule ihrer medizinischen Versorgung – heute und hoffentlich auch in Zukunft. ■

MPA Vorkurs – mit Vorsprung in die Lehre

Der Schritt in die Lehre ist spannend, aber auch herausfordernd. Damit angehende Lernende bestmöglich in ihren neuen Alltag starten, bietet der MPA Vorkurs eine umfassende Vorbereitung und legt damit den Grundstein für einen guten Start in die Lehre. Medics macht sich gemeinsam mit kobu stark für die nächste Generation!

Text: **Sandra Kobel**, kobu

Die Kursleiterin und Mitinitiantin, Sandra Kobel verrät mehr dazu:

Was war Ihr Highlight aus den letzten Kursen?

Mein persönliches Highlight war der letzte Kursblock. Wir arbeiteten praktisch und übten die Blutabnahme (kapillar und venös). Die Teilnehmenden erhielten viele wertvolle Tipps von erfahrenen Fachkräften. Im 2025 haben wir in der letzten Kursstunde die Türen geöffnet: Interessierte Berufsbildnerinnen und gesetzliche Vertretende konnten sich ein Bild vom Kurs machen und sich gleich Blut abnehmen lassen. Grossartig!

Was sind für Sie typische Aha-Momente oder Entwicklungsschritte, die Sie bei den Lernenden beobachten?

Zu Beginn sind die Teilnehmenden meist eher ruhig und zurückhaltend – sie müssen ihre Rolle erst finden. Gegen Ende des Kurses beobachten wir dann eine grosse, positive Veränderung: Die Persönlichkeit hat sich gefestigt und das Selbstvertrauen ist gewachsen.



Sandra Kobel

kobu.ch engagiert sich seit 2008 für die berufliche Grundbildung. Im Kanton Bern und den angrenzenden Kantonen ist die Organisation verankert und vernetzt. Durch die «Nähe» zur Berufsbildung können sie eine umfassende Betreuung sicherstellen. Mit der Bildungspartnerschaft engagiert sich kobu.ch zusammen mit Medics für künftige MPA. Der MPA Vorkurs fördert angehende Lernende in ihrer Kompetenz und bereitet sie auf zukünftige Aufgaben in der Praxis vor.



Gibt es einen Moment im Kurs, auf den Sie sich immer freuen?

Ja, ich freue mich jedes Mal ganz besonders auf den Besuch im Labor und das praktische Arbeiten. ■



Interessiert?

Der nächste MPA Vorkurs startet im Februar 2026.
Anmeldung und weitere Informationen unter:

www.medics.ch/mpa-vorkurs

Ein Tag im Leben einer Hausärztin

Von frühmorgens bis spätabends: Hausärztinnen und Hausärzte leisten Schwerarbeit.

Dr. med. Maja Friess-Graber gibt Einblick, wie sie ihre Patientinnen und Patienten täglich durchs Leben begleitet.



08.00 Uhr: Die Sprechstunde beginnt.

08.00 – 09.30 Uhr Alle zwanzig Minuten einen Patienten oder eine Patientin betreuen: Bei einigen geht es schneller, andere benötigen mehr Zeit. Die Anliegen reichen von HNO-Problemen, Bauchschmerzen bis zu Lebenskrisen. Internistische Fälle mit meterlangen Diagnoselisten. Da fehlt ein Austrittsbericht; im Spital wurde die Medikation geändert: Patient und ich sind ratlos ... Die MPA muss ins Spital telefonieren und den Bericht oder mindestens die Medi-Liste anfordern. Inzwischen ist die nächste Patientin dran, die eine reisemedizinische Beratung mit Impfungen wünscht, aber keinen Impfausweis mitgebracht hat, ... Sonographien, Wundkontrollen folgen.

09.30 – 09.40 Uhr «Pause»: Die mache ich kaum je richtig; irgendwie nicht nötig ausserdem bin ich mit den Sprechstunden leicht im Rückstand: 1 Glas Wasser, selten mal einen Kaffee.

10.00 – 11.30 Uhr Der nächste «toughe» Patient hat seit drei Tagen Thoraxschmerzen, zuerst heftig, nun deutlich besser. Er brach deswegen die Ferien in Südeuropa ab und fuhr mit dem Auto zurück, um sich von mir, seiner Hausärztin, untersuchen zu lassen. Sowohl EKG als auch T-Trop zeigen ein subakutes Koronarsyndrom. Anweisungen an je eine MPA: Intra-

venöse Leitung legen, 144 benachrichtigen, Medikamente bereitstellen. Daneben läuft die Sprechstunde meiner beiden Kolleginnen ungehindert weiter. Ein Lob den tüchtigen MPAs! Nachdem die Rettung mit dem Patienten abgefahren ist, läuft es wieder ruhiger weiter, doch mit deutlicher Verspätung.

11.30 – 12.00 Uhr Kurze Besprechungen mit leitender MPA und Praxispartnerin, einige Unterschriften für Rezepte und Verordnungen, neuerdings meist digital.

12.00 – 13.30 Uhr Mittagspause: Essen zusammen mit MPAs und Kollegin im Personalraum, dann 15–20 Minuten Siesta (conditio sine qua non).

13.30 – 17.00 Uhr Nachmittagssprechstunde. Weniger Verlaufskontrollen chronisch Kranker, dafür gynäkologische Routinekontrollen, ab und zu Kleinchirurgie und Gelenksinfiltrationen, was im sonst internistisch geprägten Alltag wohltuend ist.

17.00 – 19.20 Uhr Büro, Büro, Büro: E-Mails und Berichte lesen, Diagnose- und Medikamentenlisten aktualisieren, Überweisungen diktieren, SUVA- und IV-Berichte schreiben, sich ärgern über schikanöse Nachfragen von Krankenkassen, z.B. ob das Statin oder die Osteoporosedagnostik wirklich indiziert sei. Mitarbeitergespräche vorbereiten, Austausch mit Praxispartnerin bzgl. Geschäftsleitungssachen, Rechnungen anschauen und kontieren. Gedanken machen zur Vorstandssitzung HAVA, ...

Dann ab nach Hause, z’Night und gute Nacht. ■



Dr. med. Maja Friess-Graber

Hausärztin, Schmitte-Praxis, Erlinsbach SO

Haus- und Kinderarztpraxen am Limit – Hausarztmodell ONLY hilft

Die hausärztliche Versorgung in der Schweiz steht vor einer Zerreissprobe. Steigende Patientenzahlen, zunehmende Bürokratie und ein Mangel an Nachwuchsärzten bringen die Praxen an ihre Grenzen. Um die Qualität der Versorgung weiterhin sicherzustellen, haben einige Praxen beschlossen, ihre Aufnahmekriterien zu verschärfen.

Interview: René Stupf, deFACTO



Dr. med. Barbara Lüpold

Hausarztpraxis Möriken AG

Erfahrungen in der Hausarztpraxis

Wie kommt das Tool bei Ihrem Praxispersonal an?

Das Tool «Hausarztmodell ONLY» stösst auf durchweg positive Resonanz. Das Team empfindet es als benutzerfreundlich: Die Menüführung ist klar, die Bedienung einfach verständlich und intuitiv und die Dauer pro Patient moderat (ca. 1–2 Minuten).

Wie beurteilen Sie den Prüfungsprozess hinsichtlich Aufwand und Rücksprachen seitens Patienten?

Der Prüfungsprozess ist effizient, da das Tool transparente und verständliche Resultate liefert. Auch erfolgt die Rückmeldung seitens Argomed sehr rasch (in der Regel innert 24 Stunden).

Wird das Praxispersonal von Abklärungen rund um die Versicherungsmodelle entlastet?

Der Prüfungsprozess läuft automatisiert im Hintergrund und überprüft zuverlässig Anspruch und Versicherungsstatus. Dadurch gibt es weniger Fälle, bei denen individuell Anfragen geklärt werden müssen oder der Versicherungsstatus unklar bleibt, auch bei Versicherungswechseln.

Was für einen Impact hat das Tool hinsichtlich Aufklärungs- und Wissensvermittlung gegenüber Patienten und dem Praxispersonal?

Das Tool fördert sowohl bei den Patienten als auch im Team das Verständnis für das Hausarztmodell. Es trägt dazu bei, Missverständnisse zu vermeiden, und stärkt die Rolle des Hausarztes als erste Anlaufstelle.

Wir unterstützen Praxen, die sich dafür entscheiden, nur noch Patienten im verbindlichen Hausarztmodell (HAM) aufzunehmen. Dieses Modell bietet Patienten zahlreiche Vorteile, darunter eine umfassende und kontinuierliche Betreuung durch ihren Haus- oder Kinderarzt.

Um sicherzustellen, dass Patienten im verbindlichen Hausarztmodell versichert sind, stellen wir Hausarztpraxen ein praktisches Check-Tool, das «Hausarztmodell ONLY», zur Verfügung. Damit können sie einfach und schnell überprüfen, ob die Patienten die Voraussetzungen für eine Aufnahme in die Praxis erfüllen. ■

Aufnahmeprozess HAM ONLY

- 1. Patient meldet sich bei der Praxis**
Der Patient möchte in der Hausarztpraxis aufgenommen werden.
- 2. Praxis informiert Patient über Aufnahmebedingungen**
Die Praxis informiert den Patienten über Registrierungsmöglichkeiten:
a) Link oder Button auf Website
b) Direktlink:
www.check.hausarztmodell.ch
- 3. Patient registriert sich**
Der Patient schliesst die Online-Registrierung selbstständig ab.
- 4. Argomed prüft**
Argomed prüft und informiert den Patienten
a) HAM bestätigt
b) HAM nicht bestätigt: Patient erfüllt Aufnahmekriterien nicht.
- 5. Patient meldet sich erneut an**
Der Patient meldet sich erneut in der Praxis, um die Registrierung zu überprüfen.
- 6. Praxis prüft**
Die Praxis überprüft in my.argomed den Aufnahmestatus (rot oder grün) des Patienten.

5 Fragen an die Politik und Verbände zum Stellenwert des Hausarztmodells



Anne-Sybil Götschi,
Präsidentin medswissnet



Andri Silberschmidt,
FDP-Politiker und Unternehmer

Welche Rolle spielen die Ärztenetze für die Grundversorgung?

Die Ärztenetze bieten als einzige Leistungserbringer eine bedarfsgerechte koordinierte Gesundheitsversorgung und ein verbindliches Qualitätsmanagement. Gleichzeitig leisten sie den wichtigsten Beitrag zur Kostendämpfung und treiben Innovationen wie digitale Lösungen oder integrierte Versorgungsmodelle voran.

Ärztenetze koordinieren die medizinische Versorgung und fördern die integrierte Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten sowie weiteren Leistungserbringern. Sie sichern Qualität, steuern Patienten effizient, stärken die lokale Identifikation und erleichtern so eine bedarfsrechte Spitalplanung.

Inwiefern hat sich die Rolle der Grundversorger im Laufe der Jahre verändert?

Hausärzte übernehmen zunehmend Managementaufgaben: Führung von Praxisteamen, digitale Systeme, Qualitätssicherung. In Ärztenetzen koordinieren sie Versorgung, gestalten Behandlungsprozesse und benötigen neben medizinischem Know-how auch Führungs- und Managementkompetenz.

Grundversorger agieren heute als koordinierende Drehscheibe, übernehmen Case Management, betreuen chronisch Kranke und fördern Prävention. Der steigende administrative Aufwand erfordert jedoch dringend Entlastung.

Können andere Leistungserbringer die Rolle der Grundversorger unterstützen oder gar übernehmen?

Grundversorger werden zunehmend von MPK, PA oder APN unterstützt – v. a. bei chronisch Kranken und Bagatellfällen. Die Kooperation mit Spitex und Apotheken wächst. Die Hausarztrolle als zentrale Koordination bleibt unverzichtbar: Unterstützung ja, Ersatz nein. Die Stärke liegt in der Ergänzung.

Andere Gesundheitsberufe wie Advanced Practice Nurses (APN), Pharmazeuten, Physiotherapeuten oder Psychologen können bestimmte Aufgaben übernehmen, aber nicht die zentrale Rolle des Hausarztes ersetzen. Beispiele für andere Leistungserbringer sind auch selbstständige Labore, die bspw. gewisse Analysen übernehmen. Zentral dabei ist die interprofessionelle Zusammenarbeit.

Welchen Stellenwert messen Sie dem Hausarztmodell in der Grundversorgung bei?

Das Hausarztmodell ist zentral für die Grundversorgung: Es stärkt Hausärzte, bietet strukturelle Unterstützung und fördert Innovationen in der koordinierten Versorgung. Studien belegen höhere Qualität bei geringeren Kosten – und damit Prämienentlastung. Wenn man die Grundversorgung stärken will, dann kommt man an den verbindlichen Hausarztmodellen nicht vorbei.

Einen hohen Stellenwert. Das Hausarztmodell stärkt die koordinierte Versorgung, reduziert unnötige Facharztbesuche und verhindert einen noch grösseren Anstieg der Gesundheitskosten. Patientenbindung, Kontinuität und Vertrauen sind zentrale Erfolgsfaktoren und abhängig von beiderlei – von den Hausärzten und den Patienten.

Wer eine Hausarztpraxis konsultiert, sollte im verbindlichen Hausarztmodell (kein Listenmodell) versichert sein. Sehen Sie das auch so? Wenn nein,, wieso nicht?

Ein verbindliches Hausarztmodell ist die Basis für koordinierte, effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung. Mit dem «Hausarztmodell plus» nehmen viele Praxen nur neue Patienten im Modell auf. Versicherer sollen mit Ärztenetzen klare, vergütete Verträge entwickeln und so das Modell aktiv fördern.

Ja, das verbindliche Hausarztmodell – mit klarer Steuerung durch den Hausarzt – erhöht die Effizienz und stärkt die Rolle der Grundversorgung. Das Listenmodell ohne Verpflichtung zur Erstkonsultation beim Hausarzt bringt wenig Steuerungswirkung und birgt das Risiko von Ineffizienzen im System.



Dr. med. Dominik Weber,
Co-Präsident mfe aargau

Ärztetnetze sind zentral für die Grundversorgung. Über Hausarztmodelle erhalten Grundversorger eine angemessene Vergütung für Koordination, Kosteneinsparungen, Qualitätsmassnahmen und Innovationen – ein Anreiz für effiziente, hochwertige medizinische Versorgung.

Grundversorger bleiben zentrale Koordinatoren der Behandlung, lösen die meisten Probleme kostengünstig selbst und leiten Patienten gezielt weiter. Durch das Sammeln aller medizinischen Unterlagen sichern sie eine ganzheitliche Betreuung.

Es gibt sicherlich einige Berufsgruppen wie APN oder MPK, welche punktuell die Grundversorger in den Praxen unterstützen können. Es gibt jedoch keine Berufsgruppe, welche auch nur annähernd die Ausbildung und Kompetenzen hat, um wie ein Grundversorger die oben beschriebenen Aufgaben zu erfüllen.

Die Hausarztmodelle sind essenziell und setzen positive Anreize für eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung. Sie ermöglichen eine bessere Versorgung zu tieferen Kosten.

mfe aargau sieht dies ebenso. Die Plätze in den Grundversorgerpraxen sind zunehmend knapp. Patienten ohne Hausarztmodell profitieren von den hausärztlichen Behandlungen und Koordinationsleistungen sowie Qualitätsmassnahmen, ohne dass der Grundversorger dafür angemessen vergütet wird. Die Praxen werden solche «Trittbrettfahrer» immer weniger tolerieren, je knapper die Plätze in den Praxen werden.



Dr. med. Yvonne Gilli,
Präsidentin der FMH

Mittlerweile kann man sie in der Schweiz zur versorgungskritischen Infrastruktur zählen. Sie spielen eine zentrale Rolle, sowohl um die Grundversorgung zu sichern als auch um die Qualität der Versorgung stetig weiterzuentwickeln.

Es hat ein eindrücklicher Strukturwandel stattgefunden, weg von der Einzelpraxis hin zu Gruppenpraxen. Dabei hat sich auch die Rechtsform geändert, weg vom Einzelunternehmen hin zu juristischen Gesellschaftsformen.

Die ärztliche Grundversorgung ist ein zentraler und unersetzbarer Pfeiler jeder qualifizierten medizinischen Grundversorgung. Je stärker entwickelt ein Land ist, desto mehr arbeiten die Ärztinnen und Ärzte eng zusammen mit weiteren Berufen der Gesundheitsversorgung. Insbesondere medizinische Praxiskoordinatorinnen, Pflegefachleute oder Physician Associates können Ärzte und Ärztinnen in Teilbereichen wirksam entlasten.

Das Hausarztmodell stärkt die Eigenverantwortung: Patienten holen vor weiteren Konsultationen oder Eingriffen die Meinung ihres Haus- oder Kinderarztes ein. Diese sichern kontinuierliche Qualitätsentwicklung und einen sorgfältigen Umgang mit Ressourcen.

Ja, klar. Listenmodelle sollten grundsätzlich abgeschafft werden, weil es bei diesen keine Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft gibt. Krankenversicherer nehmen einfach ohne jede Rücksprache diejenigen Praxen auf ihre Liste, welche für sie billig arbeiten. Weder die Qualität noch die Charakteristika der Behandlungen werden dabei berücksichtigt.

Kinderärzte im Hausarztmodell – koordinierte Versorgung für Kinder und Familien

Das Hausarztmodell ist in der Schweiz ein bewährtes Element von Managed Care. Ziel ist eine patientennahe, qualitativ hochwertige und koordinierte Versorgung. Kinderarztpraxen übernehmen dabei die Rolle als erste Anlaufstelle, steuern Überweisungen und begleiten die Behandlung langfristig.

Interview: René Stupf, deFACTO



«Die Stärke der Pädiatrie im Managed Care-Modell liegt in der Nähe zum Kind und zur Familie – und darin, frühzeitig zu entscheiden, ob ein Spezialist nötig ist oder nicht.»

Dr. med. Tim Brennemann, Kinderarzt

In der Pädiatrie gilt dasselbe Prinzip. Kinderärzte sind die zentralen Ansprechpartner für Vorsorge, Impfungen, akute und chronische Erkrankungen sowie Entwicklungsfragen. Viele Familien schätzen es, wenn ihr Kinderarzt die gesamte Familie über Jahre begleitet und ein umfassendes Bild der gesundheitlichen Situation hat.

Wie funktioniert dies in der Praxis?

In Managed Care-Verträgen sind Kinderärzte als eigenständige «Primary Care Physicians» für Kinder und Jugendliche eingebunden. Familien verpflichten sich, bei allen gesundheitlichen Fragen zuerst ihren Kinderarzt zu konsultieren. Das bringt klare Vorteile:

- Doppeluntersuchungen und unnötige Überweisungen werden vermieden
- Behandlungspfade bleiben übersichtlich und koordiniert
- Die medizinische Versorgung ist nachvollziehbar und ressourcenschonend

Gerade bei Kindern mit chronischen Erkrankungen oder komplexen Vorgeschichten ist die enge Betreuung durch den Kinderarzt entscheidend. Er oder sie kennt den Verlauf, die Familiengeschichte und das soziale Umfeld und kann gezielt entscheiden, wann eine Überweisung wirklich nötig ist.



Vorteile für Kinderärzte

Die Teilnahme am Hausarztmodell bedeutet auch für Kinderärzte eine spürbare Entlastung: Netzwerke wie Argomed übernehmen die Vertragsverhandlungen, organisieren die administrativen Abläufe und sorgen für die Qualitätssicherung.

Herausforderungen und Transition

Ein wichtiger Punkt bleibt der Übergang ins Erwachsenenalter. Wann endet die Zuständigkeit des Kinderarztes? Wie gelingt der Übergang zum Hausarzt, ohne Informationsverluste oder Versorgungslücken? Gerade bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder Asthma ist ein reibungsloser Übergang zentral.

Auch die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Hausärzten gewinnt an Bedeutung. In ländlichen Regionen, wo die pädiatrische Versorgung oft dünner wird, braucht es flexible Lösungen. Manche Hausärzte übernehmen Teile der Kinder- und Jugendmedizin, andere Praxen arbeiten eng mit Kinderärzten zusammen. Gemeinsame Leitlinien, digitale Austauschplattformen und interdisziplinäre Qualitätszirkel verbessern die Schnittstellen und nutzen Synergien.

Familien überzeugen

Viele Eltern befürchten Einschränkungen durch das

«Gatekeeping», also wenn der Kinderarzt als erste Anlaufstelle alle weiteren Schritte koordiniert. Doch die Erfahrung zeigt: Eine koordinierte Versorgung bringt gerade Kindern Vorteile. Sie stellt sicher, dass Behandlungen aufeinander abgestimmt sind, Überbehandlungen vermieden und Ressourcen optimal eingesetzt werden.

Fazit

Kinderärzte sind ein unverzichtbarer Teil der hausarztzentrierten Versorgung. Damit Managed Care-Modelle auch in Zukunft erfolgreich bleiben, braucht es klare Strukturen für die Pädiatrie, flexible Übergänge ins Erwachsenenalter und eine enge interprofessionelle Zusammenarbeit. Nur so gelingt das Ziel von Managed Care: eine individuell abgestimmte, qualitativ hochwertige und nachhaltige medizinische Versorgung – von den Kleinsten bis zu den Ältesten. ■

Gesundheit clever gesteuert: Was Managed Care bedeutet?

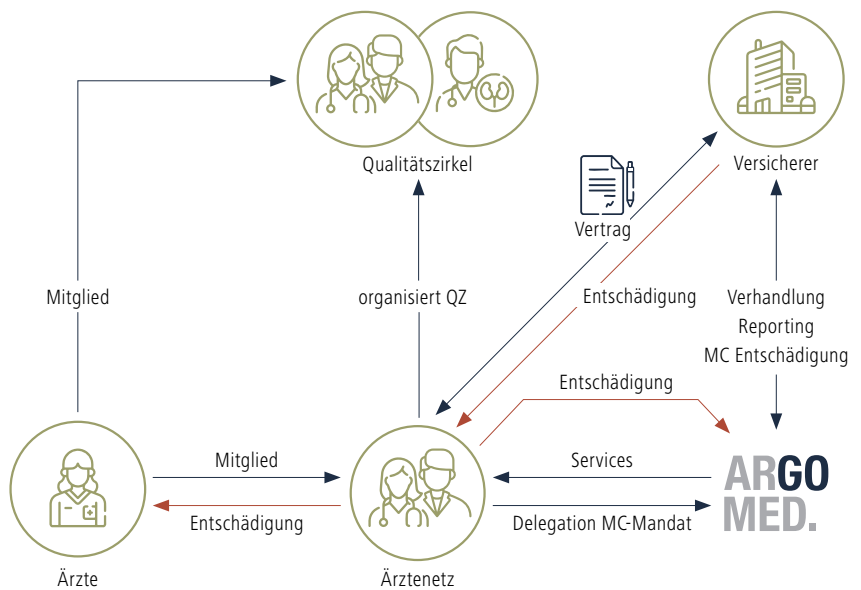
Managed Care ist ein Gesundheitsversorgungskonzept, bei dem die **medizinische Betreuung vom Hausarzt koordiniert und effizient gesteuert** wird – mit dem Ziel, **Qualität zu sichern und Kosten zu senken**. Versicherer, Leistungserbringer und Patienten arbeiten dabei eng zusammen. Unnötige und doppelte Konsultationen bei Spezialisten sollen vermieden werden. Das Modell schafft Anreize zur **Optimierung des Behandlungsprozesses** und fördert durch verschiedene Massnahmen eine **Senkung der Gesundheitskosten** bei gleichzeitiger Verbesserung der Behandlungsqualität.

Text: Marco Plüss, Co-Geschäftsführer, Argomed

Das Hausarztmodell basiert auf der Integration finanzieller Verantwortung ärztlicher Leistungserbringung. Patientinnen und Patienten profitieren dabei nicht nur von günstigeren Krankenversicherungsprämien, sondern auch von einer umfassenden ärztlichen Betreuung, die den gesamten Diagnose- und Behandlungsprozess abdeckt.

Argomed hat im Auftrag ihrer Ärztenetze mit nahezu allen Krankenversicherungen sogenannte Managed Care-Verträge ausgehandelt, die gemeinsam mit den Krankenversicherern und den Ärztenetzen stetig weiterentwickelt werden. Argomed übernimmt das gesamte Vertragsmanagement für Managed Care-Hausarztmodelle – von der Verhandlung über die Weiterentwicklung bis zur Abrechnung. So können sich die Ärztinnen und Ärzte auf ihre Patientenversorgung konzentrieren.

Die Verträge enthalten in der Regel eine bindende Basisentschädigung sowie optionale Zusatzkomponenten in Bezug auf Prozess und Strukturqualität, welche den Ärztenetzen entsprechend entschädigt werden. ■



Charakteristika	Basisentschädigung	Zusatzkomponenten
Kernaufgaben	Rechte und Pflichten	Weiterführende Leistungen
Beispiele	Überweisungsmanagement, Leistungskontrolle, Qualitätszirkel	Patientenaufnahme, Generikaquote, Betreuungsprogramme, Qualitäts- zertifizierungen, Erfolgsbeteiligungen
Entlöhnung	Für Koordinationsaufgaben	Gegenseitige Vereinbarung

Nutzen für Ärztenetze und Hausärzte

- Planungssicherheit und faire Vergütung
- Entlastung bei administrativem Aufwand
- Zugang zu einer starken Verhandlungsposition gegenüber Versicherern
- Förderung von Innovationen in der Versorgung



Lokale Qualitätszirkel – Pulsgeber für Managed Care

Dr. med. Gregor Dufner ist seit 25 Jahren als Hausarzt tätig und kennt die Anliegen der Patienten ebenso gut wie die Herausforderungen der täglichen Praxis. Seit der Gründung des Hausärztnetzes Bremgarten-Mutschellen-Kelleramt im Jahr 2002 bringt er sich mit viel Engagement im Verein ein. 2021 übernahm er das Präsidium und leitet seither auch den Qualitätszirkel des Netzes. deFACTO hat mit ihm darüber gesprochen, was den Qualitätszirkel ausmacht und warum er für das Hausärztnetz so wichtig ist.

Interview: Bettina Wolf, Fachspezialistin Managed Care, Argomed

Wie definieren Sie einen Qualitätszirkel im Kontext der hausärztlichen Tätigkeit?

Ein Qualitätszirkel ist für mich weit mehr als eine formelle Austauschplattform. Klar erfüllen wir auch die Anforderungen der Krankenversicherer, aber das eigentlich Wertvolle passiert zwischen den Zeilen. Wir treffen uns regelmässig mit Kolleginnen und Kollegen aus der Region, diskutieren praxisrelevante Themen, reflektieren unsere Arbeit und bauen echte Netzwerke auf. Das ist gelebte Qualitätssicherung – fachlich, menschlich und organisatorisch.

Welchen konkreten Nutzen sehen Sie für die teilnehmenden Ärzte – sowohl fachlich als auch persönlich?

Fachlich profitieren alle voneinander – schliesslich fliesst bei jedem QZ-Treffen die gebündelte ärztliche Erfahrung vieler Berufsjahre in einen intensiven Austausch ein. Die Mischung von jüngeren mit berufserfahrenen HausärztInnen ist für alle belebend. In den Fachvorträgen und -diskussionen, die jedes Mitglied thematisch selbst wählen und ausgestalten

darf, werden wichtige Themen vertieft. Hier entsteht auch der direkte Kontakt mit den Spezialistinnen und Spezialisten. Die Fortbildung ist hier nur ein Teil. Das gemeinsame Essen vertieft die Diskussion auf allen Ebenen. Wenn man sich kennt, funktioniert die Zusammenarbeit direkter und unkomplizierter. Das betrifft Spitalüberweisungen genauso wie Hausarztwechsel wegen beispielsweise akuter Mobilitätsveränderung. Es handelt sich hier um Schnittpunktprobleme, die naturgemäss einen Wissensverlust enthalten. Glücklicherweise sind die Zeiten vorbei, in denen ein langjähriger Hausarzt aus unserer Region von seinem

Der Qualitätszirkel (QZ) ist das Herzstück von Managed Care. Er bringt Hausärztinnen und Hausärzte regelmässig zusammen, um gemeinsam über die Qualität der Patientenbehandlung zu reflektieren, voneinander zu lernen und Verbesserungen anzustossen. Ebenfalls von Bedeutung ist auch die Vernetzung mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen wie Spezialisten, Spitex, Pflegeeinrichtung oder weiteren Partnern.

quasi benachbarten Hausarzt als vortraghaltender Professor verkannt wurde – weil sie sich schlicht noch nie gesehen, geschweige denn miteinander kommuniziert hätten.

Welche Rolle spielt die kritische Reflexion des eigenen ärztlichen Handelns innerhalb des QZ?

Die spielt eine zentrale Rolle. Es ist uns wichtig, alle Meinungen zuzulassen. Niemand soll sich fürchten, sich einzubringen. Durch die wohlwollend kritische Diskussion reflektiert man automatisch das eigene Tun. Dies erweitert das diagnostische und therapeutische Arsenal. In unserem Kreis werden auch problematische oder kritische Situationen mit Patienten und Therapien, inklusive CIRS-Fälle, aber auch Anliegen aus dem Administrativbereich besprochen.

Wie wirkt sich der Qualitätszirkel auf die Patientenversorgung aus?

Ganz direkt. Alle Patientinnen und Patienten profitieren davon – grundsätzlich ist dabei egal, ob sie im Hausarztmodell versichert sind oder nicht. Ein grosser Vorteil für die Versorgung ist auch, dass wir die Gesundheitsakteure aus der Umgebung gut kennen. Man weiss, wen man anrufen kann, kennt die Zuständigkeiten. Das spart Zeit und hilft den Patienten. So entsteht echte, koordinierte Versorgung.

Den Mitgliedern stehen in ihrem Netz jährlich rund zwölf Qualitätszirkel zur Verfügung – eine bemerkenswerte Plattform für den kontinuierlichen fachlichen Austausch. Mit der durchgehend hohen Beteiligung wird ihr Angebot nicht nur angenommen, sondern auch sehr geschätzt.

Wie gelingt es Ihnen, die Teilnehmenden über Jahre hinweg aktiv und engagiert zu halten?

Dieser Grundstein wurde bereits von meinem Vorgänger Dr. med. Andreas Weisshaar gelegt: Zuerst kommt eine hohe Verbindlichkeit der Teilnehmenden, welche statuarisch verankert ist. Schliesslich hat man gemeinsam vereinbart, dass die Teilnahme im Netz auch Pflicht ist. Wer mehrmals fehlt, muss sich erklären oder fällt raus. Das mag streng wirken, schafft aber ein hohes Vertrauen und eine verbindliche Atmosphäre.

Zweitens soll das fachliche und persönliche Klima offen, lebendig und einfach angenehm sein. Alle sollen die Gelegenheit erhalten, sich im QZ einzubringen. Diese Atmosphäre trägt dazu bei, dass die Mitglieder gerne kommen – und über viele Jahre hinweg engagiert dabeibleiben. Das sind wohl die beiden Hauptpunkte.

Als dritter Punkt ist eine unkomplizierte Planung wichtig. Bei uns ist dies jeweils der letzte Dienstagabend im Monat. An ungeraden Monaten geht es primär um den persönlichen Austausch, an geraden Monaten wird der QZ mit einem zusätzlichen Weiterbildungsanteil ergänzt, dazu werden z.B. Spezialisten eingeladen.

Nicht zuletzt wird die Teilnahme an den QZ in unserem Netz finanziell entschädigt, um klare Wertschätzung zu signalisieren. Denn auch wenn die QZ aus Sicht der Krankenversicherer verpflichtend und leider teilweise als selbstverständlich angesehen werden, so finden diese in unserem Fall häufig am Abend und damit in der Freizeit der Ärztinnen und Ärzte statt.

Haben Sie eine Vision oder konkrete Ideen für die generelle Weiterentwicklung von Qualitätszirkeln?

Aktuell sehe ich ein solides und trotzdem flexibles System. Die Weiterentwicklung scheint mir insbesondere darin zu liegen, die Motivation trotz unserer weit überdurchschnittlichen Arbeitsbelastung permanent hochzuhalten.

Was motiviert Sie persönlich, beim QZ so engagiert mitzumachen?

Die Qualitätszirkel sind für mich ein Gewinn auf allen Ebenen. Am meisten schätze ich die Kombination von persönlichem Austausch und dem Weiterbildungsscharakter, der in der Zusammenarbeit mit z. B. Spezialisten entsteht. Für mich ist es eine gelungene Mischung aus Lernen, Austausch und Gemeinschaft. Und ganz zentral: Ich kann aus jedem QZ etwas mitnehmen, das ich direkt in der Praxis anwenden kann und meinen Patienten zugutekommt. Das motiviert mich – und das schon seit vielen Jahren.

Herzlichen Dank Gregor Dufner für das offene und spannende Gespräch. Ihre Einblicke zeigen eindrücklich, wie lebendig, persönlich und wertvoll die Arbeit im Qualitätszirkel für die hausärztliche Versorgung ist. ■

Das Hausarztmodell – bei Sanitas fest verankert

Das Hausarztmodell ist ein zentrales Produkt der Grundversicherung: Es stärkt die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte als erste Anlaufstelle, fördert die kontinuierliche Betreuung und trägt dazu bei, die Gesundheitskosten nachhaltig zu steuern. Welche Bedeutung hat das Modell heute und wie sehen die Zukunftsaussichten aus? Darüber sprach deFACTO mit Pascal Hirzel, Leiter Produktmanagement OKP bei Sanitas.

Interview: Yvonne Müller, Fachspezialistin Managed Care, Argomed

Welche Rolle spielt das Hausarztmodell in Ihrer Gesamtstrategie als Krankenversicherer?

Das Hausarztmodell ist neben dem telemedizinischen und unserem MultiAccess-Produkt ein zentrales Produkt innerhalb des Grundversicherungsportfolios von Sanitas.



Welchen Versicherten empfehlen Sie den Beitritt zum Hausarztmodell?

Wir empfehlen das Hausarztmodell Versicherten, welche eine kontinuierliche Betreuung durch eine Hausarztpraxis wünschen. Die Hausärztin oder der Hausarzt ist als Gatekeeper über die ganze Krankengeschichte sowie den Behandlungsverlauf im Bilde und kann dadurch die Kundinnen und Kunden optimal versorgen.

Welche Unterschiede sehen Sie zwischen den vertraglichen Modellen Hausarzt und HMO sowie dem Listenmodell?

Das Listenmodell ermöglicht in erster Linie den Zugang zu einem Hausarztmodell mit einem Prämienrabatt für Versicherte. Die gewählte Hausarztpraxis ist dabei nicht einem Ärztenetzwerk angeschlossen oder das Ärztenetzwerk hat keine Verträge mit Krankenversicherern vereinbart. Bei den vertraglichen Modellen Hausarzt und HMO ist die entsprechende Hausarztpraxis als koordinierende Stelle vollstän-

«Sanitas kennt zukünftig nur noch ein Hausarztmodell mit vier unterschiedlichen Rabattstufen. Durch diesen Schritt vereinfachen wir für unsere Kundinnen und Kunden das Angebot in der Grundversicherung, da die Hausarztpraxis neu nicht mehr in zwei unterschiedlichen Modellen wählbar ist.»

Pascal Hirzel, Leiter Produktmanagement OKP, Sanitas

dig über den Behandlungsverlauf informiert und kann dadurch die Patientinnen und Patienten optimal betreuen.

Wie profitieren Krankenversicherer vom Hausarztmodell?

Das Hausarztmodell ermöglicht es den Krankenversicherern, attraktive Prämien zu guter Qualität anbieten zu können. Ausserdem profitieren sie durch die enge

Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten von der Möglichkeit, ihre Versicherten gemeinsam im Gesundheitswesen zu begleiten.

Das Hausarztmodell gibt es bereits seit rund 25 Jahren. Inwiefern hat das Modell aus Ihrer Sicht die Qualität der Versorgung verbessert?

Das Hausarztmodell hat wesentlich dazu beigetragen, dass Qualität und Effizienz systematisch erfasst und hinterfragt werden. Es hat sowohl Krankenversicherer als auch die Ärzteschaft dazu angeregt, neue KPI, Anreize und auch Dienstleistungen zu testen und zu etablieren.

Wo sehen Sie aktuell die grössten Herausforderungen für das Hausarztmodell?

Die grösste Herausforderung ist sicher der Hausärztemangel. Aufgrund dieses Mangels wird ein garantierter Zugang der Kundinnen und Kunden zu einer Hausärztin oder einem Hausarzt zunehmend erschwert.

Gibt es Situationen, in denen das Hausarztmodell für Versicherte nicht geeignet ist?

Für Personen, welche keine Möglichkeit haben, zu einer Hausarztpraxis zu gehen, ist das Hausarztmodell nicht die richtige Wahl. Auch für Patientinnen und Patienten, die sich viele Freiheiten wünschen, sind andere Produkte wie zum Beispiel die freie Arztwahl die bessere Möglichkeit.

Nebst der klassischen Arztkonsultation gibt es heute bereits andere Wege, wie Patientinnen und Patienten an benötigte Informationen oder medizinische Dienstleistungen gelangen. Mit welchen digita-

«Die Medizin wird auch vermehrt personalisiert und Wearables, Datennutzung und künstliche Intelligenz werden das medizinische Umfeld massgeblich verändern.»

len Tools oder anderen Leistungen (z.B. Telemedizin) sollte das Hausarztmodell optimalerweise ergänzt werden?

Die Telemedizin bietet im Bereich der Grundversorgung attraktive Möglichkeiten. Erstkonsultationen können viele einfachere Fälle abfangen und so die Praxen entlasten. Elementar ist hierbei aber ein funktionierender Datenaustausch. Auch Remote-Sprechstunden könnten eine Möglichkeit sein, die Effizienz und Kunden-Convenience zu steigern, da nicht jede Konsultation zwingend in der Praxis erfolgen muss.

Die Hausarztpraxis ist seit Jahren die beliebteste erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten. Sehen Sie in Zukunft eher eine Ausweitung oder eine Ablösung durch digitale Erstberatungen?

Die digitale Erstberatung bietet attraktive Möglichkeiten, die Erstversorgung effizienter zu gestalten. Diese Opportunitäten sollen geprüft und umgesetzt werden, um das gesamte Gesundheitswesen weiterzuentwickeln.

Welche Trends werden Ihrer Meinung nach die Patientenversorgung in den nächsten 5–10 Jahren prägen?

Zunehmend wird es hybride Versorgungsmodelle geben und die Patientin oder der Patient wählt die passende Erstversorgung. Die Medizin wird auch vermehrt personalisiert und Wearables, Datennutzung und künstliche Intelligenz werden das medizinische Umfeld massgeblich verändern. Auch der Umgang mit Patien-

tinnen und Patienten, welche sich vermehrt über KI wie ChatGPT vorinformieren oder «selbstdiagnostizieren», wird die Ärzteschaft vor neue Herausforderungen stellen.

Sanitas integriert ab 2026 das bisherige Listenmodell (CareMed) in das Hausarztmodell (NetMed). Wir begrüßen diesen Schritt sehr, doch wie kam es zu diesem Entscheid?

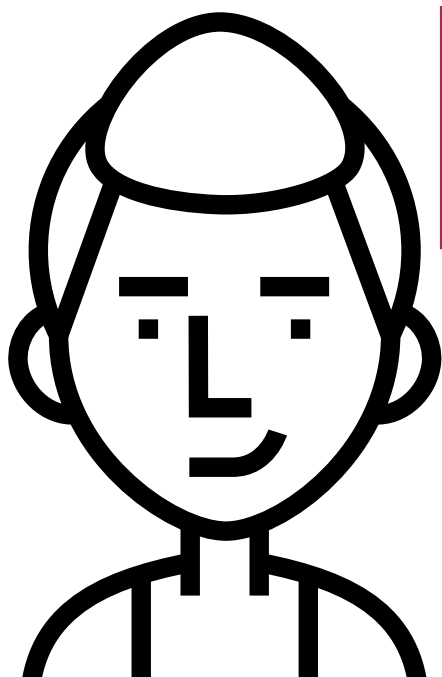
Es ist richtig, dass sich Sanitas entschieden hat, die beiden Modelle zu fusionieren. Sanitas kennt zukünftig nur noch ein Hausarztmodell mit vier unterschiedlichen Rabattstufen. Durch diesen Schritt vereinfachen wir für unsere Kundinnen und Kunden das Angebot in der Grundversicherung, da die Hausarztpraxis neu

nicht mehr in zwei unterschiedlichen Modellen wählbar ist.

Seit Bestehen des Hausarztmodells spielen die Ärztenetze als regionaler und überregionaler Zusammenschluss der Ärzteschaft eine zentrale Rolle. Wie beurteilen Sie die zukünftige Rolle von Ärztenetzen?

Ärztenetze bleiben auch in Zukunft zentrale Partner für eine koordinierte, effiziente Versorgung. Ihre Rolle als Vertragspartner und allgemeine Leistungserbringer ist auch zukünftig zentral im Schweizerischen Gesundheitswesen. Eine stetige Weiterentwicklung insbesondere in der Digitalisierung und Versorgungsqualität ist wichtig, um auch das gesamte Schweizer Gesundheitswesen weiterzubringen. ■

Mepha-Generika



**Gute Medikamente
zu gesunden Preisen**



MehrFachArzt – Praxismanagement und Prozessoptimierung neu gedacht

smart. sicher. zertifiziert.

Der Alltag einer Arztpraxis stellt immer höhere Anforderungen an die Praxisführung und das Praxismanagement. Neue oder schärfere Vorschriften und Gesetze, technische und gesellschaftliche Veränderungen und die steigende Erwartungshaltung der Patienten werden zu einer echten Herausforderung.

Text: Roger Tschumi, Leiter MehrFachArzt

Ohne den Einsatz moderner, strukturierter Arbeitsmittel für das Praxismanagement und eine laufende Prozessoptimierung wird ein effizienter und effektiver Praxisbetrieb in Zukunft immer schwieriger.

Mit einem strukturierten, umfassenden Qualitätsmanagement können Sie diesen Herausforderungen begegnen. Das Leistungsangebot der Argomed im Bereich MehrFachArzt unterstützt Sie in allen wichtigen Themenbereichen – auch mit einer modernen, digitalen Software. Dies

bringt Ihnen erhebliche Vorteile für die Patientensicherheit und -zufriedenheit und verbessert die Wirtschaftlichkeit, rechtliche Sicherheit und die Zufriedenheit der Mitarbeitenden in Ihrer Praxis.

Unser Versprechen

Wir begleiten medizinische Einrichtungen ganzheitlich auf dem Weg zu einem effizienten, sicheren und zertifizierbaren Qualitätsmanagement – digital, praxisnah und individuell anpassbar.

Ihre Vorteile auf einen Blick

- **Smart & effizient:** moderne Tools für Aufgabenmanagement, Dokumentation, Kommunikation und Schulung.
- **Sicher & gesetzeskonform:** laufend auf dem aktuellen Stand regulatorischer Anforderungen.
- **Zertifiziert & qualitätsorientiert:** höhere Patientensicherheit und verbesserte Effizienz der Praxis mit dem Q-Label.



MFA Smart	MFA ASGS	MFA Q-Label	MFA Consulting
Digitales Praxismanagement - QM-Handbuch - Aufgabenverwaltung - Meldewesen CIRS - Geräte-management - Trainingsmodul - Tages- und Einsatzplan - Praxisberatung, Konfiguration - Einführungsschulung - Aufbaucoaching - Anwender- und Fachsupport - Laufende Updates der Vorlagen	Individuallösung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz - Leitfaden und Konzeptvorlagen - Gefährdungsbeurteilung und Massnahmen - Beizug ASA-Spezialisten - EKAS - KOPAS-Kompaktkurs, auf Wunsch auch Inhouse-Schulung möglich - Gefährdungsermittlung - Individuelles Coaching	Qualitätslabel für Arztpraxen - Katalog Zertifizierungskriterien - Coaching bei Selbstdeklaration - Vorbereitung auf das Audit - Audit vor Ort - Patientenbefragung - Zertifizierung - Qualitätsbericht - Rezertifizierung nach 4 Jahren	Beratung, Schulung und Coaching - Notfallschulung BLS-AED - QM-Workshop - ASGS-Workshop - Individuelle Beratung

Mit einem ausgefeilten digitalen Praxismanagementsystem, individuellem Coaching, umfassender Unterstützung und einer freiwilligen Zertifizierung wird mehr Sicherheit in allen Prozessen erreicht und die Organisation nachhaltig gestärkt. Davon profitieren Patienten, Mitarbeitende und die gesamte Arztpraxis.

MFA Smart

Das digitale Praxismanagementsystem beinhaltet:

Tages- und Einsatzplan:

- Terminierung von Tagesaufgaben
- Schichtplanung der MPA

Monitor:

- Aufgabenübersicht für die Leitung zur Mitarbeiterführung und -entwicklung

Guide:

- Individuelle Checklisten für zu dokumentierende Praxisprozesse
- Fotodokumentation möglich
- Vorgefertigte Checklisten von MFA zur Erarbeitung des QM-Handbuches

Aufträge:

- spezifische Aufgabenplanung

Trainings:

- Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten, Sicherheitsschulung

Workflow-Navi:

- Übersicht aller geplanten und zugewiesenen Aufgaben

Meldewesen:

- CIRS, Störungsmeldungen, Beschwerden, Ideen, MA-Feedback

Gerätemanagement:

- Alle Geräte, zugehörige Dokumente, Wartungen und Störungen geplant und übersichtlich im Griff

Risikomanagement:

- Schwachstellen in Ihrem Betrieb bewerten und Massnahmen dokumentieren

RIQS-Pedia:

- QM-Handbuch mit diversen Leitfäden und Vorlagen
- Automatisierte Versionierung und Archivierung
- Freigabe- und Lesebestätigung (Vier- oder Sechsaugenprinzip)

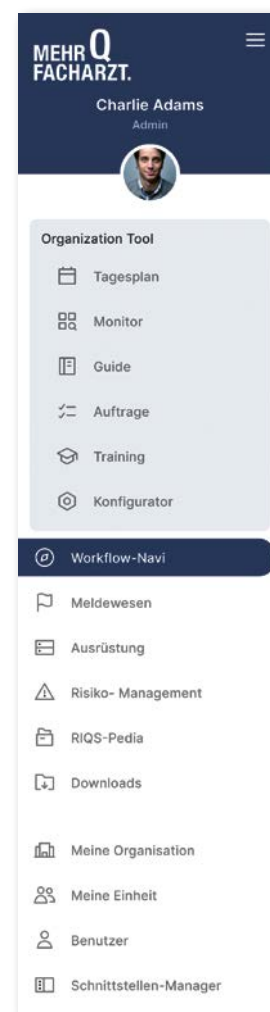
Interface Manager

- Einfacher Massenaupload von Benutzern, Lieferanten, Gerätepark und Dokumenten

MFA Smart (PM-Software by RiQS) ist

die cloudbasierte Plattform für die Verwaltung Ihrer internen Praxisprozesse. Sie verknüpft Ihr QM-Handbuch und Ihre Arbeitsanweisungen mit Prozessen und Aufgaben und bietet jederzeit einen Überblick über offene und erledigte Aufgaben und Aufträge.

MFA Smart wird im Abonnementsmodell angeboten.



MFA Q-Label

Mit der Zertifizierung MFA Q-Label gehen Sie mit Ihrer Praxis noch einen Schritt weiter.

Die Zertifizierungskriterien umfassen neben wichtigen regulatorischen Anforderungen auch Kriterien für ausgezeichnete Qualität, die von Ärztinnen und Ärzten entwickelt wurden.

Das unabhängige Audit durch Fachspezialisten vor Ort gibt Ihnen die Sicherheit, die Qualitätsanforderungen richtig umgesetzt zu haben. Das MFA-Zertifikat weist Sie als Praxis mit einem hohen Bewusstsein für Qualität, Patientensicherheit und effiziente Prozesse aus.

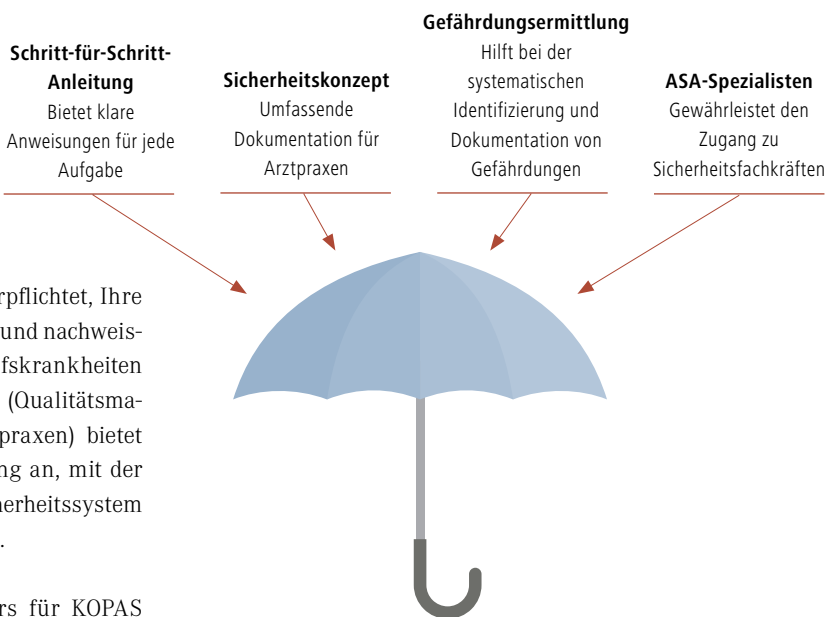
Das Zertifikat hat eine Gültigkeit von vier Jahren und wird mit einer Rezertifizierung erneuert.

Zertifizierungsprozess für Arztpraxen



MFA ASGS (Arbeitssicherheit & Gesundheitsschutz)

Umfassendes Sicherheitssystem



Als Arbeitgeber sind Sie verpflichtet, Ihre Arbeitnehmenden wirksam und nachweisbar vor Unfällen und Berufskrankheiten zu schützen. MehrFachArzt (Qualitätsmanagement-System für Arztpraxen) bietet hierfür eine Individuallösung an, mit der Sie Ihr betriebliches Sicherheitssystem Schritt für Schritt aufbauen.

Unser 1-Tages-Kompaktkurs für KOPAS (Kontaktpersonen für Arbeitssicherheit) vermittelt Ihnen dazu die erforderlichen Kompetenzen. In weniger als einer Arbeitswoche steht Ihr praxiseigenes Sicherheitssystem – auch in einer grösseren Gruppenpraxis.

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

Preise und Konditionen

MFA Smart: Ab CHF 1680.– pro Jahr (5 User, 10 Mitarbeitende)

MFA ASGS: Im ersten Jahr CHF 980.– (inkl. Einführung und Support), danach CHF 350.– pro Jahr

MFA Q-Label: Ab CHF 690.– pro Jahr (1 Arzt)

Mitglieder von Argomed-Ärztetnetzen erhalten einen Förderbeitrag auf die Produkte.

Ihre Ansprechpersonen

Argomed Ärzte AG
Qualitätslabel MehrFachArzt
Bahnhofstrasse 24
5600 Lenzburg

info@mehrfacharzt.ch
Tel. 056 483 03 20

www.mehrfacharzt.ch

Hier finden Sie auch unsere
Kurs- und Infotermine:



Evelyn Böhler
Kundenbetreuung und Zertifizierung



Roger Tschumi
Leiter MehrFachArzt & Projekte



Claudia Badat
Administration und Kurskoordination

Notfallkurse – kompakt und zertifiziert.



Sie benötigen berufsbedingt sichere BLS-Kompetenzen? Wir empfehlen Ihnen, sich regelmässig im Bereich BLS-AED-SRC weiterzubilden. Wir bieten offizielle BLS-AED-SRC-Kurse an (4 h) – anerkannt durch das Swiss Resuscitation Council (SRC) und mit Zertifikat, gültig für 2 Jahre.

Kurskosten: bis 8 Personen CHF 950.–
9 bis 16 Personen: CHF 1450.–

Anmeldung: info@mehrfacharzt.ch



Gesundheit ist Teamwork!

Sie und Ihr Hausarzt: gemeinsam
gesichert. Wechseln Sie jetzt ins Team
hausarztmodell.ch

Jetzt
Modellcheck
machen



**hausarzt
modell.ch**
by **ARGO
MED.**