

**„Ist die GRUNDVERSORGERPRAXIS geeignet für eine optimale ärztliche Betreuung der chronisch kranken Patienten?
Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein?“**



**Dr. med. Christoph Ramstein
Co-Präsident VEDAG (Verband deutschweizerischer Ärztegesellschaften)**



3 GRUNDFRAGEN



-
- 1. MERKMALE der Chronisch Kranken Patienten**
 - 2. MERKMALE der GRUNDVERSORGER - PRAXIS**
 - 3. Was heisst OPTIMALE ÄRZTLICHE „BETREUUNG“?**

**>>> welche VORAUSSETZUNGEN <<<
müssen erfüllt sein, um eine
OPTIMALE ÄRZTLICHE „BETREUUNG“
gewährleisten zu können**

ad 1.:

MERKMALE der Chronisch Kranken Patienten



1. **brauchen eine dauerhafte ärztliche „Betreuung“***
2. **sind meist „polymorbid“ > Mehrfach - Diagnosen**

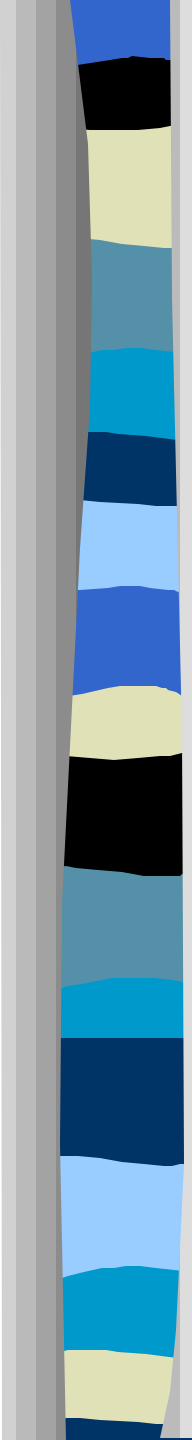
mehr – dimensionaler Therapie – Ansatz:
(über allem sollte der salutogenetische Denkansatz stehen!)

Zusammenarbeit mit Spezialärzten, Kompetenzzentren

**nicht „nur“ medikamentöse Therapie (mit den Problem –
Feldern der Nebenwirkungen und Interaktionen),
sondern auch:**

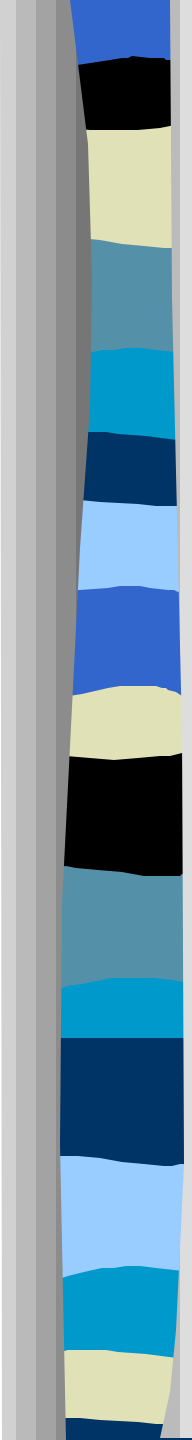
**Instruktion in Spezial – Sprechstunden (z.B. Diabetes
– Beratung)**

**Physiotherapie,
Ergotherapie**

- 
- ✍ **brauchen häufig psychologische – psychotherapeutische Begleitung**
 - ✍ **sozialmedizinische Abklärungen und Interventionen (Sozialarbeiter, SMA > Arbeitsplatz – Abklärung > RAV > IV: Umschulung – Rente?)**
 - ✍ **Selbsthilfegruppen**

ärztliche „Betreuung“* =

✍ **CASE MANAGEMENT**



3. ihre Arzt – Kosten haben (mit den heute bestehenden Mess – Methoden der santésuisse) einen massiven Einfluss auf die Messung der ein - dimensionalen „Wirtschaftlichkeit“ der Ärzte, denn:

bekanntermassen verursachen 10% des Patientengutes in der Praxis rund 60% der Kosten. Somit werden Chronisch Kranke das Zünglein an der statistischen „INDEX - Waage“!

ad 2.:

MERKMALE der GRUNDVERSORGER - PRAXIS



- 1. Die Ärzte sind Fachärzte für Allgemeinmedizin und/oder Innere Medizin mit HAUSARZT - FUNKTION**
- 2. sie haben sich meist auf Grund des breiten Patientengutes erweiterte Kompetenzen angeeignet (Fähigkeitsausweise für**
- 3. Praxisstruktur: Wandel von der Einzelkämpfer – Praxis hin zur Gemeinschafts - / oder Gruppenpraxis**
- 4. Einbezug des Systems (kennen meist ganze Familie)**
- 5. ist in den ärztlichen Notfalldienst eingebunden**



6. vernetzt über die ganze Behandlungskette mit:

- **medizinischen Strukturen**

- ✍ **Spezialärzten**
- ✍ **öffentliche und private Spitäler und deren Ambulatorien, Reha – Kliniken**
- ✍ **ambulante Pflege (Spitex, Haushalthilfe)**
- ✍ **Pro Infirmis, Pro Senectute, Selbsthilfegruppen, Besuchsdienst, Patienten – Organisationen u.a.**

- **sozialen Strukturen**

- **Familie (**Angehörigen – Gespräche**)**
- **Sozialämter (Gemeinde, Kanton)**
- **Institutionen (z.B. Suchthilfestellen)**



- **öffentlichen Dienstleistungen**

- **Bezirksarztdienst**
- **MFK – Vertrauensarztdienst**
- **Schulärztlicher Dienst**

7. zum Teil (je nach Kanton / Region) zusätzlich vernetzt über verschiedene Managed Care Modelle mit:

- **Spezialärzten, Kliniken**
(im Sinne der integrierten Betreuung)



- **Krankenversicherer**

ad 3.:

Was heisst OPTIMALE Ä E „BETREUUNG“?

- ✍ **Patient erhält eine qualitativ gute und kosten - effiziente Diagnostik und Therapie gemäss state of the art (KVG Art. 58 / KVV Art. 77)**
(Qualitätsbereiche: logistische, Fach – und Service - Qualität)
- ✍ **Patient wird während der ganzen Begehung des Behandlungs – Pfades durch Grundversorger begleitet und gecoacht (Schnittstellen!) CASE MANAGEMENT**
(Qualitätsbereiche: Fach – und Service - Qualität)
- ✍ **Abstimmung der Therapie – Palette auf das Notwendige und Machbare (unter Berücksichtigung Art. 32 KVG)**
(Qualitätsbereich: Wirksamkeit + Wirtschaftlichkeit)

>>> **welche VORAUSSETZUNGEN** <<<
müssen erfüllt sein, um eine
OPTIMALE ÄRZTLICHE „BETREUUNG“
gewährleisten zu können? ?

A. INNERE VORAUSSETZUNGEN



 **Fach – Kompetenz:**


-  permanente WB / FB / QS
-  Nutzung der eHealth - Technologien



 **Soziale Kompetenz:**

-  Kooperation mit den anderen Strukturen!



 **Service – Angebot:**

- > integrierte Betreuung <**

B. ÄUSSERE VORAUSSETZUNGEN

Verhinderung der Risiko – Selektion des Patientenkollektivs durch:

Schaffen von Anreizen:



 **alle Akteure** müssen ein Interesse daran haben, Risikofälle qualitativ gut und kostengünstig zu behandeln (Paradebeispiel: NIEDERLANDE)

 **Belohnung an Stelle von Bestrafung**

Verbesserung des Risikoausgleiches:



 **bis heute nur:**
Alter / Geschlecht / Wohnort des Versicherten!
(KVV Art. 28)

 **ALLE BRAUCHEN** eine morbiditäts - orientierte Anpassung

Besten Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



