

# **Die medizinische Grundversorgung der Bewohner/-innen von Alters- und Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz: Eine typenbasierte Analyse ärztlicher Versorgungsmodelle**

Masterarbeit

zur Erlangung des Masters of Public Health  
im Rahmen des Weiterbildungsstudiengangs Public Health  
der Universitäten Basel, Bern und Zürich

Vorgelegt von

Anna Jörger

von Vals (GR)

Freiburg, 30. Juni 2023

Projektbegleitung durch

Prof. Dr. Franziska Zúñiga

Universität Basel, Medizinische Fakultät, Departement Public Health,  
Bernoullistrasse 28, 4056 Basel

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
1 Zusammenfassung.....	3
2 Einleitung.....	4
2.1 Die medizinische Grundversorgung für Bewohnende von Alters- und Pfleheinstitutionen .....	5
2.2 Problemstellung.....	6
2.3 Forschungsfrage und Hypothese .....	7
2.4 Public Health Relevanz .....	7
3 Methodische Anknüpfungspunkte.....	9
3.1 Internet- und Literaturrecherchen und schriftliche Befragung von Schlüsselpersonen.....	10
3.2 Typologie.....	11
3.3 Fokusgruppen.....	11
3.3.1 Fokusgruppe mit Experten/-innen .....	12
3.3.2 Fokusgruppen mit Vertretern/-innen der Versorgungstypen.....	14
4 Resultate.....	16
4.1 Ist-Situation der Versorgungsstrukturen.....	16
4.1.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen als strukturgebendes Element .....	16
4.1.2 Versorgungsmodelle in den Alters- und Pfleheinstitutionen .....	18
4.2 Typologie der Versorgungsmodelle .....	19
4.3 Anforderungen an die Qualität der medizinischen Grundversorgung .....	21
4.3.1 Theoretischer Anknüpfungspunkt: Nationale Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung .....	21
4.3.2 Die fünf Dimensionen von Qualitätsanforderungen an die medizinische (ärztliche) Grundversorgung in den Alters- und Pfleheinstitutionen.....	23
4.4 Typenanalyse .....	25
4.4.1 Typus «Inhouse-Ärzte/-innen».....	25
4.4.2 Typus «Mobile Ärzte/-innen» .....	29
4.4.3 Typus «Heimärzte/-innen im Nebenamt».....	34
4.4.4 Typus «Hausärzte/-innen».....	39
4.4.5 Abschliessende Diskussion und Synthese .....	44
4.4.6 Empfehlungen zu Handen nationaler und kantonaler Akteure .....	47
5 Kritische Würdigung und Ausblick.....	49
6 Literaturverzeichnis .....	51
7 Anhang .....	55
7.1 Fragebogen für die schriftliche Befragung von Schlüsselpersonen .....	55
7.2 Fünf Dimensionen von Qualitätsanforderungen an die medizinische (ärztliche) Grundversorgung in den Alters- und Pfleheinstitutionen.....	56

# 1 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit generiert einen Überblick über die heute in den (Deutsch-)Schweizer Alters- und Pflegeinstitutionen eingesetzten Versorgungsstrukturen im Bereich der medizinischen (ärztlichen) Grundversorgung und hat auf dieser Basis eine Typologie von Versorgungsmodellen erarbeitet. Die vier Typen sind «Inhouse-Ärzte/-innen», «Mobile Ärzte/-innen», «Heimärzte/-innen im Nebenamt» und «Hausärzte/-innen». Zusammen mit Experten/-innen der Heim- und Hausarztmedizin sowie aus dem Pflegebereich wurden in einem weiteren Schritt die Muss-Anforderungen einer guten Qualität der medizinischen (ärztlichen) Grundversorgung in den Alters- und Pflegeinstitutionen definiert. Für jeden Typus wurde mit einer Fokusgruppe, bestehend aus Vertreter/-innen aus Alters- und Pflegeinstitutionen, diskutiert, welche Aspekte des Versorgungsmodells für die Erreichung der Muss-Anforderungen förderlich bzw. hinderlich sind und wo allfälliger typusspezifischer Handlungsbedarf liegt.

Die Typenanalyse zeigte, dass Modelle, die eine hohe Verbindlichkeit zwischen den Ärzten/-innen und den Institutionen schaffen, im Vorteil bei der Zielerreichung sind, so insbesondere bei der Gewährleistung der Erreichbarkeit und Präsenz der Ärzte/-innen, was weitere qualitätsfördernde Effekte nach sich zieht. Modelle der Typen «Inhouse-Ärzte/-innen» und «Mobile Ärzten/-innen» liegen hier im Vorteil, da die Zusammenarbeit zwischen Ärzten/-innen und Institutionen stark formalisiert ist, die Ärzte/-innen parallel dazu hauptamtlich in den Institutionen tätig und damit auf das geriatrische Langzeitpflegesetting spezialisiert sind. Institutionen, welche ausschliesslich mit Hausärzten/-innen zusammenarbeiten und häufig auch nebenamtliche heimärztliche Strukturen stehen der Herausforderung gegenüber, dass die Versorgungsqualität stark personenabhängig ist, da Verbindlichkeiten sowie die nötigen zeitlichen Ressourcen der Ärzte/-innen fehlen.

Jede Typenanalyse schliesst mit dem Aufzeigen von typusspezifischem Handlungsbedarf ab. Zudem formuliert die vorliegende Arbeit typusübergreifenden Handlungsbedarf im Sinne von Empfehlungen zuhanden nationaler und kantonaler Akteure.

**Ein grosses Dankeschön gebührt allen, die auf die eine oder andere Weise in die vorliegende Arbeit involviert waren!**

## 2 Einleitung

Der Bevölkerung einen ersten und niederschweligen Kontakt zu medizinischen Fachpersonen und Dienstleistungen im ambulanten Bereich und damit den Zugang zur medizinischen Grundversorgung zu ermöglichen, ist ein wesentliches Ziel eines jeden Gesundheitssystems. Die demografische Entwicklung, welche durch eine steigende Lebenserwartung und damit verbunden durch einen Anstieg der älteren Bevölkerung gekennzeichnet ist<sup>1</sup>, stellt die medizinische Gesundheitsversorgung in der Schweiz jedoch vor Herausforderungen: Der Bedarf an Dienstleistungen der medizinischen Grundversorgung nimmt mit der Bevölkerungsanzahl generell zu, erhält aber durch die älter werdende Gesellschaft mit altersbedingten chronischen Erkrankungen und Multimorbidität<sup>2</sup> einen zusätzlichen Schub. Erschwerend kommt der Fachkräftemangel im Bereich der ärztlichen Grundversorger/-innen, insbesondere bei der Hausarztmedizin hinzu.<sup>3</sup> Das Problem an und für sich ist auch von der politischen Seite her erkannt und entsprechende Bestrebungen zur Verbesserung des Angebots sind in Gang, was sich in der Nationalen Strategie gegen Ärztemangel niederschlägt (Zeller & Giezendanner, 2020). Es wird jedoch noch Jahre, wenn nicht gar Jahrzehnte dauern, bis sich die angestrebten Verbesserungen im Versorgungsalltag bemerkbar machen.

Die stationären Alters- und Pflegeinstitutionen sind auf zweifache Weise mit diesen Herausforderungen konfrontiert: Einerseits sind ihre Bewohnenden in ganz besonderem Mass auf eine gut funktionierende medizinische Grundversorgung und den damit verbundenen Zugang zu ambulanten ärztlichen Grundversorgern/-innen angewiesen, um eine hohe Lebensqualität trotz altersbedingten Mehrfacherkrankungen sicherstellen zu können und unnötige Spitaleinweisungen zu vermeiden. Andererseits fehlen zunehmend ärztliche Grundversorger/-innen, welche die Betreuung der Bewohnenden in den stationären Langzeiteinrichtungen übernehmen. Diese Tendenz wird sich mit den anstehenden Pensionierungen von Hausärzten/-innen weiter akzentuieren.

Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, wie sich unter den aktuellen, herausfordernden Bedingungen eine qualitativ gute medizinische (ärztliche) Grundversorgung der Bewohnenden in den Schweizer Alters- und Pflegeinstitutionen sicherstellen lässt.

---

<sup>1</sup> «Bis 2050 dürfte sich die Zahl der Seniorinnen und Senioren über 80 Jahre von 0,46 Mio. im 2020 auf 1.11 Mio. mehr als verdoppeln» (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2021, S. 1).

<sup>2</sup> «Um das 80. Lebensjahr liegt eine "Schwelle", nach der gesundheitliche Einschränkungen und Erkrankungen deutlich zunehmen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2016). Dazu gehören insbesondere auch die nicht-übertragbaren (chronischen) Krankheiten («non-communicable diseases», kurz NCDs) wie Diabetes, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankung, chronische Leiden der Atemwege oder muskuloskelettalen Krankheiten. Auch Demenzkrankheiten gehören zu den chronischen Krankheiten, die im Alter zunehmen und oft auch pflegeintensiv sind» (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2021, S. 1).

<sup>3</sup> Siehe hierzu exemplarisch für die Situation im Kanton Bern: «In fact, in 2020 two thirds of PCPs [Primary Care Physician, Anm. der Autorin] already described a shortage in their region and only 40% could take on new patients without restrictions. Furthermore, 13% of PCPs worked in 2020 despite being at or over retirement age. In the next 5 years, the workforce density will drop by 25%» (Stierli, et al., 2021, S. 8).

## 2.1 Die medizinische Grundversorgung für Bewohnende von Alters- und Pflegeinstitutionen

Im Fokus der vorliegenden Untersuchung steht die medizinische Grundversorgung in der Schweiz. Diese auch als *primäre Gesundheitsversorgung* oder *Primary Care* bezeichnete Versorgungsstruktur kann definiert werden als «(...) die erste, niedrighschwellige Ansprechenebene für Patientinnen und Patienten bei Erkrankungen, die a) häufig vorkommen, b) weite Teile der Bevölkerung betreffen und c) entweder vorübergehend oder chronisch ausgeprägt sind. Die Versorgungsstruktur erbringt ambulante medizinische und psychosoziale Leistungen» (Zimmermann, 2021). Die medizinische Grundversorgung wird durch ärztliche Grundversorger/-innen sowie weitere Gesundheitsberufe, etwa Pflegefachpersonen, Apotheker/-innen oder Fachangestellte Gesundheit erbracht (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2014). In der vorliegenden Arbeit wird der Blick primär auf Ärzte/-innen gelegt, obwohl diese immer in ein Netzwerk verschiedener medizinisch-pflegerischer Dienstleister eingebettet sind. Wird im Folgenden also von der medizinischen Grundversorgung gesprochen, ist damit primär die Erbringung ärztlicher Dienstleistungen zugunsten der Bewohnenden in stationären Alters- und Pflegeinstitutionen gemeint.

Mit dem Eintritt von Personen in eine stationäre Alters- oder Pflegeinstitution erfolgt ein Wechsel des Lebensmittelpunkts von einem häufig angestammten Wohnumfeld in eine auf Pflege und Betreuung spezialisierte Wohnform. Jede/-r Bewohner/-in hat gemäss Art. 386 Abs. 3 des Zivilgesetzbuchs (ZGB) das Recht auf freie Arztwahl, auch nach einem Eintritt in eine Alters- und Pflegeinstitution. So können sie entweder Patient/-in der bisherigen hausärztlichen Bezugsperson bleiben oder, falls dies etwa aus praktischen Gründen, z.B. weil die Institution schlecht erreichbar ist, gewünscht oder erforderlich ist, einen Hausarztwechsel vornehmen.

In der Alters- und Pflegeinstitution bringen die Ärzte/-innen für die Bewohnenden individuelle medizinische Leistungen im ähnlichen Sinn, wie sie diese auch für Personen im selbstständigen Wohnen ausserhalb einer stationären Institution erbringen. Da die Bewohnenden von stationären Pflegeinstitutionen per se eine gewisse Pflegebedürftigkeit und häufig eine Immobilität aufweisen, sind sie im Vergleich zu älteren Personen im selbstständigen Wohnen tendenziell häufiger auf ärztliche Besuche angewiesen. Die für die Bewohnenden erbrachten Leistungen werden von den Hausärzten/-innen über die (ambulante) ärztliche Leistungsstruktur TARMED<sup>4</sup> abgerechnet.

Die Ärzte/-innen können aber auch auf einer übergeordneten Ebene in der und für die Institution tätig sein, was nicht individualisierbare Leistungen umfasst. Auf dieser Ebene treten die Ärzte/-innen als so genannte Heimärzten/-innen auf. Zu den heimärztlichen Aufgaben gehören etwa die Beratung der Institution in medizinischen Fragen und die Unterstützung bei der Ausarbeitung von medizinischen Leitlinien und Konzepten, die Sicherstellung der Notfallversorgung und Koordinationstätigkeiten im Zusammenhang mit den verschiedenen Hausärzten/-innen.

Je nach Kanton können die Institutionen zur heimärztlichen Struktur verpflichtet sein (s. Kap. 4.1.1.1). Die Kantone legen auch allfällige weitere Vorgaben zu Aufgaben oder fachlicher Qualifizierung der Heimärzte/-innen fest. Falls die Kantone nichts dergleichen festhalten, entscheiden die Institutionen, ob bzw. in welchem Umfang und für welche Aufgaben sie Heimärzte/-innen beauftragen. Da heimärztliche Tätigkeiten nicht personenbezogen erfolgen und somit nicht über TARMED abgerechnet werden können, tragen die Institutionen in der

<sup>4</sup> Für TARMED siehe <https://www.fmh.ch/themen/ambulante-tarife/tarmed.cfm> (26.6.2023).

Regel die Kosten, teilweise mit kantonaler Unterstützung. Heimärzte/-innen übernehmen häufig auch die medizinische Betreuung von Bewohnenden, welche keine andere hausärztliche Bezugsperson haben oder deren ärztliche Bezugsperson keine Besuche in der Institution vornimmt. Je nach Organisationsform und Businessmodell können sodann viele bis alle oder aber nur wenige Bewohnende Patienten/-innen dieser heimärztlichen Person sein.

## 2.2 Problemstellung

Die stationären Alters- und Pflegeinstitutionen in der Schweiz sehen sich aktuell der Herausforderung gegenübergestellt, die mit dem generellen Haus- und damit auch Heimärztemangel<sup>5</sup> einhergeht. Nebst der angespannten Situation hinsichtlich der Verfügbarkeit von Hausärzten/-innen kommt erschwerend hinzu, dass die Bereitschaft, Haus- oder eben Heimbefuche im Allgemeinen und Nacht- sowie Wochenendeinsätze im Speziellen zu übernehmen, abnimmt (Neuner-Jehle, et al., 2021, S. 4). Die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Befragung von Schlüsselpersonen (s. Kap. 3.1) bestätigte, dass der Hausärztemangel zusammen mit der mangelnden Verfügbarkeit bzw. Erreichbarkeit der Hausärzte/-innen die beiden Top-Herausforderungen der Alters- und Pflegeinstitutionen in Bezug auf die Sicherstellung der medizinischen (ärztlichen) Grundversorgung darstellen.

Auf der anderen Seite ist der Bedarf an ärztlicher Betreuung in den Institutionen quantitativ, aber auch in Bezug auf die Fachexpertise hoch: Mit der Differenzierung ambulanter Pflege- und Unterstützungsangebote und mit den wachsenden Möglichkeiten der medizinischen Versorgung älterer Patientengruppen nimmt das Eintrittsalter in Institutionen der stationären Langzeitpflege tendenziell zu.<sup>6</sup> Zudem: «Pflegezentren spielen als Folge der immer kürzeren Aufenthaltsdauer im Akutspital eine zunehmend wichtige Rolle in der Nachsorge von älteren pflegebedürftigen Menschen nach einem Akutspitalaufenthalt» (Häsli & Bieri, 2013, S. 1956).

Für viele Institutionen ist gerade das Sicherstellen der medizinischen (ärztlichen) Grundversorgung in Anbetracht der medizinisch-pflegerischen Herausforderungen ihrer Bewohnenden die zentrale Motivation, mit Heimärzten/-innen zusammenzuarbeiten: einerseits als Begleitung der Institution auf übergeordneter Ebene in medizinischen Fragen, andererseits um Lücken in der medizinischen Betreuung der Bewohnenden zu schliessen. Das Problem ist jedoch, dass Hausärzte/-innen, die sodann haupt- oder nebenamtlich auch die Funktion als Heimärzte/-innen übernehmen, im Zuge des generellen Hausarztmangels rar sind. Probleme bei der Abrechnung von gewissen Leistungen (z.B. Wegzeiten, Koordinationstätigkeiten) im Zusammenhang mit der ärztlichen Betreuung der Bewohnenden lassen das Arbeitsumfeld Langzeitpflege zusätzlich unattraktiv erscheinen (Häsli & Bieri, 2013). Die Herausforderung, die medizinische Grundversorgung durch genügend ärztliche Dienstleister in den stationären Alters- und Pflegeinstitutionen sicherstellen zu können, wird sich mit Blick auf anstehende Pensionierungen von Hausärzten/-innen weiter verschärfen.

Das Vermeiden von unnötigen Spitaleinweisungen ist, wie in Kap. 2.4 zu sehen sein wird, ein wesentliches Ziel der stationären Langzeitpflege. Der Zugang der Bewohnenden zu einer guten medizinischen Grundversorgung über den Beizug von Hausärzten/-innen ist dabei der zentrale Dreh- und Angelpunkt. Die Institutionen sind gefordert, unter den aktuellen Bedingungen eine funktionierende medizinische Grundversorgung zu organisieren. In

---

<sup>5</sup> Eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Frage nach einem (allfälligen) Ärztemangel und den künftigen Szenarien in der Schweiz findet sich im bundesrätlichen Bericht in Erfüllung der Motion 08.3608 von Jacqueline Fehr (Bundesrat, 2011, S. 10). Exemplarisch anhand des Kantons Bern siehe auch Stierli, et al., 2021.

<sup>6</sup> Gemäss den Zahlen der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) hat sich das Eintrittsalter im gesamtschweizerischen Schnitt von 2008 bis 2021 von 84.3 auf 84.9 Jahre erhöht (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan, 2023).

diesem Zug entstehen neue Versorgungsmodelle und mit ihnen neue Kooperationsformen und Businessmodelle.

An dieser Stelle setzt die vorliegende Studie an: Einerseits soll ein Überblick über die heute in den (Deutsch-)Schweizer Alters- und Pflegeinstitution eingesetzten Versorgungsstrukturen im Bereich der medizinischen (ärztlichen) Grundversorgung generiert werden. Andererseits soll Klarheit darüber gewonnen werden, was eine gute Grundversorgung in den Alters- und Pflegeinstitutionen ausmacht. Und schliesslich soll Wissen darüber generiert werden, welche Momente innerhalb der Versorgungsstrukturen der Versorgungsqualität zu- oder abträglich sind.

## 2.3 Forschungsfrage und Hypothese

**Forschungsfrage:** In welchem Mass sind die aktuell bestehenden Versorgungsmodelle geeignet, um unter den gegebenen Bedingungen eine gute medizinische (ärztliche) Grundversorgung der Bewohnenden in den Alters- und Pflegeinstitutionen sicherzustellen?

**Unterfrage 1:** Welche medizinischen (ärztlichen) Versorgungsmodelle werden in (Deutsch-) Schweizer Alters- und Pflegeinstitutionen genutzt und wie lassen sich diese mit Blick auf ihre Organisationsform charakterisieren (Typologie)?

**Unterfrage 2:** Was braucht es, damit die medizinische (ärztliche) Grundversorgung für Bewohnende der Alters- und Pflegeinstitutionen eine gute Qualität aufweist und welche Muss-Anforderungen lassen sich daraus ableiten?

**Unterfrage 3:** Welche Aspekte der Versorgungsstrukturen sind für die Erreichung der Muss-Anforderungen förderlich, welche hinderlich? Wo besteht allenfalls typenspezifischer Handlungsbedarf?

**Hypothese:** Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung ausschliesslich durch das Hausarztmodell stellt die Alters- und Pflegeinstitutionen in Bezug auf die Erfüllung der ermittelten Muss-Kriterien vor Herausforderungen. Neue, innovative ärztliche Versorgungsmodelle zur Ermöglichung von heimarztähnlichen Versorgungsstrukturen bergen Potenzial mit Blick auf die Sicherstellung einer guten medizinischen Grundversorgung.

## 2.4 Public Health Relevanz

Die Public-Health- Relevanz der gewählten Thematik umfasst die folgenden Aspekte:

**Die demografische Herausforderung erfordert eine Beschäftigung mit neuen**

**Versorgungsmodellen im Gesundheitswesen:** Der Anteil über 65-Jähriger innerhalb der Schweizer Bevölkerung wird sich, so Prognosen des Bundesamtes für Statistik (Bundesamt für Statistik BFS, 2020), bis 2040 nochmals deutlich erhöhen, namentlich von 18.9% (2020) auf 24.4% (2040) und bei den 80-Jährigen von 5.4% (2020) auf 8.5% (2040). Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan prognostiziert, dass bis 2040 zusätzlich zu den bestehenden stationären Institutionen schweizweit zwischen 750 und 921 weitere nötig sein werden, um die Nachfrage decken zu können (Pellegrini, et al., 2022, S. 56). Analog wird sich der Bedarf an ärztlichen Grundversorgern/-innen, die in den stationären Institutionen der Langzeitpflege tätig sind, erhöhen. Neue Versorgungsmodelle werden dringend benötigt, um Quantität und Qualität der nötigen Grundversorgung künftig stemmen zu können.

**Beitrag zur Versorgungsforschung:** Der sich im Zuge der demografischen Entwicklung abzeichnende zusätzliche Bedarf verlangt die Entwicklung und Etablierung von Organisationsstrukturen, die unter diesen Umständen eine gute Versorgungsqualität gewährleisten können. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Frage, wie unter den gegebenen Bedingungen die Qualität der medizinischen (ärztlichen) Grundversorgung in den Institutionen verbessert werden kann und wo das Potenzial neuer ärztlicher Versorgungsmodelle liegt. Damit leistet sie einen Beitrag zur Versorgungsforschung im Themenfeld der stationären Langzeitpflege in der Schweiz. Denn die internationale Studienlage kann zwar aufzeigen, dass die Verfügbarkeit von Ärzten/-innen in den Alters- und Pflegeinstitutionen einen positiven Einfluss auf die Qualität der Pflege in den Institutionen hat, aber: «Still, research addressing how medical care provision, in its various forms, related to quality of care for NH residents, resembles a map with many gray areas» (Ågotnes, et al., 2019, S. 11).

**Koordinierte Versorgung und Interprofessionalität als Lösungsansätze:** Die koordinierte Versorgung und damit verbunden die interprofessionelle Zusammenarbeit stellen aktuelle Lösungsansätze dar, um den Herausforderungen im Gesundheitssystem – Stichworte demografische Entwicklung, Fachkräftemangel, Kostenexplosion – zu begegnen (Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK & Bundesamt für Gesundheit BAG, 2012, S. 4). Bei der medizinischen Grundversorgung handelt es sich im Kontext der stationären Langzeitpflege immer auch um interprofessionelle Versorgungsmodelle, welche eine koordinierte Versorgung verfolgen. Es ist gerade einer der zentralen Punkte dieser Arbeit, zu verstehen, welche Aspekte der Organisationsstrukturen die Zusammenarbeit zwischen Ärzten/-innen und dem Pflegeteams in den Alters- und Pflegeinstitution fördern oder hemmen.

**Stärkung des Rechts auf Gesundheit:** Bei den Bewohnenden der stationären Alters- und Pflegeinstitutionen handelt es sich grösstenteils um hochaltrige und pflegebedürftige Menschen. Schmerzmanagement, chronische Erkrankungen, Multimorbidität und Polymedikation, neurodegenerative Erkrankungen und Palliative Care sind einige der wesentlichen Themen des medizinisch-pflegerischen Alltags der Institutionen. Die ärztlichen Grundversorger/-innen leisten einen wichtigen Beitrag, damit in den Institutionen eine professionelle und bedürfnisgerechte medizinisch-pflegerische Versorgung erfolgen kann. Damit wird das Recht der Bewohnenden auf Gesundheit gestärkt. Mangelnde Qualität und bzw. oder Quantität in der medizinischen Grundversorgung – eine drohende Folge fehlender ärztlicher Dienstleistungen für die Bewohnenden in stationären Langzeiteinrichtungen – untergraben im Umkehrschluss das Recht auf Gesundheit.

**Chancengleichheit:** Die Schaffung eines gleichberechtigten Zugangs aller Menschen zu einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung ist ein zentrales Public-Health-Anliegen. Bewohnende von Alters- und Pflegeinstitutionen sind aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit eine besonders vulnerable Personengruppe: ihre gesundheitliche Situation und Lebensqualität hängen massgeblich von der Behandlungsqualität in der Institution ab. Die Gewährleistung des Zugangs zu einer guten medizinischen Versorgung ist zentral, um dem Grundsatz der gesundheitlichen Chancengleichheit Gehör zu verschaffen.

**Förderung von Lebensqualität und Reduktion unnötiger Behandlungen:** Internationale Studien (z.B. Hamel, et al., 2021, S. 16; Ågotnes, et al., 2019) weisen darauf hin, dass sich in der Institution vorhandene ärztliche, aber auch pflegerische Expertise im Sinne von Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen<sup>7</sup> positiv auf die Lebens- und Versorgungsqualität sowie auf die Gesundheit der Bewohnenden auswirkt. Hospitalisierungen bedeuten Stress für die Bewohnenden, und mit ihnen ist auch immer ein Risiko für eine nosokomiale Infektion und ein kognitiver Abbau verbunden (Graverholt, Forsetlund, & Jamtvedt, 2014, S. 2). Der Zugang zu ärztlichen Grundversorgern/-innen in den Institutionen birgt das Potenzial, unnötige Spitaleinweisungen zu reduzieren (z.B. Katz, et al., 2009, S. 412). Kobewka et al. (2020, S. 472) machen schliesslich auf das Kosteneinsparungspotenzial im Zuge einer Reduktion von unnötigen Spitaleinweisungen und Notfalleinsätzen durch einen raschen Zugang zur medizinischer Grundversorgung aufmerksam.<sup>8</sup>

### 3 Methodische Anknüpfungspunkte

Für die Beantwortung der Forschungsfrage und ihrer drei Unterfragen wurden verschiedene Methoden eingesetzt:

Fragestellungen	Methoden
<p><b>Unterfrage 1</b></p> <p><i>Welche medizinischen (ärztlichen) Versorgungsmodelle werden in (Deutsch-)Schweizer Alters- und Pflegeinstitutionen genutzt und wie lassen sich diese mit Blick auf ihre Organisationsform charakterisieren (Typologie)?</i></p>	<p>Internet- und Literaturrecherchen sowie schriftliche Befragung von Schlüsselpersonen (s. Kap. 3.1)</p>
<p><b>Unterfrage 2</b></p> <p><i>Was braucht es, damit die medizinische (ärztliche) Grundversorgung für Bewohnende der Alters- und Pflegeinstitutionen eine gute Qualität aufweist und welche Muss-Anforderungen an die ärztliche Grundversorgung lassen sich daraus ableiten?</i></p>	<p>Fokusgruppe mit Experten/-innen (s. Kap. 3.3.1)</p>
<p><b>Unterfrage 3</b></p> <p><i>Welche Aspekte der Versorgungsstrukturen sind für die Erreichung der Muss-Anforderungen förderlich, welche hinderlich? Wo besteht allenfalls typenspezifischer Handlungsbedarf?</i></p>	<p>Typologiebildung (s. Kap. 3.2)</p> <p>Fokusgruppen mit Vertreter/-innen der Versorgungstypen (s. Kap. 3.3.2)</p>

<sup>7</sup> Advanced Practice Nurse, APN; Nurse Practitioners, NP; Clinical Nurse Specialist, CNS.

<sup>8</sup> Internationale Studien gehen von schätzungsweise 19% bis 67% potenziell unnötiger Spitaleinweisungen bei Bewohnenden von Alters- und Pflegeinstitutionen aus (Graverholt, et al., 2014, S. 2). Für die Schweiz siehe Muench, et al., 2019.

### 3.1 Internet- und Literaturrecherchen und schriftliche Befragung von Schlüsselpersonen

Mit diesem Arbeitsschritt werden Informationen zur Bearbeitung von drei Fragen/Themen generiert:

- Welche Vorgaben machen die Kantone zur Organisation der medizinischen (ärztlichen) Grundversorgung?
- Welches sind die zentralen Herausforderungen der Institutionen bei der Sicherstellung der medizinischen (ärztlichen) Grundversorgung?
- In welchen Formen wird die medizinische (ärztliche) Versorgung in den Alters- und Pflegeinstitutionen praktisch organisiert? Gibt es auch neuere, innovative Modelle, die als Antwort auf den Haus-/Heimärztemangel entwickelt werden?

Die Bearbeitung dieser Themen erfolgte über zwei Ansätze: über Internet- und Literaturrecherchen sowie über eine schriftliche Befragung von Schlüsselpersonen.

**Internet- und Literaturrecherchen:** Diese wurden sowohl vorbereitend als auch ergänzend zur schriftlichen Befragung (s.u.) durchgeführt. Über Google Scholar und Pubmed wurde nach wissenschaftlichen Arbeiten rund um die Organisation der medizinischen (ärztlichen) Grundversorgung in stationären Alters- und Pflegeinstitutionen in der Schweiz gesucht (Suchsprachen Deutsch, Französisch und Englisch). Zudem wurde eine einfache Google-Suche durchgeführt.

**Schriftliche Befragung:** Bei Schlüsselpersonen in der Deutsch- und französisch- und italienischsprachigen Schweiz wurde per E-Mail eine schriftliche Befragung durchgeführt (Fragebogen s. Anhang 7.1). Falls von den angeschriebenen Personen gewünscht, wurden die Rückmeldungen auch im Rahmen eines Telefonats mündlich entgegengenommen. Bei den Schlüsselpersonen handelte es sich um Personen, welche eine vertiefte regionale und/oder nationale Expertise zur Organisation der medizinischen Versorgung in den Alters- und Pflegeinstitutionen besitzen, namentlich:

- Kantonale Geschäftsstellen von CURAVIVA – dem nationalen Branchenverband der Dienstleister für Menschen im Alter<sup>9</sup>
- Verantwortliche Berufsentwicklung bei CURAVIVA
- Projektverantwortliche Personen der Themen koordinierte/integrierte Versorgung, Langzeitpflege sowie medizinische Grundversorgung beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) und der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)
- Ausgewählte Vertreter/-innen der praktischen und universitären Haus- und Heimarztmedizin und der Geriatrie
- Personen und Fachgruppen (kantonale Heimärztegruppen) mit guten Kenntnissen speziell zur Situation in der Westschweiz

Insgesamt wurden rund 50 Personen/Stellen kontaktiert, davon sind knapp 30 Rückmeldung eingegangen. Komplementiert mit Internet- und Literaturrecherchen konnte damit ein relativ umfassendes Bild zur kantonalen Situation hinsichtlich der Organisation der medizinischen Grundversorgung erarbeitet werden (s. Kap. 4.1.1). Eher wenig neues Wissen (d.h. ergänzend zu den Internet- und Literaturrecherchen) konnte zu neueren, innovativen Modelle der medizinischen Grundversorgung generiert werden.

---

<sup>9</sup> Branchenverband CURAVIVA: <https://www.curaviva.ch/> (26.6.2023).

Die Rückmeldungen aus der Westschweiz und aus dem Tessin waren deutlich geringer, als erwartet und erforderlich. Die betrifft einerseits die schriftliche Befragung, andererseits liefen auch punktuelle Kontaktaufnahmen zu Westschweizer Stakeholder (z.B. kantonale heimärztliche Arbeitsgruppen) ins Nichts. Die aktuelle kantonale Situation in den französischsprachigen Kantonen und dem Tessin konnte jedoch über die Internetrecherchen erarbeitet werden, sodass die in Kap. 4.1.1 dargestellte Situation gesamtschweizerisch gültig ist. Die eruierten Modelle können dagegen nur für die Deutschschweiz Gültigkeit beanspruchen.

## 3.2 Typologie

Die Methode der (deskriptiven)<sup>10</sup> Typenbildung zielt darauf, aus einer Fülle beobachteter Fälle eine Ordnung abzuleiten: «Ein Typ ähnelt dem Negativ einer Fotografie, von dem eine beliebig grosse Anzahl von Abzügen angefertigt werden kann. Insofern stellt ein Typ die Essenz dessen dar, was übrig bleibt, wenn alles Individuelle, Persönliche und Idiografische abgezogen wird. Typologische Klassifikationen stellen den Versuch dar, einen Gegenstandsbereich zu ordnen, und zwar auf der Basis von Differenzbegriffen, nicht von vereinheitlichenden Prozeduren der Durchschnittsbildung» (Kuckartz, 2020, S. 798).

Anhand von vordefinierten Merkmalsausprägungen werden die Fälle in ähnliche Gruppen eingeteilt. Diese beiden Schritte erfolgen nicht nacheinander, sondern in einem mehrfachen Hin und Her: Über die Zuordnung von Einzelfällen zu Typen entstehen Erkenntnisse über die Relevanz der gewählten Merkmale für den Typus, die sodann gegebenenfalls wieder angepasst werden. Innerhalb einer Gruppe gilt das Prinzip der Homogenität, die Typen untereinander sollen möglichst heterogen sein.

Die Methode der Typenbildung wurde im Sinne eines analytischen Werkzeugs gewählt, um die Vielfalt der in den Schweizer Alters- und Pflegeinstitutionen genutzten Versorgungsmodelle zu strukturieren und zu klassifizieren. Die so erarbeitete Typologie bildet die Basis für die anschliessende Typenanalyse anhand von repräsentativen Fallbeispielen.

## 3.3 Fokusgruppen

Für die Erhebung des Datenmaterials zur Bearbeitung der Unterfragen zwei und drei wurde das Gruppendiskussionsverfahren im Sinne der Fokusgruppe gewählt.

Bei der Fokusgruppendiskussion geht es darum, dass eine Gruppe, die einen gemeinsamen Erfahrungshorizont teilt, gemeinsam die Fragestellung(en) diskutiert. Gegenstand dieses Diskussionsverfahrens sind «(...) kollektive Wissensbestände und Strukturen (...), die in der gelebten Praxis angeeignet werden und diese zugleich auch orientieren. Damit ist es im konkreten Fall davon abhängig, welche Erfahrungen den Gruppendiskussionsteilnehmenden tatsächlich gemeinsam sind. Insofern ist das Verfahren der Prämisse verpflichtet, dass es bei qualitativer Forschung um die Rekonstruktion der Relevanzsysteme der Erforschten (und nicht jener der Forschenden) geht» (Przyborski & Riegler, 2020, S. 400f.). Zentral sind entsprechend zwei Aspekte: Die Auswahl der Teilnehmenden und die Gesprächsführung (Przyborski & Riegler, 2020, S. 398).

Bei der Auswahl der Teilnehmenden ist darauf zu achten, dass sie gemeinsame Erfahrungen, die sie jedoch nicht zwangsläufig auch gemeinsam gemacht haben müssen, teilen. Über diese gemeinsamen Erfahrungen erschliessen sich die damit verbundenen impliziten

---

<sup>10</sup> In diesem Sinne orientiert sich die vorliegende Typenbildung am Realtypus und den beobachtbaren Sachverhalten, dies im Unterschied zum Weber'schen Idealtypus (Hillmann, K. H., 2007, S. 910).

Wissensbestände (Przyborski & Riegler, 2020, S. 400). Für die Arbeit an beiden Unterfragen wurde bei der Auswahl der Teilnehmenden darauf geachtet, dass diese gemeinsamen Erfahrungsräume gegeben waren, entweder aufgrund der beruflichen Tätigkeit (Fokusgruppe mit Experten/-innen) oder indem Praxisbeispiele aus ein und demselben Typus gewählt wurden (Fokusgruppen mit Vertreter/-innen der Versorgungstypen). Obgleich dieses Anspruches an Homogenität wurde aber auch explizit eine gewisse Varianz der Erfahrungsräume gesucht: Bei den Experten/-innen (s.u.) wurden Teilnehmende unterschiedlicher Funktionen (Ärztenschaft, Pflege) rekrutiert; bei den Vertretern/-innen der Versorgungstypen wurde darauf geachtet, dass verschiedene organisatorische Varianten innerhalb des eigenen Typus vertreten waren. Über eine gewisse Heterogenität in der Homogenität sollten der Diskurs angeregt und implizite Wissensbestände aktiviert werden. Zudem: «Häufig wird angenommen, dass gerade in heterogenen Gruppen viel debattiert wird und sie daher ergiebig sind. Dies ist jedoch nicht zwingend der Fall; empirische Ergebnisse sprechen sogar für die entgegengesetzte Richtung: Hier hat man sich meist recht wenig zu sagen. Es fehlen Themen und Anknüpfungspunkte» (Przyborski & Riegler, 2020, S. 401).

Ist das angestrebte Ergebnis eine kollektive Gruppenmeinung, und zwar nicht als «Summe von Einzelmeinungen, sondern (als) Produkt kollektiver Interaktionen» (Mangold, 1960, zit. nach Przyborski & Riegler, 2020, S. 398), ergibt sich daraus auch das Gebot einer möglichst zurückhaltende Gesprächsführung: den kollektiven Interaktionen soll Raum gegeben werden. Bei der Fokusgruppe mit Experten/-innen trugen zusätzliche Workshopelemente (Gruppenarbeiten an Flipcharts) dazu bei, diesem Interaktionsraum noch mehr Gewicht zu geben. Durch die Diskussion im Plenum konnten die bereits vorbereiteten kollektiven Gruppenmeinungen sodann weiter geschärft werden. Bei den Fokusgruppen mit den Vertretern/-innen der Versorgungstypen ist zu sagen, dass diese online durchgeführt wurden. Dieses Format verlangt, insbesondere wenn sich die Teilnehmenden vorgängig nicht kennen, eine stärkere Steuerung durch die gesprächsführende Person, damit die Diskussion in Gang kommt, aber auch dass alle Teilnehmenden zu Wort kommen. Przyborski & Riegler (2020, S. 401) sehen es als Bedingung für eine gewisse Selbstläufigkeit der Diskussion, «(...) dass die Teilnehmenden quasi erst herausfinden müssen, ob und wo gemeinsame Erfahrungen gegeben sind. Das geschieht in der Regel in Form eines vorsichtigen Abtastens, bis sich das Gespräch dann phasenweise lebendig bis hitzig gestaltet». Dieses «Abtasten» wurde angesteuert, indem die Teilnehmenden sich und ihre Institution bzw. Organisationsform zu Beginn des Treffens relativ umfangreich vorgestellt haben und auch Rückfragen gestellt werden konnten.

### 3.3.1 Fokusgruppe mit Experten/-innen

Die Frage, was es braucht, damit die medizinische Grundversorgung für Bewohnende der Alters- und Pflegeinstitutionen eine gute Qualität aufweist und welche Muss-Kriterien sich daraus ableiten lassen, stand im Zentrum der Fokusgruppendifkussion mit Experten/-innen.

**Teilnehmer/-innen und Zugang zur Zielgruppe:** Für die Fokusgruppendifkussion wurden Experten/-innen, welche besondere Kenntnisse der medizinischen Versorgung in den stationären Langzeiteinrichtungen aufweisen, eingeladen. Die Experten/-innen stammen alle aus der Deutschschweiz. Die meisten Experten/-innen waren der Autorin aus ihrer beruflichen Tätigkeit bekannt; einige Kontakte resultierten aus der Befragung von Schlüsselpersonen. Mit einer Person wurde ein Pretest durchgeführt, die fachlichen Inputs daraus flossen ebenfalls in die Auswertung.

Folgende Personen haben an der Fokusgruppe oder dem Pretest teilgenommen:

- Pia Arnold (Fachexpertin Alter, Pflege und Betreuung, Kanton Thurgau)
- Klaus Bally, Dr. med. (Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin Beider Basel)
- Sacha Beck, Dr. med. (Gründer und Verwaltungsratspräsident Age Medical AG)
- Gabriela Bieri-Brüning, Dr. med. (Chefärztin Geriatriischer Dienst und ärztliche Direktorin der Gesundheitszentren für das Alter, Stadt Zürich)
- Beat Gründler, Dr. med. (Medical Services Manager, AXA Winterthur)
- Giovanna Jenni (Fachleiterin Pflege, Medizin und Therapien, Stv. Geschäftsführerin, Zentrum Schönberg)
- Marlies Petrig (Mitglied der Geschäftsleitung KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit, Leiterin Health Care Services)
- Marylène Renggli (Bildungsbeauftragte Pflege und Betreuung, ARTISET Bildung)
- Ryan Tandjung, Dr. med. (Chief Medical Officer und Mitglied der Geschäftsleitung Tertianum Management AG)
- Monika Tröger, Dr. med. (Leiterin ärztlicher Dienst Viva Luzern)

**Organisatorisches:** Während der Pretest online durchgeführt wurde, traf sich die Fokusgruppe im Dezember 2022 in Zürich. Der Pretest dauerte rund eineinhalb, die Fokusgruppendifkussion vor Ort drei Stunden. Die Teilnehmenden wurden finanziell nicht entschädigt. Die Teilnehmenden erhielten vorgängig einen schriftlichen Vorbereitungsauftrag.

**Verwendung der Daten und Informed Consent:** Alle Teilnehmenden wurden vorgängig mündlich über die Sammlung und Verwendung der Daten informiert. Es wurde den Teilnehmenden zugesichert, dass die verwendeten oder zitierten Aussagen keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen oder Arbeitgeber zulassen. Die Fokusgruppenteilnehmer/-innen haben eine Einwilligungserklärung zur Verwendung der Informationen aus der Fokusgruppendifkussion unterzeichnet.

**Durchführung:** Nach einer Einführung in die Ziele der vorliegenden Arbeit und der Diskussion sowie einer Vorstellungsrunde fanden die Teilnehmenden sich zu Zweier- bzw. Dreiergruppen zusammen (freie Gruppenbildung). Die Diskussion mit den Experten/-innen wurde anhand der sieben Qualitätsdimensionen der nationalen Qualitätsstrategie (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2022; s. Kap. 4.3.1) strukturiert: Jeder Kleingruppe wurden (zufällig) ein bis zwei Qualitätsdimensionen zur vertieften Diskussion und als Vorbereitung auf die Diskussion in der Gesamtgruppe zugeteilt. Gefragt wurde für jede Qualitätsdimension:

*Welche Bedingungen (z.B. Strukturen, Know-how, Haltungen, Massnahmen, Konzepte, Ressourcen, Prozesse) sind gemäss den eigenen Erfahrungen zwingend nötig, damit die medizinische Grundversorgung bzw. die erbrachten ärztlichen Leistungen zugunsten der Bewohnenden der Alters- und Pflegeinstitutionen das Kriterium «XY» erfüllen?*

Die Gruppen sammelten während 30 Minuten auf vorbereiteten Flipcharts Inputs. Die einzelnen Gruppen präsentierten ihre Ergebnisse nacheinander im Plenum. Die Diskussion fand jeweils direkt im Anschluss an diese Präsentation der einzelnen Gruppe statt. Die Aufgabe der Autorin der vorliegenden Arbeit bestand darin, die Diskussion zu moderieren und den Fokus auf die zentralen Bedingungen zur Erreichung der Qualitätsanforderungen zu lenken. Die Flipcharts wurden mit Aussagen aus der Fokusgruppendifkussion ergänzt. Für die Diskussion jeder Qualitätsdimension standen rund 15 Minuten zur Verfügung.

Am Schluss der Veranstaltung wurde ein Foto der Flipcharts erstellt. Die Fokusgruppendifkussion im Plenum wurde als Audiodateien aufgezeichnet.

**Auswertung:** Die Flipcharts zusammen mit dem Transkript der Diskussion in der Gesamtgruppe bildeten das Datenmaterial. Die Auswertung orientierte sich an der dokumentarischen Analyse und hier insbesondere an der formulierenden und reflektierenden Interpretation (Przyborski & Slunecko, 2020, S. 546): In einem ersten Schritt wurden die Aussagen zu den zentralen Bedingungen, welche zur Sicherstellung einer guten medizinischen (ärztlichen) Versorgung gemäss den sieben Qualitätsdimensionen nötig sind, formuliert (siehe zur formulierenden Interpretation Przyborski & Slunecko, 2020, S. 546). Zudem wurden verwandte Aussagen zusammengefasst. Aussagen, welche in der Flughöhe oder mit Blick auf den Untersuchungsfokus, namentlich die ärztlichen Dienstleistungen, nicht geeignet waren, wurden aussortiert. Entstanden ist für jede Qualitätsdimension eine Tabelle mit Kernaussagen, die im Anschluss daran thematisch verdichtet und als Zielvorgaben formuliert wurden (s. Ergebnisse in Kap. 4.3.2). Das Ergebnis wurde den Experten/-innen im Sinne eines «Member Checks» nochmals zurückgespielt. Sie hatten zwei Wochen Zeit, schriftliche Rückmeldungen dazu zu geben. Die eingegangenen Inputs wurden, wo sinnvoll, eingearbeitet.

### 3.3.2 Fokusgruppen mit Vertretern/-innen der Versorgungstypen

Mit diesem Arbeitsschritt wurde untersucht, welche Aspekte der Versorgungsstrukturen für die Qualität der medizinischen (ärztlichen) Grundversorgung förderlich oder hinderlich sind und wo allenfalls typenspezifischer Handlungsbedarf besteht. Die Untersuchung dieser Frage bezieht sich sodann auf die Ergebnisse aus den vorangegangenen Teilschritten.

**Teilnehmer/-innen und Zugang zur Zielgruppe:** Für jeden eruierten Typus wurde ein Fokusgruppengespräch mit drei bis vier Vertreter/-innen von Alters- und Pflegeinstitutionen aus der Deutschschweiz durchgeführt. Es handelte sich dabei um Personen, welche die medizinische (ärztliche) Grundversorgung in ihren Betrieben betreuen und, entsprechend, die Stärken und Schwächen ihres Versorgungsmodells kennen und auch fähig sind, kritisch zu reflektieren. In der Regel waren dies Leitungspersonen Pflege und Betreuung, etwas weniger oft Institutionsleitungen und in einem Fall Ärzte/-innen. Es wurde versucht, innerhalb eines Typus möglichst verschiedene organisatorische Ausprägungen vertreten zu haben. Eine möglichst breite Abdeckung verschiedener Kantone wurde versucht zu gewährleisten, da jedoch gewisse Organisationsstrukturen im Zusammenhang mit kantonalen Vorgaben stehen, sind einige Kantone innerhalb ein und derselben Fokusgruppe teilweise mehrfach vertreten.

Der Zugang zu den Teilnehmenden erfolgte in einigen Fällen über das berufliche Netzwerk der Autorin, in einigen Fällen erfolgt eine Kontaktaufnahme mit Institutionen, welche im Rahmen von Internetrecherchen gefunden wurden, und in einigen Fällen konnten Personen aus der Fokusgruppe mit Experten/-innen Institutionen vermitteln.

**Organisatorisches:** Mit allen Teilnehmenden wurde vorgängig ein rund halbstündiges Telefonat geführt, in dem einerseits die Organisationsform geklärt wurde und andererseits über die Ziele der Arbeit und der Fokusgruppendifkussionen sowie der Verwendung der Daten informiert wurde (s.u.).

Die Fokusgruppen trafen sich online im April und Mai 2023. Die Diskussionen dauerten rund zweieinhalb Stunden. Vorgängig wurde mit zwei Personen ein Online-Pretest durchgeführt. Den Teilnehmenden wurden im Vorfeld die Dimensionen von Qualitätsanforderungen (siehe Anhang 7.2) und die Fragestellung für die Fokusgruppe zur Vorbereitung zugestellt. Die Teilnehmenden wurden finanziell nicht entschädigt.

**Verwendung der Daten und Informed Consent:** Die Teilnehmenden wurden mündlich im telefonischen Vorgespräch und durch eine via E-Mail zugestellte Einwilligungserklärung im Vorfeld über die Sammlung und anschließende Verwendung der Daten informiert: In die Auswertung flossen die mündlichen Aussagen aus der Diskussion, welche als Video-Audio-Datei aufgezeichnet und im Anschluss daran summarisch transkribiert wurden. Es wurde den Teilnehmenden zugesichert, dass die verwendeten oder zitierten Aussagen keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen oder Arbeitgeber möglich machen. Die mündliche Zustimmung der Teilnehmenden wurde zu Beginn der Aufzeichnung der Diskussion eingeholt.

**Durchführung:** Nach einer Wiederholung der Ziele der vorliegenden Arbeit und des Fokusgruppentreffens erfolgte eine Vorstellungsrunde der Teilnehmenden. Sie berichteten über die Organisation der medizinischen (ärztlichen) Grundversorgung in ihren Institutionen. Danach erfolgte die eigentliche Diskussion der Dimensionen von Qualitätsanforderungen mit Blick auf die eigene Organisationsform. Inhaltliche Basis (Leitfaden) für die teilstrukturierte Diskussion (Häder, 2019, S. 205) bildeten die eruierten fünf Dimensionen von Qualitätsanforderungen an die medizinische (ärztliche) Grundversorgung in den Alters- und Pflegeinstitutionen mit insgesamt 18 Zielsetzungen (s. Anhang 7.2). Die Fragen an die Fokusgruppen lauteten für jedes Handlungsfeld:

*Wie schätzen Sie «[Bezeichnung Handlungsfeld]» im Rahmen des Typus «[Bezeichnung]» ein? Wo ist die Organisationsstruktur des Typus besonders stark? Wo sind Schwächen erkennbar? Mit welchen Massnahmen könnten Verbesserungen erzielt werden?*

Die Rolle der Autorin bestand in der Führung durch das Gespräch anhand der fünf Dimensionen und Fragestellungen.

**Auswertung:** Im Anschluss an die Diskussion wurden die Gespräche summarisch transkribiert. Die Auswertung erfolgte im Sinne einer Zusammenfassung zentraler Diskussionsaspekte (Ruddat, 2012, S. 195): die Orientierung der Diskussion an den fünf Dimensionen und ihren Zielsetzungen ersetzte einen zusätzlichen Analyseraster und ermöglichte ein deduktives Vorgehen. Die Transkripte wurden auf die zentralen Aussagen zu den förderlichen und hinderlichen Aspekten des Modells bei der Gewährleistung einer guten Versorgungsqualität und zum typusspezifischen Handlungsbedarf hin untersucht. Pro Typus und Dimension wurden diese Aussagen zusammengefasst.

## 4 Resultate

Die nachfolgende Darstellung gliedert die Resultate anhand der drei Unterfragen zur Forschungsfrage (s. Kap. 2.3).

### 4.1 Ist-Situation der Versorgungsstrukturen

Die Situation betreffen die medizinischen (ärztlichen) Versorgungsstrukturen in den (Deutsch-)Schweizer Alters- und Pflegeinstitutionen wird zunächst anhand der kantonalen und gesetzlichen Ausgangslage skizziert. Sie legt gewissermassen die Rahmenbedingungen vor, in denen sich sodann konkrete Versorgungsmodelle entwickeln können.

#### 4.1.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen als strukturgebendes Element

Damit Alters- und Pflegeinstitutionen Leistungen zulasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können, brauchen sie eine amtliche Betriebsbewilligung. Der Bund gibt in Art. 39 Abs. 1 Bst. a-f des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)<sup>11</sup> die Kriterien vor, welche erfüllt sein müssen, damit die Institutionen zugelassen werden können. Dazu gehört (Bst. a), dass die Institutionen eine ausreichende ärztliche Betreuung sicherstellen können. Zuständig für die Erteilung der Betriebsbewilligung sind die Kantone (Art. 39 Abs. 2 KVG). Die kantonalen Gesundheits- oder Pflegegesetzgebungen nehmen sodann Bezug auf diese Zuständigkeit.<sup>12</sup>

Die Kantone sind frei, ob bzw. welche Vorgaben hinsichtlich der Sicherstellung der ärztlichen Betreuung in den Institutionen gelten sollen. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen variieren entsprechend kantonal. Auf der Basis von Befragungen der kantonalen CURAVIVA-Sektionen und von Recherchen zu den kantonalen Gesundheits- und Pflegegesetzgebungen lässt sich das nachfolgende Bild zeichnen.

##### 4.1.1.1 Kantone mit heimärztlichen Vorgaben

In etwas mehr als der Hälfte der Kantone (BE, FR, GE, GL, GR, JU, NE, SH, TI, TG, VD, VS, ZG, ZH) legen die kantonalen Gesetzgebungen fest, dass die Institutionen über mindestens eine heimärztliche Person verfügen müssen. Auffallend ist, dass alle Westschweizer Kantone und das Tessin eine entsprechende Vorgabe machen. Die Heimärzte/-innen sind einerseits für die Institution und das Funktionieren der medizinischen Grundversorgung in der Institution im Allgemeinen zuständig; sie können daneben aber auch als Hausärzte/-innen für die Bewohnenden auftreten. Die Kantone dieser Gruppe unterscheiden sich schliesslich darin, ob und wenn ja, in welchem Mass Vorgaben mit Blick auf die Heimärzte/-innen bestehen. Zwei kantonale Beispiele seien an dieser Stelle zur Illustration angefügt:

Die Weisungen des Kantons Thurgau (2022, S. 16) legen fest:

«Jede Institution bezeichnet namentlich eine Heimärztin bzw. einen Hausarzt, die oder der in der Regel auch eigene Patientinnen und Patienten in der Institution betreut. Es ist eine schriftliche Vereinbarung über die Zusammenarbeit gemäss dem Mustervertrag der Aufsichtsinstanz zu treffen, die unter anderem auch die Frage der Entschädigung regelt. Die Heimärztin bzw. der Hausarzt hat für die Institution eine beratende Funktion in medizinischen Fragen. Eine Reservemedikationsliste, welche für Pflegefachpersonen zur Abgabe frei verfügbar ist, wird durch die Heimärztin bzw. den Hausarzt erstellt und nach Bedarf aktualisiert. Sie oder er sichtet alle Dossiers der Verstorbenen der gesamten Institution und

<sup>11</sup> [https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328\\_1328\\_1328/de](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/de) (31.5.2023).

<sup>12</sup> Als Anschauungsbeispiel siehe das [Pflegegesetz des Kantons Aargau](#), insb. Art. 5 und 6 (29.5.2023).

bestätigt mit Unterschrift die Einsichtnahme. Die Heimärztin bzw. der Heimarzt ist in medizinischen Belangen Ansprechperson für die Aufsichtsinstanz».

Eine Mustervereinbarung des kantonsärztlichen Dienstes des Kantons Thurgau (2017) benennt sodann im Detail mögliche Aufgaben der Heimärzte/-innen:

- Repräsentant/Repräsentantin des Heimes in medizinischen Fragen nach aussen.
- Verantwortliche Kontakt- und Ansprechperson für alle Ärzte und Ärztinnen, welche Patienten/Patientinnen im Heim betreuen, sowie in medizinischen Belangen für die kantonale Aufsicht.
- Beratende Funktion für die Heimleitung und die Betriebskommission in medizinischen Fragen.
- Beratende Funktion in der Aufnahmeselektion, insbesondere in der Entscheidung, ob das Heim in speziellen Situationen in der Lage ist, die notwendige Behandlung, Pflege und Betreuung für einen angemeldeten Bewohner/eine angemeldete Bewohnerin zu übernehmen.
- Bestimmung der Arzneimittel, welche die Pflegenden ohne ärztliche Verordnung abgeben dürfen.
- Verantwortung (in Zusammenarbeit mit der Bereichsleitung Pflege) für die fachgerechte Lagerung der Medikamente, Aufbewahrung und Verwaltung der Betäubungsmittel sowie für die Sicherheit bei deren Abgabe.
- Organisation seiner/ihrer Stellvertretung.
- Organisation der ärztlichen Betreuung von Bewohnern und Bewohnerinnen ohne eigenen Hausarzt.
- Mitarbeit in der betriebsinternen Fortbildung des Heimpersonals.
- Sichtung und Signatur der Dokumentationen aller Bewohner und Bewohnerinnen im Todesfall.

Das zweite Beispiel ist der Kanton Graubünden: Gemäss Art. 17 Bst. b der Verordnung zum Gesundheitsgesetz (VOzGesG)<sup>13</sup> erfüllen die Alters- und Pflegeinstitutionen die Anforderungen in betrieblicher Hinsicht, wenn sie (u.a.) über eine/-n Heimarzt/-ärztin verfügen. Die Institutionen müssen einen entsprechenden Vertrag vorlegen, damit sie eine Betriebsbewilligung erhalten. Das Aufgabengebiet der Heimärzte/-innen ist von den Institutionen festzulegen.

Diese beiden Beispiele illustrieren, dass selbst in der Gruppe von Institutionen, welche kantonale Vorgaben für heimärztliche Strukturen kennen, eine grosse regulatorische Heterogenität besteht. Diese prägt die konkreten Versorgungsmodelle der Institutionen in den Kantonen mit.

Was die fachliche Qualifikation der kantonal vorgeschrieben Heimärzte/-innen betrifft, kann es auch hier seitens der Kantone Vorgaben geben. In den Kantonen Genf und Jura werden beispielsweise für die Heimärzte/-innen Weiterbildungen bzw. äquivalente Berufserfahrungen in Gerontologie und/oder Palliative Care (Kantone GE, JU) und/oder Gerontopsychiatrie (Kanton JU) gefordert.<sup>14</sup> Und im Kanton Waadt wird eine Weiterbildung, die im Zusammenhang mit der Tätigkeit in der Institution steht, verlangt.<sup>15</sup>

<sup>13</sup> [BR 500.010 - Verordnung zum Gesundheitsgesetz - Kanton Graubünden - Erlasssammlung](#) (29.5.2023).

<sup>14</sup> Für den Kanton Genf siehe Art. 14 [Loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées](#) (29.5.2023). Für den Kanton Jura siehe Art. 80 [Ordonnance sur l'organisation gériatologique](#) (29.5.2023).

<sup>15</sup> Siehe Art. 17 Abs. 1 [Règlement sur les établissements sanitaires et les établissements apparentés de droit privé dans le canton de Vaud](#) (29.5.2023).

Die heimärztliche Tätigkeit ohne Bezug zu einer individualisierbaren Leistung zugunsten eines/-r Bewohners/-in ist von der Institution zu finanzieren. In einigen Kantonen werden diese Leistungen (z.B. Pikett-Dienst, übergeordnete Koordinationsaufgaben) vom Kanton getragen (z.B. Kanton FR).

#### 4.1.1.2 Kantone ohne heimärztliche Vorgaben

Die andere Hälfte der Kantone (AG, AR, AI, BL, SB, LU, UR, SZ, NW, OW, SO, SG) macht keine Vorgaben zu heimärztlichen Versorgungsstrukturen. Auch in dieser Gruppe gibt es jedoch Kantone, die mehr oder weniger Vorgaben machen, was die Organisation der hausärztlichen Versorgung betrifft. In mehreren Kantonen werden die Anforderungen beispielsweise im Qualitätsmanual (qualivistastationär) hinterlegt.<sup>16</sup>

Es steht auch den Institutionen in den Kantonen ohne kantonal festgelegte heimärztliche Verpflichtung frei, Zusammenarbeitsverträge mit Haus- oder Heim- oder anderen Fachärzten/-innen zu schliessen. Entsprechend kommen die Resultate aus der SHURP-Studie zum Ergebnis, dass «Von den nicht kantonal verpflichteten Betrieben (...) rund die Hälfte (51.4%) angegeben (hat), selbst einen Zusammenarbeitsvertrag mit einem Arzt/einer Ärztin abgeschlossen zu haben» (Zúñiga, et al., 2021, S. 16).

Wie in Kap. 2.1 erwähnt, sind die hausärztlichen Leistungen zugunsten der Bewohnenden der Alters- und Pflegeinstitutionen über TARMED abrechenbar. Häsli und Bieri (2013) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Betreuung der Bewohnenden in Alters- und Pflegeinstitutionen für die Hausärzte/-innen nicht kostendeckend sei (z.B. mit Blick auf Wegzeiten und Koordinationsleistungen): «Kommen dann noch besondere Situationen wie eine palliative Versorgung am Ende des Lebens, ein vermehrter Bedarf an Rehabilitation mit entsprechendem Koordinationsbedarf oder Verhaltensauffälligkeit aufgrund einer Demenz dazu, sind Hausärzte bezüglich der zeitlichen Ressourcen überfordert» (Häsli & Bieri, 2013, S. 1958).

#### 4.1.2 Versorgungsmodelle in den Alters- und Pflegeinstitutionen

Über die Internet- und Literaturrecherchen sowie die Befragung von Schlüsselpersonen (s. Kap. 3.1) konnten die folgenden Organisationsmodelle zur Sicherstellung der medizinischen (ärztlichen) Grundversorgung in den Alters- und Pflegeinstitutionen eruiert werden:

- Die Betreuung der Bewohnenden erfolgt durch Hausärzte/-innen aus Einzel- oder Gruppenpraxen ohne oder mit einer Zusammenarbeitsvereinbarung zwischen Ärzten/-innen und Alters- und Pflegeinstitution.
- Eine heimärztliche Betreuungsperson aus der Gruppe vorher übernimmt nebenamtlich und auf der Basis einer mehr oder weniger formellen Vereinbarung zusätzlich heimärztliche Aufgaben.
- Die haus- und in diesem Fall in der Regel auch heimärztliche Versorgung erfolgt durch Arztpraxen, die in den Alters- und Pflegeinstitutionen eingemietet sind.
- Die Haus- und heimärztliche Betreuung erfolgt durch Ärzte/-innen, welche Angestellte der Alters- und Pflegeinstitution sind, entweder in Form eines ärztlichen Dienstes oder in Form einer von der Institution betriebenen Arztpraxis, die auch externen Patienten/-innen offensteht.

---

<sup>16</sup> Als Anschauungsbeispiel siehe die «Zusammenarbeitsregelung Ärztinnen/Ärzte und Institutionen» für den Kanton Appenzell Ausserrhoden bei [qualivistastationär](#) (29.5.2023).

- Gleich wie die vorherige Gruppe, die Ärzte/-innen sind jedoch Angestellte des Kantons, der Gemeinde oder der Stadt (z.B. stadtärztlicher Dienst<sup>17</sup>).
- Die haus- und allenfalls auch heimärztliche Versorgung wird durch Spitalärzte/-innen im Rahmen einer Zusammenarbeitsvereinbarung zwischen Spital und Alters- und Pflegeinstitution wahrgenommen.
- Die Alters- und Pflegeinstitutionen schliessen Verträge mit mobilen Haus- und Heimärzte/-innen für die haus- und allenfalls auch heimärztliche Versorgung ab.
- Die haus- und allenfalls auch heimärztlichen Versorgung wird über regionale Gesundheitsnetzwerke<sup>18</sup> organisiert.

Wie bereits erwähnt, ist diese Übersicht primär für den deutschsprachigen Raum geltend.

## 4.2 Typologie der Versorgungsmodelle

Mit der Typenbildung wird die bestehende Vielfalt an Organisationsformen der medizinischen (ärztlichen) Grundversorgung in Gruppen, oder eben: Typen eingeteilt. Anhand der folgenden beobachtbaren Sachverhalte wurde die Typologie gebildet:

- Formalisierungsgrad der Zusammenarbeit zwischen den Haus-/Heimärzten/-innen und der Institution, z.B. durch eine Zusammenarbeitsvereinbarung mit Pflichtenheft
- Strukturierungsgrad, d.h. der Grad an geordneter, koordinierter Zusammenarbeit zwischen den Haus-/Heimärzten/-innen und den Institutionen
- Integrationsgrad der Haus-/Heimärzte/-innen in die betrieblichen Strukturen der Institution
- Spezialisierungsgrad der Haus-/Heimärzte/-innen auf das Setting der geriatrischen stationären Langzeitpflege
- Anzahl von involvierten Haus-/Heimärzten/-innen in die medizinische Grundversorgung in der Institution
- Anzahl zu betreuende Bewohnende pro Hausarzt/-ärztin

Es wird davon ausgegangen, dass diese Sachverhalte im Sinne struktureller und damit relativ stabiler Bedingungen die Qualität der medizinischen (ärztlichen) Grundversorgung der Bewohnenden beeinflussen.<sup>19</sup> Entsprechend wurden vier Typen mit den folgenden charakteristischen Ausprägungen gebildet:

	<b>Typus 1</b> Inhouse- Ärzte/-innen	<b>Typus 2</b> Mobile Ärzte/- innen	<b>Typus 3</b> Heimärzte/-innen im Nebenamt	<b>Typus 4</b> Hausärzte/- innen
Formalisierungsgrad	hoch	hoch	niedrig bis mittel	niedrig
Strukturierungsgrad	hoch	hoch	niedrig bis mittel	niedrig
Integrationsgrad	hoch	niedrig	niedrig bis mittel	niedrig
Spezialisierungsgrad	hoch	hoch	niedrig bis mittel	niedrig bis mittel
Anzahl involvierter Ärzte/-innen	klein	klein	gross bis mittel	gross
Anzahl Bewohnende pro Arzt/Ärztin	gross	gross	klein bis mittel	klein

<sup>17</sup> Z.B. [Stadtärztlicher Dienst der Stadt Zürich](#) (29.5.2023).

<sup>18</sup> Z.B. [Gesundheitsnetz Val Müstair](#) sowie [Cité générations in Onex](#) (29.5.2023).

<sup>19</sup> Diese Klassifizierung lehnt sich an die Arbeit von Katz et al. (2009) an, welche davon ausgeht, dass eine gute Versorgungsqualität mit drei Dimensionen in Zusammenhang steht: «(...) the degree of physicians' commitment, physicians' practice competencies, and the structure of the medical staff organization in which they practice, and the structure of the medical staff organization in which they practice» (S. 411). Im Unterschied dazu werden die Charakteristika in der vorliegenden Untersuchung jedoch auf kleinere, strukturelevante Einheiten heruntergebrochen, dies in der Annahme, dass diese Elemente allein oder in ihrer Summe zu qualitätsbeeinflussende Bedingungen führen.

**Typus 1 «Inhouse-Ärzte/-innen»:**<sup>20</sup> Charakteristisch ist die ausgeprägte Integration der Ärzte/-innen in die betrieblichen Strukturen der Alters- und Pflegeinstitutionen und, damit verbunden, die starke Präsenz der Ärzte/-innen im Institutionsalltag. In der Regel sind die Ärzte/-innen Angestellte der Institutionen, es kann jedoch auch sein, dass sie Angestellte eines Kantons, einer Gemeinde oder einer Stadt sind und in ihrem Auftrag den ärztlichen Dienst in den Institutionen wahrnehmen. Ebenfalls zu diesem Typus gezählt wird der Fall, bei dem eine Arztpraxis von der Institution selbst betrieben wird, auch wenn sie für externe Patienten/-innen offensteht. Die Zusammenarbeit ist schliesslich auf einem hohen Niveau formalisiert und strukturiert und die fachliche Spezialisierung (Geriatric, Langzeitpflege) ist eine bei der Anstellung geforderte Anforderung. Nebst den heimärztlichen Aufgaben sind die Ärzte/-innen in diesem Typus in der Regel auch die Behandelnden der meisten oder sogar aller Bewohnenden. Entsprechend ist die Anzahl involvierter Ärzte/-innen in der Institution tendenziell niedrig und die Anzahl der zu betreuten Bewohnenden pro Arzt/-ärztin hoch.

**Typus 2 «Mobile Ärzte/-innen»:**<sup>21</sup> In jüngerer Zeit trifft man zunehmend auf Unternehmen, welche die haus- und je nach Bedarf auch die heimärztliche Tätigkeit für Alters- und Pflegeinstitutionen in mobiler Art anbieten. Diese Unternehmen können eher im Sinne einer einzelnen Gruppenpraxis regional begrenzt in verschiedenen Institutionen tätig sein oder filialähnlich mehrere regionale Räume bedienen. Da es sich um institutionsexterne Organisationseinheiten handelt, welche die Institution punktuell aufsuchen und ihre Dienste erbringen, werden diese als mobile Ärzte/-innen bezeichnet. Zu diesem Typus gezählt wird grundsätzlich auch der Fall, bei dem Spitalärzte/-innen für die Institutionen haus- und allenfalls heimärztliche Dienste erbringen.<sup>22</sup> Auch bei diesem Typus ist die Zusammenarbeit stark formalisiert und strukturiert, jedoch sind die Ärzte/-innen nicht regulärer, dauerhafter Teil der Institution, was einen niedrigen Integrationsgrad zur Folge hat. Die Spezialisierung der Ärzte/-innen ist eher hoch, sind sie auf das Setting der Alters- und Pflegeinstitutionen und ihre Bewohnenden fachlich und prozessual ausgerichtet. In der Regel sind viele, wenn nicht gar alle Bewohnenden Patienten/-innen der mobilen Ärzte/-innen, sodass die Anzahl der zu betreuenden Bewohnende pro Arzt/-ärztin hoch ist.

**Typus 3 «Heimärzte/-innen im Nebenamt»:** Bei diesem Typus besteht zwischen der Institution und mindestens einer ärztlichen Person eine Zusammenarbeitsvereinbarung für die heimärztliche Tätigkeit. Im Unterschied zum Typus «Mobile Ärzte/-innen» nehmen die Ärzte/-innen die heimärztliche Tätigkeit nebenamtlich als Ergänzung zu einer meist hausärztlichen Tätigkeit wahr. Die Ausgestaltung der Zusammenarbeit lässt einen – je nach kantonalen Vorgaben mehr oder weniger – grossen Gestaltungsspielraum zu. Je nach Intensität und damit verbunden Strukturierung sowie Grad an Formalisierung der

---

<sup>20</sup> Der Einsatz von auf Geriatric spezialisierten Ärzten/-innen im Sinne dieses Typus erhält generell und international vergleichsweise viel Aufmerksamkeit im Rahmen der Versorgungsforschung (z.B. Katz, et al., 2009; Schols, et al., 2004; Haines, et al., 2020; Testa, et al., 2020). Diese Arbeiten kommen zum Schluss, dass solche Modelle positive Effekte z.B. auf die Hospitalisierungsrate aufweisen.

<sup>21</sup> Zu beachten ist, dass der hier beschriebene Typus «Mobile Ärzte/-innen» nicht mit den heute in der Schweiz verbreiteten mobilen notfallärztlichen Diensten gleichzusetzen ist. Letztere sind spezifisch auf die Abdeckung von Notfallsituationen ausserhalb der Praxisöffnungszeiten ausgerichtet und sind entsprechend als zusätzlicher, externer und spezialisierter ärztlicher Dienstleister zu verstehen. Mit Ausnahme des Typus «Inhouse Ärzte/-innen» nutzen alle Typen die mobilen Notfalldienste ergänzend für die Abdeckung der Notfallversorgung ausserhalb der Praxisöffnungszeiten.

<sup>22</sup> Wie bei der Typenanalyse zu sehen sein wird (s. Kap. 4.4), ist beim Anwendungsfall der spitalärztlichen Versorgung die Integration der Ärzte/-innen in die Institution sehr ausgeprägt, sodass sich dieser Fall ebenso dem Typus «Inhouse-Ärzte/-innen» zurechnen liesse. Gerade an diesem Fall zwischen den Typen zeigt sich die Bedeutung der räumlichen Nähe und Integration der Ärzte/-innen in den Institutionsalltag für die Qualität der medizinischen Versorgung.

Zusammenarbeit rücken die Praxisbeispiele dieses Typus in die Nähe des Typus «Inhouse-Heimärzte/-innen» auf der einen oder des Typus «Hausärzte/-innen» auf der anderen Seite. Im ersten Fall ist der/die Heimarzt/-ärztin die primäre Ansprechperson für die Institution und übernimmt zu einem grossen Teil die Betreuung der Bewohnenden, was tendenziell einen höheren Grad an Formalisierung der Zusammenarbeit und Integration in den Institutionsbetrieb nach sich zieht; im zweiten Fall ist der/die Heimarzt/-ärztin nur sehr begrenzt für die Institution und allenfalls die Bewohnenden zuständig, die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Hausärzten/-innen der Bewohnenden ist dagegen dominant. Es gelten in diesem zweiten Fall sodann vermehrt die Charakteristika, wie sie im Typus «Hausärzte/-innen» beschrieben werden.

**Typus 4 «Hausärzte/-innen»:** Bei diesem Typus gibt es keine heimärztliche Betreuungsperson. Dies heisst auf der einen Seite, dass jede/-r Bewohnende eine/-n eigene/-n Hausarzt/-ärztin hat, der/die sodann die medizinische Betreuung übernimmt. Das fachliche Knowhow der Hausärzte/-innen im Bereich Geriatrie und stationäre Langzeitpflege ist abhängig von den einzelnen Hausärzten/-innen, ihrer praktischen Erfahrung und fachlichen Weiterbildung. Tendenziell sind in diesem Typus viele Ärzte/-innen in die medizinische Grundversorgung in der Institution involviert, parallel dazu hat jede/-r Arzt/Ärztin wenige Bewohnende, die er/sie betreut. Die Ausgestaltung der Zusammenarbeit lässt jedoch einen gewissen Gestaltungsspielraum zu: Die Zusammenarbeit kann sich auf einige wenige Hausärzte/-innen z.B. in Gruppenpraxen fokussieren. Dies kann entweder ein bewusster Schritt der Institutionen zur Vereinfachung der Zusammenarbeit oder aber Folge einer kleinen oder fehlenden Auswahl an Hausärzten/-innen in der Region sein. In diesem Fall wird die Wahrscheinlichkeit einer Formalisierung und Strukturierung der Zusammenarbeit grösser und es kann eine strukturelle Nähe zum Typus «Heimarzt/-ärztin im Nebenamt» entstehen.

### 4.3 Anforderungen an die Qualität der medizinischen Grundversorgung

In diesem Kapitel wird der Frage nachgegangen, was es braucht, damit die medizinische (ärztliche) Grundversorgung für Bewohnende der Alters- und Pflegeinstitutionen eine gute Qualität aufweist und welche Muss-Anforderungen an die Grundversorgung sich daraus ableiten lassen.

#### 4.3.1 Theoretischer Anknüpfungspunkt: Nationale Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung

Als theoretischer Bezugsrahmen dient die Nationale Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2022). Diese in die gesundheitspolitische Oberstrategie Gesundheit 2030 eingebettete Qualitätsstrategie zielt auf eine Verbesserung der Qualität der Leistungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). In diesem Sinn wird sie die Qualitätsentwicklung auch in den stationären Langzeiteinrichtungen in den nächsten Jahren massgeblich beeinflussen.

Mit Rückgriff auf die Definition des *Institute of Medicine* (IOM) steht die folgende Qualitätsdefinition im Mittelpunkt der Qualitätsstrategie: «Die Qualität der Leistungen ist ein Mass dafür, wie sehr diese Leistungen für Individuen und Bevölkerungsgruppen die Wahrscheinlichkeit erwünschter Gesundheitsergebnisse erhöhen und dem aktuellen Fachwissen entsprechen» (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2022, S. 22).

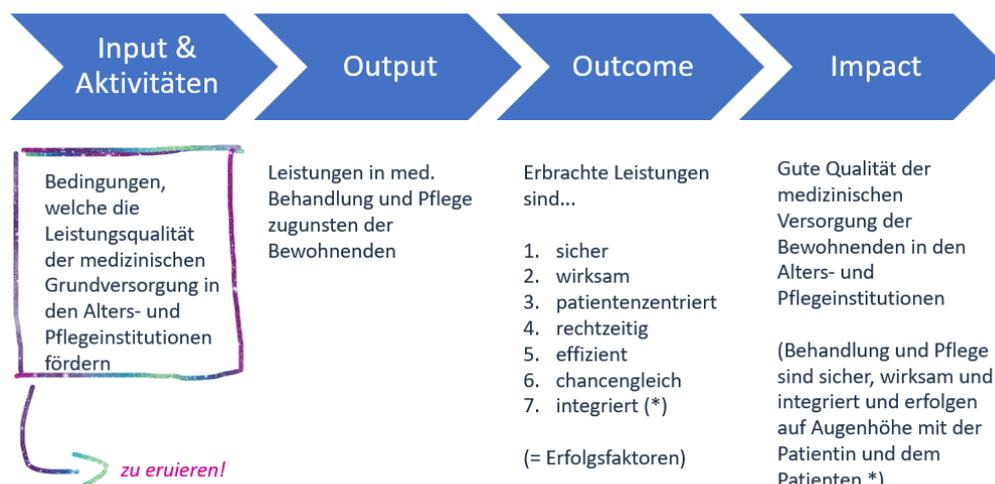
Die Qualitätsstrategie formuliert die folgenden sieben Qualitätsdimensionen (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2022, S. 23):

1. **Sicher:** Schaden vermeiden für Patientinnen und Patienten durch Leistungen, die ihnen helfen.
2. **Wirksam:** Auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende Leistungen für all jene erbringen, für die sie von Nutzen sind. Ist die Wahrscheinlichkeit eines Nutzens gering, ist auf die Leistung zu verzichten.
3. **Patientenzentriert:** Leistungen erbringen, welche die Personen, für die sie bestimmt sind, respektieren sowie ihre Präferenzen, Bedürfnisse und Werte achten.
4. **Rechtzeitig:** Leistungen zum Zeitpunkt erbringen, zu dem sie erforderlich und wirksam sind. Vermeidbare Wartezeiten reduzieren.
5. **Effizient:** Verschwendung und missbräuchliche Praxis vermeiden.
6. **Chancengleich:** Leistungen erbringen, die sich nicht aufgrund persönlicher Merkmale wie Geschlecht, Ethnie, Religion, Wohnort oder sozioökonomische Zugehörigkeit unterscheiden.
7. **Integriert:** Eine zwischen den verschiedenen Ebenen und Leistungserbringern koordinierte Behandlung und Pflege erbringen. Es gilt, über alle Lebensabschnitte die gesamte Palette an Leistungen zur Verfügung zu stellen. Die Koordination unter den Leistungserbringern ist optimal abzustimmen – im Sinne von «Leistungen aus einer Hand».

Die sieben Qualitätsdimensionen lehnen sich an die ursprüngliche Definition des IOM an, ergänzt durch die in jüngerer Zeit von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingeführte Dimension der Integration.

Als Prädiktoren für die Qualität der medizinischen Leistungen (BAG 2022, S. 27) werden diese sieben Qualitätsdimensionen für die Ermittlung der wesentlichen Kriterien für eine gute medizinische (ärztliche) Grundversorgung in den Alters- und Pflegeinstitutionen herangezogen.

Zur besseren Verständlichkeit wird der Zusammenhang anhand eines Wirkungsmodelles aufgezeigt:



Quelle: Eigene Darstellung

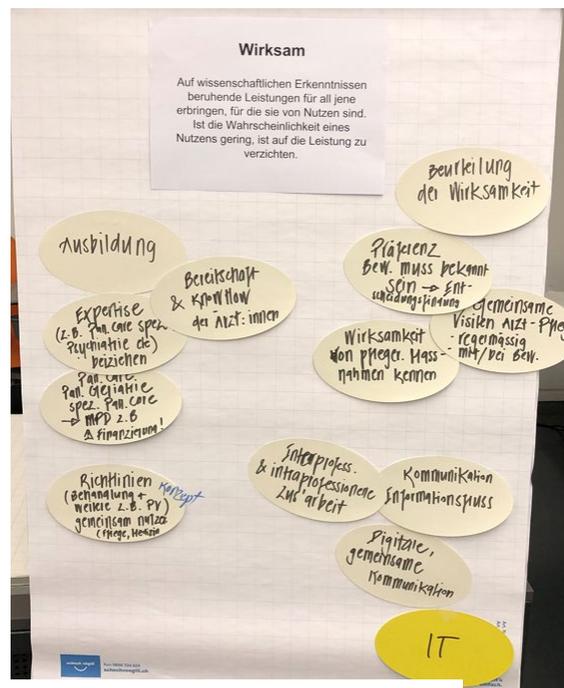
(\*) Quelle: BAG, 2022, Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung [Qualitätsstrategie], insb. S. 23

Das Endziel (Impact) ist eine gute medizinische Versorgungsqualität für die Bewohnenden der Alters- und Pflegeinstitutionen im Sinne der Definition der Qualitätsstrategie, d.h. eine Versorgung, welche den Kriterien sicher, wirksam, integriert und auf Augenhöhe mit den Patienten/-innen entspricht. Die sieben Qualitätsdimensionen (Outcome) beeinflussen diesen

Impact. In diesem Sinne fungieren sie gewissermassen – um sich einem Begriff aus der Betriebswirtschaftslehre zu bedienen – als «Erfolgsfaktoren» für die Erreichung einer guten Versorgungsqualität in den Institutionen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit interessiert die Frage, was es an Aktivitäten und Input konkret braucht, damit diese Erfolgsfaktoren erreicht werden können.

#### 4.3.2 Die fünf Dimensionen von Qualitätsanforderungen an die medizinische (ärztliche) Grundversorgung in den Alters- und Pflegeinstitutionen

Das im Rahmen der Fokusgruppendifkussion mit den Experten/-innen gesammelte Datenmaterial bestand aus dem Transkript der Plenumsdiskussion und den durch die Kleingruppen erarbeiteten und präsentierten Flipcharts. Exemplarisch ist zur Illustration nachfolgend das Flipchart zur Qualitätsdimension «wirksam» dargestellt:



Quelle: Eigenes Foto

Bei der Auswertung zeigte sich, dass sich die Qualitätsdimensionen gegenseitig bedingen und eine trennscharfe Abgrenzung der Bedingungen nach Qualitätsdimension nicht sinnvoll ist. Entsprechend wurde eine Neuordnung der Aussagen in Themenfeldern vorgenommen. Pro Themenfeld wurden die ermittelten Aussagen sodann als Zielvorgaben formuliert. Dieser Schritt kann in Anlehnung an Przyborski & Slunecko (2020) als Teil einer «reflektierenden Interpretation» gesehen werden: «Rekonstruiert werden hier (Handlungs-)Orientierungen. Damit sind Sinnmuster gemeint, die zwar unterschiedliche, aber gleichwohl strukturidentische Handlungen hervorbringen» (Przyborski & Slunecko, 2020, S. 546).

Das Schlussergebnis ist eine Zusammenstellung von insgesamt 18 als Ziele formulierten Muss-Anforderungen an die medizinische (ärztliche) Grundversorgung in den Alters- und Pflegeinstitutionen. Damit diese sich im Rahmen der Fokusgruppen mit Vertreter/-innen der Versorgungstypen summarisch diskutieren liessen, wurden sie in insgesamt fünf Dimensionen von Qualitätsanforderungen an die medizinische (ärztliche) Grundversorgung in den Alters- und Pflegeinstitutionen eingeteilt:

**Fachlichkeit:** Zentral für die Versorgungsqualität ist, dass die für die Bewohnenden und Institutionen tätigen Ärzte/-innen über geriatrische Fachexpertise verfügen. Dazu gehört

insbesondere, aber nicht abschliessend, Wissen und Know-how zu den Themen Palliative Care, Advanced Care Planning, Psychogeriatric, Pharmazie/Pharmakologie, Gesundheitsförderung und Prävention. Ist die Fachlichkeit vorhanden, hat dies unmittelbar Einfluss auf die Lebensqualität der Bewohnenden, indem etwa potenziell inadäquate Medikation vermieden oder ein optimales Schmerzmanagement möglich werden. Zur Fachlichkeit gehört zudem, dass die Ärzte/-innen mit anderen spezialisierten externen Gesundheitsfachpersonen oder -diensten zusammenarbeiten, was impliziert, dass diese über ein entsprechendes Netzwerk verfügen und dieses auch aktivieren, falls dies angezeigt ist. Zudem werden auf die geriatrische Langzeitpflege angepasste Instrumente zur Einschätzung des Gesundheitszustands und zur Evaluation der Wirksamkeit von medizinischen Massnahmen angewendet. Bewohnende in Alters- und Pflegeinstitutionen sind in der Regel in höherem Mass pflegebedürftig, und ihr Gesundheitszustand kann sich rasch ändern. Um unerwünschte Spitaleinweisungen zu vermeiden, sind vorausschauende Massnahmen zur Stabilisierung und Förderung von Lebensqualität und zur Vermeidung von Notfallsituationen wichtig.

**Erreichbarkeit und Präsenz:** Der Zugang zu ärztlichen Dienstleistungen zum richtigen Zeitpunkt ist das Thema dieser Dimension. Ärzte/-innen sollten einerseits während den Praxisöffnungszeiten erreichbar sein, was auch die Ansprechbarkeit (Reaktion) und die Termintreue sowie das Vermeiden von unnötigen Wartezeiten umfasst. Andererseits muss ein Notfalldienst im Sinne eines Hintergrunddienstes ausserhalb der Praxisöffnungszeiten vorhanden sein, welcher innert nützlicher Frist reagiert, wenn er angefordert wird. Und schliesslich sind regelmässige Vor-Ort-Visiten in einer dem Gesundheitszustand adäquaten Frequenz wesentlich. Auch Personen, deren Gesundheitszustand noch (nicht) auffällig ist und/oder die ihre Bedürfnisse nicht selbst äussern können, muss ärztliche Fürsorge zukommen. Man denke hier an die bei der Fachlichkeit erwähnten vorausschauenden Massnahmen.

**Koordination:** Bei der Koordination geht es darum, dass die verschiedenen bei der Behandlung zusammenarbeitenden Fachpersonen, darunter auch die Ärzte/-innen, ein auf gemeinsame Ziele gerichtetes Handeln an den Tag legen. Für eine optimale Koordination sollten in der Institution interdisziplinär und interprofessionell ausgerichtete, für die gesamte Institution geltende Leitlinien oder Konzepte zur medizinisch-pflegerischen Versorgung der Bewohnenden bestehen. Diese umfassen insbesondere Themen wie Sturzprävention, palliative Massnahmen, Umgang in Reanimations- und Zwangsmassnahmen, Notfallkonzepte und -medikation, Sterbehilfe, Hygienestandards, Infektionskontrolle. Weiter ist für die Koordination essenziell, dass die Zuständigkeiten und Befugnisse innerhalb des Behandlungsteams klar geregelt sind und dass gemeinsame Regeln der Kommunikation bestehen. Idealerweise sollte der Behandlungs- und Betreuungsplan des/der Bewohnenden für das ganze Behandlungsteam das zentrale Planungs- und Kommunikationsinstrument sein.

**Kommunikation und Zusammenarbeit:** Zentral für diese Dimension ist das Vorhandensein einer lückenlosen Dokumentation, zu der das ganze Behandlungsteam, also auch die Ärzte/-innen, Zugang hat und auch von allen genutzt wird. Weiter ist wesentlich, dass sich das Behandlungsteam zu den Bewohnenden austauscht und regelmässig Teambesprechungen durchführt. Hier ist eine Schnittstelle zu den bei der Erreichbarkeit und Präsenz erwähnten Vor-Ort-Visiten vorhanden. Und schliesslich ist eine gute Kommunikation und Zusammenarbeit davon abhängig, dass sich das Behandlungsteam auf Augenhöhe begegnet und der Umgang konstruktiv und wertschätzend ist, aber auch dass in die

Fähigkeit der anderen vertraut wird. Beim zuletzt genannten Punkt ist wiederum die Fachlichkeit wichtig: Fachlichkeit erhöht das Vertrauen in die Kompetenzen. Dies gilt sowohl für die Seite der Ärzteschaft als auch für die Seite der Pflege.

**Personenzentrierung:** Eine grundlegende Offenheit und Toleranz gegenüber den Bewohnenden und ihren individuellen Präferenzen und Lebensstilen bildet das Rückgrat dieser Dimension. Behandlungsziele und -Massnahmen sind daran auszurichten. Weiter umfasst die Personenzentrierung, dass eine gesundheitliche Vorausplanung (Advanced Care Planning, ACP) erstellt und regelmässig aktualisiert wird und dass das gesamte Behandlungsteam Zugang zu dieser Planung hat. Weiter werden die Bewohnenden sowie gegebenenfalls weitere wichtige Bezugspersonen (Angehörige, Pflegende, Behörden) von den Ärzten/-innen bei der Entscheidungsfindung einbezogen, werden aber auch sorgfältig informiert, damit sie zu einer autonomen Entscheidungsfindung fähig sind. Weiter sollen die eingeleiteten medizinischen und pflegerischen Massnahmen regelmässig auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden, wobei insbesondere der von den Bewohnenden wahrgenommene Nutzen im Zentrum stehen muss.

Die fünf Dimensionen und die insgesamt 18 Zielsetzungen (Muss-Anforderungen) sind im Detail im Anhang 7.1 einzusehen. Sie dienen als Basis für die Typenanalyse.

#### 4.4 Typenanalyse

Die dritte Unterfrage nimmt die eruierten vier Typen der medizinischen (ärztlichen) Grundversorgung in den Alters- und Pflegeinstitutionen in den Blick: untersucht wird, welche Aspekte der einzelnen Versorgungstypen für die Erreichung der Muss-Anforderungen förderlich oder hinderlich sind und wo typenspezifischer Handlungsbedarf besteht. Pro Typus wurde je eine Fokusgruppendifkussion mit Praxisvertreter/-innen der Modelle durchgeführt.

##### 4.4.1 Typus «Inhouse-Ärzte/-innen»

Dieser Typus umfasst Institutionen, welche selbst Ärzte/-innen anstellen. Diese übernehmen sodann sowohl die hausärztliche Betreuung der Bewohnenden als auch die heimärztlichen Aufgaben im Sinne übergeordneter Aufgaben auf Institutionsebene. Eine Beschreibung aller Charakteristika dieses Typus ist in Kap. 4.2 zu finden.

###### 4.4.1.1 Teilnehmende Typus «Inhouse-Ärzte/innen»

**Praxisbetrieb 1:** Öffentlich-rechtliche Alters- und Pflegeinstitution mit rund 200 stationären Plätzen an zwei Standorten sowie zwei Pflegewohnungen. Die Institution hat derzeit fünf Ärzte/-innen angestellt, davon eine Person mit chefarztlicher Funktion, zwei Personen mit oberärztlicher Funktion und zwei Assistenzärzte/-innen. Das Ärzteteam ist sowohl für die medizinische Betreuung der Bewohnenden als auch auf Institutionsebene für die heimärztliche Betreuung zuständig. Die Inhouse-Ärzte/-innen sind unter der Woche von 8.00 Uhr bis 17.00 Uhr vor Ort. Ausserhalb dieser Zeiten und am Wochenende arbeitet die Institution mit einem externen mobilen Notfall-Dienst über telemedizinische Anwendungen zusammen. Für Fälle, welche eine ärztliche Vor-Ort-Präsenz erfordern (z.B. Bescheinigung von Todesfällen) wird auf die mobilen SOS-Ärzte zurückgegriffen. Die Bewohnenden sind alle Patienten/-innen der Inhouse-Ärzte/-innen.

**Praxisbetrieb 2:** Alters- und Pflegeinstitution mit rund 500 stationären Plätzen und sechs Standorten, organisiert als gemeinnützige Stiftung. Die Institution hat derzeit sechs Ärzte/-innen, darunter eine Person in Facharztweiterbildung, angestellt. Pro Standort ist mindestens eine ärztliche Bezugsperson stationiert. Das Ärzteteam ist sowohl für die medizinische

Betreuung der Bewohnenden als auch für die heimärztliche Betreuung zuständig. Die Inhouse-Ärzte/-innen sind unter der Woche von 8.00 Uhr bis 17.00 Uhr vor Ort und bis 19.00 Uhr telefonisch erreichbar. Für Notfälle ausserhalb dieser Zeiten und am Wochenende hat die Institution einen Vertrag mit einem lokalen Spital zur Sicherstellung der Notfallversorgung abgeschlossen. Mit wenigen Ausnahmen – insbesondere in der Akut- und Übergangspflege – sind die Bewohnenden Patienten/-innen der Inhouse-Ärzte/-innen.

**Praxisbetrieb 3:** Alters- und Pflegeinstitution mit rund 300 stationären Plätzen, organisiert als Verein. Die Institution hat derzeit fünf Ärzte/-innen angestellt, davon eine Person mit chefarztlicher Funktion und ihre Vertretung sowie drei Personen mit oberärztlicher Funktion. Zusammen mit drei klinischen Fachspezialisten/-innen bilden sie den medizinischen Dienst, der sowohl für die medizinische Betreuung der Bewohnenden als auch auf Institutionsebene für die heimärztliche Betreuung zuständig ist. Ein/-e Arzt/-ärztin ist unter der Woche von 8.00 Uhr bis 17.00 Uhr vor Ort. Nachts und am Wochenende organisiert sich der medizinische Dienst als Pikettdienst mit telefonischer Erreichbarkeit. Die Bewohnenden sind alle Patienten/-innen der Inhouse-Ärzte/-innen.

**Vertretene Kantone:** 1 x Aargau, 1 x Bern, 1 x Zürich

**Teilnehmer/-innen:**

- Geschlecht: 3 x weiblich, 1 x männlich
- Funktion: 2 x Bereichsleitungen Pflege (und Betreuung), 2 x Arzt/Ärztin
- In dieser Funktion in der Institution tätig seit:
  - ein bis fünf Jahren: 2 x
  - sechs bis zehn Jahren: 1 x
  - über zehn Jahren: 1 x
- Alter in Jahren:
  - 30 bis 34: 1 x
  - 45 bis 49: 1 x
  - 55 bis 59: 2 x

#### 4.4.1.2 Ergebnisse Typus «Inhouse-Ärzte/innen»

**Fachlichkeit:** Die Fachlichkeit wird von allen Diskussionsteilnehmenden als sehr hoch eingeschätzt. In den Institutionen werden die verschiedenen relevanten Fachrichtungen im ärztlichen Team abgedeckt, insbesondere Palliative Care und Geriatrie, in einer Institution ist auch die Anästhesiologie vertreten. Diese Fachlichkeit steht im Zusammenhang mit der Spezialisierung der drei Institutionen für anspruchsvolle Pflegesituationen (z.B. demenzielle Erkrankungen, Hospiz, Respiratorische Erkrankungen).

In der Gruppe ist man sich einig, dass Konstanz beim Behandlungsteam zentral für die Fachlichkeit ist: eine hohe Fluktuation bei den Ärzten/-innen kann ebenso schwierig sein wie im Pflorgeteam. In einer Institution wird berichtet, dass der häufige Wechsel der Assistenzärzte/-innen für das Pflorgeteam schwierig sei, denn dieses habe gewisse fachliche Erwartungen an die Ärzte/-innen. Nach jedem Wechsel muss die Fachlichkeit wieder neu aufgebaut werden. Aus einer anderen Institution wird berichtet, dass sie diese Schwierigkeit durch den Einsatz von klinischen Fachspezialisten/-innen als Teil des ärztlichen Teams gelöst haben: diese würden heute nahezu alle Tätigkeiten ausführen, welche in der Vergangenheit durch Assistenzärzte/-innen übernommen worden sind. In diesem Fall ist die Fluktuation im Pflorgeteam das grössere Thema: das (stabile) ärztliche Team hat

Erwartungen an die Pflege, die aufgrund der personellen Situation nicht immer erfüllt werden können.

**Erreichbarkeit und Präsenz:** Die Erreichbarkeit der Ärzte/-innen sowohl am Tag als auch in der Nacht und an den Wochenenden wird in allen Fällen als sehr gut eingeschätzt, der Einsatz von mobilen notfallärztlichen Diensten ist die Ausnahme. In einem Fall wird in der Nacht sowie am Wochenende mit einem mobilen Dienstleister im Rahmen der Telemedizin zusammengearbeitet.

In allen Institutionen existieren fixe Sitzungsgefässe und teilweise tägliche Triage-Sitzungen zwischen Ärzten/-innen und Pflegenden. In einem Fall wird von Visiten auf den Abteilungen alle drei Monate berichtet, bei den alle Bewohnenden besucht werden.

Die ausgeprägte Präsenz durch die häufigen Vor-Ort-Visiten vermittelt sowohl für die Bewohnenden als auch die Pflegenden Sicherheit. Die Diskussion zeigte aber auch, dass dies eine Kehrseite haben kann: das Pflorgeteam komme häufig schon sehr früh mit Fragen auf die Ärzte/-innen zu, die Selbstständigkeit drohe verloren zu gehen (s. auch Dimension «Kommunikation und Zusammenarbeit»).

**Koordination:** Von allen Teilnehmenden wird berichtet, dass übergeordnete und für das gesamte Behandlungsteam geltende Konzepte und Leitlinien vorhanden sind. Insbesondere Konzepte oder Leitlinien, welche im Alltag häufig anzutreffende Themen betreffen, werden genutzt. Wichtig sei, so eine Rückmeldung, dass die Hilfestellungen «bottom-up» entstehen und reale Situationen adressieren.

In allen Institutionen nimmt die Arbeit an gemeinsamen Pflege- und Therapiezielen und, damit verbunden, der regelmässige Austausch im gesamten Behandlungsteam einen wichtigen Stellenwert ein. Eine Person berichtet beispielsweise, dass in ihrer Institution das Behandlungsteam alle 14 Tage die Pflege- und Therapieziele gemeinsam bespricht, wobei die Gespräche dokumentiert werden. Von einer anderen Person wird berichtet, dass interdisziplinäre Austauschtreffen existieren, bei denen nebst den pflegerischen und ärztlichen Fachpersonen auch z.B. Seelsorger/-innen und Physiotherapeut/-innen teilnehmen. Einen gemeinsamen Behandlungs- und Betreuungsplan wird von zwei Institutionsvertretenden als vorliegend bejaht.

**Kommunikation und Zusammenarbeit:** In allen Institutionen existiert eine gemeinsame elektronische Dokumentation. Insbesondere, dass diese auch von daheim aus von den Ärzten/-innen genutzt werden kann, erleichtere die Arbeit sehr. Eine Herausforderung könne indes im Zusammenhang mit dem Patientengeheimnis auftreten: Gerade wenn Bewohnende dem/-r Arzt/Ärztin etwas anvertrauen, das er/sie nicht mit anderen aus dem Behandlungsteam besprechen wolle, stosse die auf Transparenz angelegte Dokumentation an eine Grenze. Man weise neue Bewohnende aber auch darauf hin, dass man in der Institution grundsätzlich als Team unterwegs sei und dass der Austausch daher wichtig ist.

Wie schon bei der Dimension «Erreichbarkeit und Präsenz» beschrieben, existiert in allen drei Institutionen eine ausgeprägte Kultur des Austausches zu Bewohnenden sowie zur Zusammenarbeit im Allgemeinen. Entsprechend gibt es zahlreiche Austauschgefässe, sowohl auf Ebene des behandelnden Teams als auch zwischen den Leitungspersonen der Pflege und des ärztlichen Diensts.

Die Diskussionsteilnehmenden berichteten alle, dass die ausgeprägte Präsenz der Ärzte/-innen zur Folge habe, dass das Pflorgeteam tendenziell früh mit Fragen auf die Ärzte/-innen zukomme und dass die Selbstständigkeit verloren gehen könne. Eine Person berichtet, sie

hätten Mitarbeitenden explizit geschult, welche Kompetenzen von welchen Fachperson wahrgenommen werden sollen. Man weise sich nun auch im alltäglichen Miteinander darauf hin, und zwar auf eine wohlwollende Art und Weise. Gerade auch der regelmässige Austausch ermögliche es, die Rollen und Zuständigkeiten zu reflektieren.

Generell berichten die Teilnehmenden, dass der Umgang zwischen Ärzten/-innen und Pflege wertschätzend und auf Augenhöhe sei. Dies hänge auch damit zusammen, dass man eng zusammenarbeite und gemeinsame Ziele verfolge. Und schliesslich seien sie alle Angestellte derselben Institution, das bedinge eine gemeinsame Haltung und ein gemeinsames Pflegeverständnis. Es sei für neue Kollegen/-innen wichtig, sie in diese gemeinsame Kultur und den Umgang miteinander einzuführen.

**Personenzentrierung:** Die Diskussionsteilnehmenden berichten, dass die Individualität der Bewohnenden sehr hoch geschrieben wird. Schon beim Eintrittsgespräch, so ist sich die Diskussionsgruppe einig, werden Themen wie Vorsorgeauftrag, Patientenverfügung, Advanced Care Planning thematisiert. Auch der Einbezug der Angehörigen wird in allen Fällen als gegeben beurteilt. Eine Rückmeldung aus der Gruppe war, dass die Ärzte/-innen auch den Angehörigen telefonisch für Fragen zur Verfügung stehen.

Eine Überprüfung bzw. Evaluation der angesetzten medizinischen Massnahmen findet seitens Pflege standardmässig statt, hier helfe die gemeinsame elektronische Dokumentation, da entsprechende Aufgaben zur Überprüfung hinterlegt werden können. Ein Einwand war, dass bei den Ärzten/-innen die Überprüfung manchmal vergessen gehen könne. Es helfe, dass sie täglich eine problemorientierte Visite durchführen, da erfolge eine gewisse Überprüfung der Massnahmen automatisch.

#### 4.4.1.3 Synthese Typus «Inhouse-Ärzte/innen»

##### Qualitätsfördernde Aspekte des Typus:

- Die Fachlichkeit ist sehr ausgeprägt und auf den spezifischen Bedarf der Institution ausgerichtet.
- Es besteht eine sehr gute Erreichbarkeit am Tag, aber auch während der Nacht und am Wochenende ist die Versorgung garantiert, in der Regel durch Ärzte/-innen, welche die Bewohnenden kennen. Dies gibt den Pflegenden und Bewohnenden Sicherheit.
- Es finden regelmässige Vor-Ort-Visiten in hoher Frequenz statt. Zudem werden die Bewohnenden vorausschauend betreut (generelle Visiten bei allen Bewohnenden).
- Eine Vielzahl verschiedener Austauschgefässe zwischen den Pflegenden und den Ärzten/-innen und teilweise auch anderen im Behandlungsprozess involvierten Personen ist vorhanden.
- Die Ärzte/-innen und Pflegenden orientieren sich an übergeordneten Konzepten und Leitlinien, die für die gesamte Institution gelten.
- Es bestehen gemeinsame Pflege- und Therapieziele und teilweise gemeinsame Behandlungs- und Betreuungspläne.
- Eine gemeinsame elektronische Dokumentation wird genutzt, was den Informationsfluss und ein koordiniertes Vorgehen unterstützt.
- Die Ärzte/-innen teilen die Kultur und Haltung der Institution und sie verstehen sich als Teil des Behandlungsteams, in dem man sich gegenseitig in der Fachlichkeit ergänzt. Der Umgang miteinander ist wertschätzend.

### Qualitätshemmende Aspekte des Typus:

- Die Verfügbarkeit der Ärzte/-innen kann dazu verleiten, dass die Pflegenden ihren Kompetenzspielraum nicht nutzen.
- Die ausgeprägte Kultur des Austausches, welche sich auch in der gemeinsam genutzten elektronischen Dokumentation spiegelt, kann für das Patientengeheimnis problematisch sein.
- Der Einsatz häufig wechselnder Assistenzärzte/-innen bringt einen wiederkehrenden Verlust an Fachlichkeit mit sich.<sup>23</sup>

### Typusspezifische Empfehlungen:

- Die Stabilität des ärztlichen Teams sowie der Pflegenden ist wichtig für den Aufbau und Erhalt der Fachlichkeit. Klinische Fachspezialisten/-innen können das ärztliche Team sinnvoll ergänzen und Entlastung und Stabilität in das medizinisch-ärztliche Team bringen.
- Entlastung für die Ärzte/-innen im Einsatz in der Nacht und an Wochenenden könnte über eine Vereinbarung mit einem Lokalspital oder den Einsatz von Telemedizin erreicht werden.
- Die Anstellung von Ärzten/-innen ist finanziell, aber auch im Hinblick auf den allgemeinen Hausärztemangel eine grosse Herausforderung, der sich nur sehr grosse Institutionen stellen können. Kleinere Institutionen könnten sich jedoch zu Gemeinschaften zusammenschliessen, die gemeinsam Ärzte/-innen anstellen und so interessante Skaleneffekte erzielen.

#### 4.4.2 Typus «Mobile Ärzte/-innen»

Bei diesem Typus arbeiten die Institutionen mit Dienstleistungsunternehmen zusammen, welche auf den mobilen ärztlichen Dienst in Alters- und Pflegeinstitutionen spezialisiert sind. Die Ärzte/-innen sind Angestellte dieser Unternehmen. Sie bringen ihre ärztliche Expertise zugunsten der Bewohnenden im Sinne von Hausärzten/-innen und je nachdem auch in der Funktion von Heimärzten/-innen in die Institution und verlassen diese nach getaner Arbeit wieder. Eine Beschreibung aller Charakteristika dieses Typus ist in Kap. 4.2 zu finden.

##### 4.4.2.1 Teilnehmende Typus «Mobile Heim-/Hausärzte/-innen»

**Praxisbetrieb 1:** Alters- und Pflegeinstitutionen mit rund 200 stationären Plätzen, organisiert als Stiftung. Die Institution arbeitet mit einem auf Altersfragen spezialisierten Kompetenzzentrum eines Privatspitals zusammen: Ein/-e Assistenzarzt/-ärztin übernimmt jeweils für zwei bis drei Monate die medizinische Betreuung der Bewohnenden sowie die heimärztliche Funktion; er/sie ist täglich von 8.00 bis 17.00 Uhr in der Institution präsent. Eine chefarztliche Betreuungsperson des Spitals übernimmt die fachliche Begleitung der auszubildenden Ärzte/-innen und ist ebenfalls einen halben Tag pro Woche in der Institution anwesend. Nahezu alle Bewohnenden sind Patienten/-innen der Spitalärzte/-innen. Die Notfallversorgung unter der Woche und am Wochenende sowie in der Nacht wird ebenfalls über das Spital abgedeckt.

**Praxisbetrieb 2:** Alters- und Pflegeinstitution rund 60 stationären Plätzen, organisiert als Stiftung. Die Institution arbeitet mit einem auf mobile ärztliche Dienstleistungen für Alters- und Pflegeinstitutionen spezialisierten Dienstleistungsunternehmen zusammen. Die meisten Bewohnenden sind bei diesen mobilen Ärzten/-innen Patienten/-innen. Alle 14 Tage finden

---

<sup>23</sup> Diese Erfahrung wurde auch beim Fall der spitalärztlichen Versorgungsstruktur im Rahmen des Typus «Mobile Ärzte/-innen» berichtet (s.u.).

Vor-Ort-Visiten statt, wobei in der Regel immer der-/dieselbe Arzt/Ärztin in der Institution tätig ist. Die mobilen Ärzte/-innen sind für Notfälle unter der Woche und während des Tages erreichbar, in der Nacht und am Wochenende wird auf einen (anderen) mobilen Notfalldienst zurückgegriffen. Zusätzlich zu den mobilen Diensten verfügt die Institution noch über eine heimärztliche Betreuungsperson, welche vor dem Einsatz der mobilen Dienste auch die medizinische Versorgung der Bewohnenden übernommen hat.

**Praxisbetrieb 3:** Alters- und Pflegeinstitution mit rund 30 stationären und 75 ambulanten Plätzen mit einer privatrechtlichen Eigentümerin (einfache Gesellschaft). Die Institution arbeitet mit einem auf mobile ärztliche Dienstleistungen für Alters- und Pflegeinstitutionen spezialisierten Dienstleistungsunternehmen zusammen. Rund ein Viertel aller Bewohnenden und fast alle Bewohnenden des stationären Settings sind Patienten/-innen der mobilen Ärzte/-innen. Einmal pro Woche findet eine Vor-Ort-Visite statt, wobei in der Regel immer dieselbe ärztliche Betreuungsperson des mobilen Diensts in der Institution tätig ist. Der mobile Dienstleister stellt einen 24-Stunden-Dienst an sieben Tagen die Woche sicher, wobei er wiederum mit einem (anderen) mobilen Notfalldienst zusammenarbeitet.

**Praxisbetrieb 4:** Alters- und Pflegeinstitution mit rund 60 stationäre und 60 ambulanten Plätzen, organisiert als Aktiengesellschaft. Die Institution arbeitet mit einem auf mobile geriatrische und palliative ärztliche Dienstleistungen für Alters- und Pflegeinstitutionen spezialisierten Dienstleistungsunternehmen zusammen. Dieselbe ärztliche Betreuungsperson des mobilen Diensts ist sowohl für den heimärztlichen- als auch für den hausärztlichen Bereich zuständig. Rund ein Drittel der Bewohnenden ist Patient/-in des mobilen Dienstes, rund zwei Drittel der Bewohnenden verfügen über andere Hausärzte/-innen. Einmal pro Woche findet eine Vor-Ort-Visite statt, wobei in der Regel immer dieselbe ärztliche Betreuungsperson des mobilen Diensts in der Institution tätig ist. Die mobilen Ärzte/-innen sind sodann auch für Notfälle unter der Woche tagsüber erreichbar, in der Nacht und am Wochenende wird auf einen (anderen) mobilen Notfalldienst zurückgegriffen.

**Vertretene Kantone:** 2 x Bern, 2 x Zürich

**Teilnehmer/-innen:**

- Geschlecht: 2 x weiblich, 2 x männlich
- Funktion: 3 x Bereichsleitungen Pflege (und Betreuung), 1 x Pflegeexpertin APN-CH
- In dieser Funktion in der Institution tätig seit:
  - weniger als einem Jahr: 1 x
  - ein bis fünf Jahren: 2 x
  - sechs bis zehn Jahren: 1 x
- Alter in Jahren:
  - 35 bis 39: 1 x
  - 45 bis 49: 3 x

#### 4.4.2.2 Ergebnisse Typus «Mobile Ärzte/-innen»

**Fachlichkeit:** Die Fachlichkeit der mobilen Ärzte/-innen wird von allen Diskussionsteilnehmenden als hoch eingeschätzt, insbesondere im direkten Vergleich zur Fachlichkeit der anderen für die Bewohnenden zuständigen Hausärzte/-innen. Sie wird als besonders hoch eingeschätzt, wenn Geriater/-innen bei den mobilen Diensten tätig sind, was aber nicht bei jedem Anbieter der Fall ist. Eine Besonderheit ist bei der Betreuung durch Spitalärzte/-innen erkennbar: Hier ist die Fachlichkeit, aber auch die Kontinuität der Fachlichkeit durch die betreuende chefarztliche Person gegeben, die sich vor Ort

befindenden Ärzten/-innen befinden sich dagegen in Lehrsituationen, d.h. ihre Fachlichkeit und Routine ist häufig erst im Aufbau begriffen, und zudem verlassen die Ärzte/-innen in dieser Variante nach einigen Monaten die Institution wieder. Daraus können sich teilweise schwierige Situationen für die Pflegenden und die Bewohnenden ergeben (Wechsel Bezugsperson, immer wieder Einarbeitung der neuen Ärzte/-innen). Die ärztliche Fachlichkeit, so zeigt die Diskussion, hängt aber auch mit der Fachlichkeit der Pflege zusammen. Gerade bei Personalwechsel oder Vertretungen könne die Pflege sodann eine gewisse Kontinuität der geriatrischen Fachlichkeit sicherstellen.

Das Vorhandensein vorausschauender Massnahmen wird von der Diskussionsgruppe als wichtiges Qualitätskriterium bejaht, jedoch seien diese noch bei Weitem nicht fester Bestandteil der medizinischen Betreuung der mobilen Dienste. Der Beizug weiterer Fachärzte/-innen und die Kooperation mit ihnen sei gegeben, wobei es teilweise die Institutionen sind, welche entsprechende Zusammenarbeiten mit spezialisierten Diensten (z.B. zahnärztliche Dienste, mobile Palliative-Care-Dienste) gezielt suchen und pflegen. Bei den mobilen Diensten, so ein Input, sind gerade auch junge Ärzte/-innen tätig, welche neue Ansätze einbringen, was sich positiv auf die Fachlichkeit auswirkt. Zudem wird der Umstand positiv bewertet, dass die mobilen Ärzte/-innen sich die Zeit für die Bewohnenden nehmen (s. Dimension «Erreichbarkeit und Präsenz»). Ein weiterer Input war, dass in der betreffenden Institution zusammen mit ihrem mobilen Dienstleister eine Qualitätsentwicklung in pflegerischen Themen angestrebt wird: ausgewählte Pflege Themen werden von den mobilen Ärzten/-innen zusammen mit dem Pflegeteam bei den Visiten über einen gewissen Zeitraum gezielt bearbeitet.

**Erreichbarkeit und Präsenz:** An sich zeichnen sich die mobilen Dienste durch eine klare Regelung der Erreichbarkeit und Präsenz der Ärzte/-innen aus: Innerhalb bestimmter definierter Zeitfenster sind die Ärzte/-innen erreichbar und kommen in die Institution, wenn sie angefordert werden. Im Fall der spitalärztlichen mobilen Dienste ist sogar eine 24-Stunden-Betreuung gewährleistet. In den anderen Fällen werden nachts und an Wochenenden zusätzliche notfallärztliche mobile Dienste beigezogen. Die Zusammenarbeit mit diesen Anbietern kann jedoch schwierig sein, insbesondere die langsame Reaktionszeit stösst auf Kritik.

Die Diskussionsteilnehmenden berichten von einer sehr guten Termintreue der mobilen Dienste. In allen vier Fällen finden Visiten in wöchentlicher oder zweiwöchentlicher Frequenz statt. Eine regelmässige Visite bei allen Bewohnenden wird im Fall der spitalärztlichen mobilen Dienste berichtet, und zwar findet diese alle sechs Monate statt. Eine Praxisvertretung fügt an, dass dies auch für ihre Institution wünschenswert wäre. In einem Fall, da noch diverse andere Hausärzte/-innen für die Bewohnenden tätig sind, komme es sehr auf die einzelne Person an. Einige Hausärzten/-innen kämen jedoch ebenfalls wöchentliche zur Visite in die Institution, was geschätzt wird.

**Koordination:** Im Fall der spitalärztlichen mobilen Dienste ist die Koordination sehr ausgeprägt, was auch mit der Nutzung einer gemeinsamen elektronischen Dokumentation in Zusammenhang steht (s. Dimension «Kommunikation und Zusammenarbeit»). Aber auch klare und übergeordnete Regelungen seien vorhanden. Man denke in diesem Fall daran, dass die Assistenzärzte/-innen sich in Ausbildungssituationen befinden, d.h. dass die Koordination sowohl einer qualitativ guten Versorgung der Bewohnenden als auch zum Erwerb von Kompetenzen und Know-how der Assistenzärzte/-innen dient.

In den anderen Praxisbetrieben wird die Koordination nicht an sich generell bemängelt, aber es wird in Bezug auf die genannten Zielsetzungen Verbesserungspotenzial gesehen: Man

könnte an Koordinationsaufwand einsparen, wenn vermehrt Leitlinien und Konzepte genutzt würden. Aber auch eine Orientierung an einem Behandlungs-/Betreuungsplan als Planungs- und Kommunikationsinstrument ist etwas, das noch ganz am Anfang stehe und es künftig in Zusammenarbeit mit den mobilen Diensten vermehrt anzugehen gilt, so eine Rückmeldung aus der Diskussion. Die Voraussetzungen, in diese Richtung weiterzuarbeiten, seien bei der Zusammenarbeit mit mobilen Diensten vorhanden.

**Kommunikation und Zusammenarbeit:** In zwei Praxisbetrieben wird mit einer gemeinsamen elektronischen Dokumentation gearbeitet. Die mobilen Ärzte/-innen können also sowohl die Informationen einsehen als auch eingeben. In den anderen beiden Institutionen verfügen die mobilen Ärzte/-innen nur über Einsicht in die Bewohnerdokumentationen der Institution vor Ort. Die Institutionen ohne gemeinsame Dokumentation sehen Potenzial für Verbesserung (Effizienz, Sicherheit) in der Kommunikation durch ein gemeinsames System, jedoch sei fraglich, ob dann nicht zu viel dokumentiert wird.

Hilfreich bei der Kommunikation und Zusammenarbeit ist die organisatorische Unterstützung der ärztlichen Tätigkeit durch eine Zentrale und/oder die medizinischen Praxisassistenten/-innen der mobilen Dienste: sie bereiten die Visiten vor und unterstützen – je nach Anbieter – bei der Dokumentation vor Ort. Einen weiteren positiven Effekt sehen die Diskussionsteilnehmenden darin, dass der administrative Aufwand für die Kommunikation und Zusammenarbeit im Rahmen der mobilen Dienste generell und bei jenen mit einer gemeinsamen elektronischen Dokumentation im Besonderen niedrig ist und, aber damit verbunden, dass die Kommunikationswege kurz sind.

Durch die Visiten findet auch ein regelmässiger Austausch zu den Bewohnenden sowie im Behandlungsteam statt. Das gegenseitige Vertrauen sei gegeben, man begegne sich auf Augenhöhe und mit Wertschätzung. In einem Fall wird berichtet, dass das Vertrauen in die ärztlichen Fähigkeiten mit der wahrgenommenen Fachlichkeit stieg. Dass es bei den mobilen Diensten häufig dieselbe ärztliche Person ist, welche in der Institution den Dienst wahrnimmt, hilft, ein stabiles Team und gegenseitiges Vertrauen aufzubauen. In einem Fall wird von einem zwei- bis dreimal pro Jahr organisierten Treffen zwischen dem/der Heimarzt/-ärztin des mobilen Dienstes, der Leitung Pflege und den anderen Hausärzten/-innen berichtet. Man spreche über die Zusammenarbeit und informiere über gemeinsame Instrumente. Der Austausch sei sehr wertvoll, aber auch wertschätzend.

**Personenzentrierung:** Für die mobilen Dienste wird generell eine ausgeprägte Personenzentrierung berichtet. Es bestehen viele Instrumente zur Unterstützung der Personenzentrierung, wie Fallbesprechungen und Standortbestimmungen. Diese werden von den mobilen Ärzten/-innen deutlich häufiger genutzt als von den anderen Hausärzten/-innen. Jedoch komme man insbesondere auch im Rahmen der Advanced Care Planning (APC) an die Grenzen des zeitlich Möglichen, und auch die Finanzierung des Aufwandes sei nicht befriedigend gelöst.

Dass mit den mobilen Ärzten/-innen neue behandelnde Personen ins Leben der Bewohnenden kommen, könne Vor- und Nachteile haben: Einerseits geht Wissen über die Bewohnenden verloren, aber es könne auch einen Neubeginn ermöglichen und damit neue Perspektiven und Einschätzungen in die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/-in bringen. Wichtig sei, dass der Arztwechsel sorgfältig begleitet werde, z.B. im Rahmen einer gemeinsamen Visite des/-r ehemaligen Hausarztes/-ärztin und der neuen ärztlichen Bezugsperson. Erwähnt wurde zudem, dass eine gewisse Diversität unter den Ärzten/-innen auch sinnvoll für die Personenzentrierung sein könne, weil damit weitere Perspektiven und kritische Reflektionen eingebracht würden.

Die Diskussion zeigte, dass regelmässige Evaluationen und Wirksamkeitsüberprüfungen zwar wünschenswert wären, dass man sich aber hier erst am Anfang befindet. Generell sei es eine Herausforderung, in den Institutionen eine systematische Organisation und entsprechende Strukturen als Basis für die systematische Wirksamkeitsprüfung und Evaluation zu etablieren. Im Fall der spitalärztlichen Dienste wird die Visite bei allen Bewohnenden zur Überprüfung der Wirksamkeit und Evaluation genutzt. Man versuche die Visiten mit den Beobachtungsphasen der Pflege zusammenzulegen. Hier helfe es, dass die medizinischen Praxisassistenten/-innen der mobilen Dienste die Planung vornehmen.

#### 4.4.2.3 Synthese Typus «Mobile Ärzte/-innen»

##### Qualitätsfördernde Aspekte des Typus:

- Je nach Anbieter des mobilen Diensts ist eine gute bis sehr bis gute Fachlichkeit vorhanden.
- Die mobilen Dienste sind verlässliche Partner für die Institutionen (Termintreue, Erreichbarkeit, Ferienvertretung) und nehmen regelmässig und in relativ hoher Frequenz Vor-Ort-Visiten wahr.
- In der Regel kann eine kontinuierliche ärztliche Betreuung durch eine Person des mobilen Diensts sichergestellt werden.
- Die Personenzentrierung ist gegeben, die Ärzte/-innen nehmen sich die Zeit bei ihren Besuchen vor Ort, um Gespräche mit den Bewohnenden zu führen. Unterstützende Instrumente und Gefässe wie Fallbesprechungen und Standortbestimmungen werden genutzt.
- Es besteht eine gute, professionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen den mobilen Ärzten/-innen und den Teams vor Ort.
- Die Zusammenarbeit mit den mobilen Diensten ermöglicht schlanke administrative und damit effiziente Abläufe.
- Das teilweise vorhandene gemeinsame Dokumentationssystem fördert den Informationsaustausch und die Koordination.

##### Qualitätshemmende Aspekte des Typus:

- Nicht alle mobilen Dienstleister sind auf Geriatrie bzw. die Langzeitpflege spezialisiert.
- Die Notfallversorgung in der Nacht und am Wochenende wird nicht durch alle mobilen Dienstleister selbst abgedeckt; teilweise besteht Unzufriedenheit mit der Erreichbarkeit bzw. Reaktionsfähigkeit der mobilen Notfalldienste, die dann genutzt werden müssen.<sup>24</sup>
- Es sind wenig bis keine Strukturen zur systematischen Evaluation und Überprüfung der Wirksamkeit der Massnahmen vorhanden.
- Regelmässige Vor-Ort-Visiten bei allen Bewohnenden und der Fokus auf vorausschauende Massnahmen sind nicht fester Bestandteil der ärztlichen Dienstleistungspalette.<sup>25</sup>
- Das teilweise fehlende gemeinsame Dokumentationssystem kann beim Informationsaustausch und bei der Koordination hinderlich sein.

---

<sup>24</sup> Die Ausnahme bildet die spitalärztliche Versorgungsstruktur, welche gerade in Bezug auf die Erreichbarkeit und Präsenz näher an den Typus «Inhouse-Ärzte/-innen» rückt.

<sup>25</sup> Auch hier wiederum ist die spitalärztliche Versorgungsstruktur die Ausnahme, da die starke Präsenz in der Institution auch den physischen Bewohnerkontakt erleichtert. Wiederum erkennbar ist eine Nähe dieses Falls zum Typus «Inhouse-Ärzte/-innen».

### Typusspezifische Empfehlungen:

- Die Institutionen können durch den Austausch untereinander von z.B. Leitlinien und Konzepte Synergien nutzen; eine vermehrte Orientierung an solchen Hilfestellungen kann die Koordination in der Gesamtorganisation an sich und in Bezug auf die mobilen Dienste im Besonderen unterstützen.
- Bei der Auswahl mobiler Dienstleister ist darauf zu achten, dass die geriatrische Expertise bei den Ärzten/-innen vorhanden ist.
- Die Kontinuität der für die Institutionen und die Bewohnenden tätigen Ärzte/-innen ist wichtig, um gemeinsam mit dem Pflorgeteam vor Ort dauerhaft eine gute Fachlichkeit sicherstellen zu können. Je mehr Fluktuation bei den Ärzten/-innen besteht, umso wichtiger wird die Kontinuität im Pflorgeteam, um einen Wissenstransfer sicherstellen zu können. Klinische Fachspezialisten/-innen können das ärztliche Team sinnvoll ergänzen und Entlasten und Stabilität in das medizinisch-ärztliche Team bringen.
- Regelmässige Visiten bei allen Bewohnenden zur Definition vorausschauender Massnahmen können helfen, künftige Notfallsituationen zu vermeiden.
- Der Aufbau von Strukturen zur Evaluation und Überprüfung der Wirksamkeit der Massnahmen in der Institution und zusammen mit den mobilen Dienstleistern ist wünschenswert.
- Es sollte die Nutzung eines gemeinsamen Dokumentationssystems geprüft werden. Damit könnte auch die Arbeit mit einem gemeinsamen Behandlungs- und Betreuungsplans als Planungs- und Kommunikationsinstrument gefördert werden.
- Zu prüfen ist, ob unter der Federführung des mobilen Diensts regelmässige Austauschtreffen mit den Hausärzten/-innen organisiert werden können. An diesen Anlässen lassen sich gemeinsam genutzte Instrumente einführen, aber auch der Austausch im Bereich Personenzentrierung wird möglich.
- Ein allfälliger Wechsel der ärztlichen Bezugsperson muss sorgfältig begleitet werden.

#### 4.4.3 Typus «Heimärzte/-innen im Nebenamt»

Dieser Typus ist dadurch gekennzeichnet, dass in der Institution die heimärztliche Funktion als Ergänzung zu einer anderen hauptamtlichen ärztlichen Tätigkeit übernommen wird. Die Heimärzte/-innen können nebst dieser übergeordneten Tätigkeit für die Institution auch Hausärzte/-innen von mehr oder weniger Bewohnenden der Institution sein. Die Institutionen arbeiten in diesem Typus häufig auch noch mit weiteren Hausärzten/-innen der Bewohnenden zusammen. Eine Beschreibung aller Charakteristika dieses Typus ist in Kap. 4.2 zu finden.

##### 4.4.3.1 *Teilnehmende Typus «Heimärzte/-innen im Nebenamt»*

**Praxisbetrieb 1:** Alters- und Pflegeinstitution mit rund 160 stationären Plätzen an zwei Standorten, organisiert als öffentlich-rechtliche Körperschaft. Insgesamt sechs Hausärzte/-innen aus den Trägergemeinden der Institution sind von der Institution zu einem kleinen Pensum angestellt und leiten je eine Abteilung. Einer Person aus diesem ärztlichen Betreuungskreis kommt die Gesamtleitung und die heimärztliche Funktion zu. Die Abteilungsärzte/-innen arbeiten – falls nicht bereits pensioniert – alle hauptamtlich in einer eigenen Hausarztpraxis oder sind dort angestellt. Auf jeder Abteilung findet einmal pro Woche eine Visite durch die zuständige ärztliche Person (sog. Abteilungsarzt/-ärztin) statt und sie sind für Notfälle auf ihren Abteilungen tagsüber unter der Woche erreichbar. In der Nacht sowie am Wochenende wird auf externe mobilen Notfalldienste zurückgegriffen, sofern

der/die Abteilungsarzt/-ärztin nicht erreichbar ist. Nahezu alle Bewohnenden sind Patienten/-innen der Abteilungsärzte/-innen.

**Praxisbetrieb 2:** Alters- und Pflegeinstitution mit rund 90 stationären Plätzen an zwei Standorten, organisiert als Verein. Die Institution hat eine heimärztliche Betreuungsperson auf Mandatsbasis angestellt. Nebst den Aufgaben, welche in diesem Rahmen übergeordnet für die Institution erbracht werden, nimmt er/sie für bis zu einem Viertel der Bewohnenden die hausärztliche Betreuung wahr. Die restlichen Bewohnenden werden von rund sieben weiteren Hausärzten/-innen aus der Region betreut. Durchschnittlich finden alle sechs Wochen Vor-Ort-Visiten durch die Hausärzte/-innen statt. Sie sind auch für Notfälle unter der Woche während den Büroöffnungszeiten erreichbar. Für die Notfallversorgung in der Nacht und am Wochenende kann die Institution auf eine regionale Notfallpraxis zurückgreifen.

**Praxisbetrieb 3:** Alters- und Pflegeinstitution mit rund 40 stationären und 15 ambulanten Plätzen mit einer privatrechtlichen Eigentümerin (einfache Gesellschaft). Die Institution hat eine heimärztliche Betreuungsperson auf Mandatsbasis angestellt. Nebst den Aufgaben, welche übergeordnet für die Institution erbracht werden, nimmt er/sie für etwa einen Drittel der Bewohnenden die hausärztliche Betreuung wahr. Die restlichen Bewohnenden werden über rund acht weitere Hausärzte/-innen aus der Region betreut. Die heimärztliche Betreuungsperson kommt einmal pro Monat, die anderen Hausärzte/-innen in unterschiedlicher Frequenz zur Visite in die Institution. Sie sind auch für Notfälle unter der Woche während den Büroöffnungszeiten erreichbar. Für die Notfallversorgung in der Nacht und am Wochenende kann die Institution auf ein regionales Spital zurückgreifen.

**Vertretene Kantone:** 1 x Zürich, 1 x St. Gallen, 1 x Thurgau

**Teilnehmer/-innen:**

- Geschlecht: 3 x weiblich
- Funktion: 1 x Bereichsleitungen Pflege (und Betreuung), 1 x Institutionsleitung, 1 x Pflegeexpertin
- In dieser Funktion in der Institution tätig seit:
  - ein bis fünf Jahren: 3 x
- Alter in Jahren:
  - 50 bis 54: 1 x
  - 55 bis 59: 2 x

#### 4.4.3.2 Ergebnisse Typus «Heimärzte/-innen im Nebenamt»

**Fachlichkeit:** Die Fachlichkeit wird als stark von der jeweiligen haus-/heimärztlichen Person abhängig gesehen: In einem Fall wird berichtet, dass die Fachlichkeit des/der Heimarztes/-ärztin deutlich Lücken aufweist, spezifisch in Themen des geriatrischen Langzeitsettings (z.B. Polymedikation, Betreuung von Menschen mit Demenz). Entsprechend werden in den Augen der Pflegenden mitunter unnötige Einweisungen ins Spital vorgenommen. Unter den anderen Hausärzten/-inne gebe es jedoch einige Personen, die den Mut hätten, Bewohnende gemäss ihres Wunsches in der Institution zu belassen, d.h. den Pflegenden zutrauen, diese Situationen gut betreuen zu können. Im Fall, da die ärztliche Betreuung durch Abteilungsärzte/-innen organisiert wird, ist eine breite Praxiserfahrung vorhanden, jedoch seien es auch keine Geriater/-innen. Entsprechend greift man zudem auf externe Fachexpertise, z.B. im Bereich spezialisierte Palliative Care oder Gerontopsychiatrie, zurück. Auch im dritten Fall nimmt der Bezug externer Expertise eine wichtige Stellung ein, wobei sowohl der/die Heimarzt/-ärztin als auch die anderen Hausärzte/-innen sehr offen dafür sind.

Aus derselben Institution wird auch berichtet, dass die Ärzte/-innen in die Arbeit mit den Qualitätsindikatoren einbezogen werden, wobei die regelmässigen Hausarzttreffen dabei wichtig sind (s. Dimension «Koordination»).

**Erreichbarkeit und Präsenz:** Die Erreichbarkeit der Heim- und Hausärzte/-innen an sich wird nicht bemängelt. In einem Fall wird jedoch berichtet, dass sich die Ärzte/-innen für die Ferienabwesenheit besser organisieren sollten. Der/die Heimarzt/-ärztin übernehme hierbei keine koordinative Funktion.

Die Frequenz der Vor-Ort-Visiten unterscheidet sich bei den Praxisbeispielen: In einem Fall finden diese wöchentlich statt, wobei die Anstellung der Ärzte/-innen auf den Abteilungen eine entsprechende Pflicht generiert. Bei den anderen beiden Institutionen erfolgen Visiten alle vier bis sechs Wochen. Die Notwendigkeit einer hohen Frequenz wird unterschiedlich eingeschätzt: Von einer Person wird berichtet, dass die Häufigkeit der Visiten Sicherheit schaffe und helfe, den telefonischen (Notfall-) Kontakt mit den Ärzten/-innen zu reduzieren. Gerade für den Bereich Palliative Care oder bei besonders herausfordernden Situationen bei Bewohnenden mit Demenz wird die häufige Vor-Ort-Präsenz als sehr hilfreich eingeschätzt. Eine andere Person wünscht sich, dass die Frequenz der Visiten in ihrer Institution häufiger ist, da dies der Behandlungsqualität zuträglich wäre. Jedoch seien die Ärzte/-innen mit ihren Praxen bereits jetzt überlastet. Die dritte Person wendet ein, dass Alters- und Pflegeinstitutionen primär Wohnorte sind, und dass eine zu starke Präsenz der Ärzte/-innen unpassend sein könne. Auch unnötige Kosten werden in diesem Zusammenhang angesprochen. Zudem müsse man die Pflege darin bestärken, ihre Kompetenzen wahrzunehmen, was die Abhängigkeit von den Ärzten/-innen reduzieren helfe.

**Koordination:** Übergeordnete Konzepte und Leitlinien bestehen in zwei der Institutionen, in der dritten Institution sei man zu klein und die Ressourcen zur Erarbeitung entsprechender Hilfestellungen seien nicht vorhanden.

In einer Institution wird dezidiert am Austausch unter und mit den verschiedenen Hausärzten/-innen gearbeitet, wobei der/die Heimarzt/-ärztin eine koordinative Rolle übernimmt. Einmal pro Jahr findet ein entsprechendes Treffen statt, an dem auch Qualitätsfragen und Zielsetzungen diskutiert werden. Die Treffen hätten sich bewährt und würden entsprechend besucht, sie seien jetzt sogar schon so weit, dass die Ärzte/-innen Traktanden für die Sitzung eingeben. Zudem versendet die Institution an die Ärzte/-innen Rundmails mit Informationen, die alle betreffen. Eine Rückmeldung aus der Gruppe hierzu war, dass es erstaunlich sei, dass man eine gemeinsame Haltung, wie die Ärzte/-innen in und mit der Institution arbeiten, erreichen konnte.

Wie bei der Dimension «Erreichbarkeit und Präsenz» erwähnt, fehlt es in einem Fall an der koordinativen Vermittlung des/der Heimarztes/-ärztin bei der Sicherstellung der Ferienvertretung zwischen den einzelnen Abteilungsärzten/-innen. Ein weiterer Input knüpft ebenfalls an der Erreichbarkeit und Präsenz an: Es fehle den Ärzten/-innen manchmal schlicht die Zeit für den Austausch mit Angehörigen im Rahmen von Runden Tischen oder für die Teilnahme an interdisziplinären Rapporten, was für die Qualität der medizinischen Versorgung wünschenswert wäre. Und der/die Heimarzt/-ärztin könne das auch nicht in allen Fällen auffangen.

In allen drei Institutionen gibt es keine gemeinsame Dokumentation, d.h. dass die Heim- und Hausärzte/-innen nur Einsicht in die Dokumentation der Institution vor Ort haben. Für die Koordination wäre eine gemeinsame Dokumentationssystem förderlich, ist man sich einig.

**Kommunikation und Zusammenarbeit:** Die Diskussion zeigt, dass die Qualität der Zusammenarbeit von der Persönlichkeit der Heim- und Hausärzte/-innen abhängt. In einem Fall wird berichtet, dass gerade bei den älteren Ärztegenerationen teilweise ein noch deutlich patriarchalisch geprägtes Rollenbild vorhanden sei. Der/die Heimarzt/-ärztin wolle zudem die Visiten nur mit der Leitung Pflege durchführen. Von einem wahrnehmbaren «Gap» zwischen Pflege und Ärzteschaft wird auch von einer anderen Person berichtet. Es fehle mit Blick auf die heimärztliche Person zudem an Veränderungs- und Anpassungsbereitschaft. Das sei schade, weil sie ja in einem sehr dynamischen Feld arbeiten und man Agilität auch von der Pflege erwarte. In beiden Fällen wird aber darauf hingewiesen, dass es immer auch Ärzte/-innen gibt, mit denen man auf Augenhöhe und als Team zusammenarbeiten könne. Erwähnt wird in einem Fall insbesondere eine sehr gute und wertschätzende Zusammenarbeit mit den externen medizinischen Fachexperten/-inne und Diensten. In der dritten Institution kennt man das beschriebene Autoritätsgefälle nicht, es herrsche eine «Du-Kultur», auch zur heimärztlichen Person.

Im Fall der Abteilungsärzte/-innen ist auffallend, dass die Kommunikation und Zusammenarbeit unter ihnen selbst wenig ausgeprägt zu sein scheinen. Das merkt man auch an der berichteten Schwierigkeit zur Organisation von Stellvertretungen in den Ferien. Man wolle sich gegenseitig nicht reinreden. Einerseits sei dies verständlich, andererseits aber auch schade, weil ein besserer Austausch ja auch bereichernd sein kann.

Ein Einwand war schliesslich, dass bei den anstehenden Pensionierungen der Heimärzte/-innen proaktiv auf geeignete Personen zugegangen werden sollte. In der Institution, aus der dieses Votum kam, setze man sich bereits jetzt damit auseinander und eruiere zusammen mit dem/der aktuellen Heimarzt/-ärztin mögliche Nachfolger/-innen.

**Personenzentrierung:** Das bei der Dimension «Kommunikation und Zusammenarbeit» erwähnte und möglicherweise mit einer Generationenthematik in Zusammenhang stehende Rollenbild der Heim-/Hausärzte/-innen macht sich auch bei der Personenzentrierung bemerkbar: Berichtet wird, dass Ärzte/-innen teilweise auch (unangemeldet) zur Visite kämen, unabhängig davon, ob der Zeitpunkt für die Bewohnenden passend ist oder nicht. So müsse man Bewohnende beispielsweise dann vom Mittagessen wegholen. Im selben Fall wurde in der Dimension «Fachlichkeit» berichtet, dass der/die Heimarzt/-ärztin geneigt sei, die Bewohnenden vorschnell ins Spital einzuweisen. Das sei für die stark auf die Bedürfnisse der Bewohnenden ausgerichteten Pflegenden schwer zu akzeptieren, insbesondere wenn die Person im Spital versterbe. Nebst diesen Schwierigkeiten wird aber auch berichtet, dass je nach behandelndem/-r Arzt/-ärztin auch sehr bedürfnisorientiert vorgegangen wird. Insbesondere wird die Personenzentrierung der beigezogenen externen Fachexperten/-innen und Dienste positiv erwähnt. Bei der Personenzentrierung helfe auch die Regelmässigkeit und Häufigkeit der Vor-Ort-Visite: die Ärzte/-innen können auf die Bedürfnisse eingehen und Gespräche mit den Bewohnenden, Angehörigen und der Pflege führen.

Eine regelmässige Überprüfung der Wirksamkeit medizinischer Massnahmen ist in allen Fällen durch die interne Dokumentation gegeben. Die Vor-Ort-Visite ergänze dies sehr gut. Jedoch, so ein Input, komme es vor, dass der Einbezug der Bewohnenden bei der Überprüfung manchmal untergehe, einfach weil man die Veränderung des Gesundheitszustandes ja sehe.

#### 4.4.3.3 Synthese Typus «Heimärzte/-innen im Nebenamt»

##### Qualitätsfördernde Aspekte des Typus:

- Der/die Heimarzt/-ärztin kann bei der Qualitätsentwicklung in allen Dimensionen (Fachlichkeit, Koordination, Zusammenarbeit und Kommunikation, Erreichbarkeit und Präsenz, Personenzentrierung) eine fördernde Rolle einnehmen, sowohl innerhalb der Institution als auch unter den Hausärzten/-innen.
- Das Vorhandensein eines/-r Heimarztes/-ärztin vermittelt den Mitarbeitenden, aber auch den Bewohnenden und ihren Angehörigen Sicherheit.
- Die heimärztliche Versorgungsstruktur scheint eine im Vergleich zur reinen hausärztlichen Versorgung (s. Kap. 4.4.4.3) etwas häufigere Frequenz und Regelmässigkeit bei der Vor-Ort-Visite aufzuweisen, insbesondere im Fall, da die Ärzte/-innen teilweise von der Institution angestellt oder mandatiert sind.<sup>26</sup> Dies kann Sicherheit vermitteln, unnötige Notfallkontakte zu den Hausärzten/-innen können gemindert werden, aber auch der Austausch zwischen den Ärzten/-innen, den Bewohnenden und Pflegenden wird erleichtert.
- Was die hausärztliche Seite betrifft, ist auf die Ergebnisse beim Typus «Hausärzte/-innen» (s. Kap. 4.4.4.3) zu verweisen.

##### Qualitätshemmende Aspekte des Typus:

- Die zeitliche Verfügbarkeit der Heimärzte/-innen im Nebenamt ist begrenzt, darunter kann sein/ihr Engagement für die generelle Qualitätsentwicklung in der Institution leiden.
- Nimmt die heimärztliche Bezugsperson keine Rolle in der Qualitätsentwicklung ein, ist die Qualität der medizinischen Dienstleistung stark abhängig von den einzelnen Hausärzten/-innen (s.u.).
- Mängel in der Fachlichkeit und/oder bei der personenzentrierten Haltung der heimärztlichen Bezugsperson können für die Pflegenden sehr belastend sein, insbesondere wenn damit unnötige (und mutmasslich nicht gewünschte) Spitaleinweisungen verbunden sind.
- Eine gemeinsame Haltung und Teamkultur im Behandlungsteam kann fehlen, insbesondere wenn der/die Heimarzt/-ärztin dabei keine führende Rolle einnimmt.
- Die fehlende gemeinsame elektronische Dokumentation erschwert den Informationsfluss und die Koordination.
- Was die hausärztliche Seite betrifft, ist auf die Ergebnisse beim Typus «Hausärzte/-innen» (s. Kap. 4.4.4.3) zu verweisen.

##### Typusspezifische Empfehlungen:

- Heimärzte/-innen sollten eine Schlüsselfunktion für ein gutes Funktionieren der medizinischen (ärztlichen) Grundversorgung in den Institutionen wahrnehmen und koordinative Tätigkeiten bei der Zusammenarbeit mit den verschiedenen Hausärzten/-innen übernehmen. Diese Aufgabe sollte explizit Teil der Vereinbarung zwischen Arzt/Ärztin und Institution sein und sodann auch aktiv eingefordert werden. Die entsprechende zeitliche Kapazität des/der Heimarztes/-ärztin muss gewährleistet sein.
- Der regelmässige Austausch zwischen der Institution und den verschiedenen Hausärzten/-innen sollte verbindlich sein und die Qualitätsentwicklung einschliessen. Der/die Heimarzt/-ärztin sollte dabei Unterstützung bieten.

---

<sup>26</sup> Hier zeigt sich eine gewisse Nähe zum Typus «Inhouse-Ärzte/-innen».

- Bei der Auswahl einer neuen heimärztlichen Betreuungsperson sollte insbesondere auf seine/ihre Auslastungskapazität im hauptamtlichen Bereich, aber auch auf die fachliche Eignung sowie seine/ihre Haltung hinsichtlich der Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Behandlungsteam und der Personenzentrierung geachtet werden.
- Anstellungsverhältnisse im kleinen Rahmen zwischen der Institution und ausgewählten Hausärzten/-innen können bei der Sicherstellung der Präsenz und Erreichbarkeit, der Fachlichkeit und Personenzentrierung helfen.
- Die Suche nach einer Nachfolge des/der Heimarztes/-ärztin bei einer anstehenden Pensionierung sollte proaktiv angegangen werden. Die Pensionierungsabsichten des/der Heimarztes/-ärztin sollten der Institution transparent und vorausschauend kommuniziert werden.
- Für die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Hausärzten/-innen siehe auch die Empfehlungen zum Typus «Hausärzte/-innen» (s. Kap. 4.4.4.3).

#### 4.4.4 Typus «Hausärzte/-innen»

Den Organisationsformen dieses Typus ist gemeinsam, dass sie tendenziell mit einer grossen Anzahl von Hausärzten/-innen zusammenarbeiten. Diese sind in der Regel hauptamtlich in einer Hausarztpraxis tätig bzw. angestellt. Es gibt in diesem Typus keine zentrale Ansprechperson für Fragen auf Institutionsebene im Sinne einer heimärztlichen Struktur. Eine Beschreibung aller Charakteristika dieses Typus ist in Kap. 4.2 zu finden.

##### 4.4.4.1 *Teilnehmende Typus « Hausärzte/-innen»*

**Praxisbetrieb 1:** Alters- und Pflegeinstitution mit rund 30 stationären und 45 ambulanten Plätzen, organisiert als Stiftung. Die Institution arbeitet mit 15 bis 20 verschiedenen Hausärzten/-innen zusammen. Unter diesen ist auch eine Person, welche der Institution als generelle Ansprechperson für Fragen der Institution oder für Weiterbildung der Mitarbeitenden zur Verfügung steht, jedoch ohne dass ein entsprechender Vertrag vorliegt. Für Notfälle stehen die meisten Hausärzte/-innen unter der Woche sowohl tagsüber als auch nachts und am Wochenende zur Verfügung, in seltenen Fällen müssen mobile ärztliche Notfalldienste beigezogen werden.

**Praxisbetrieb 2:** Alters- und Pflegeinstitution mit rund 60 stationären Plätzen und Teil eines mehrere Standorte umfassenden Betriebs, organisiert als öffentlich-rechtliche Körperschaft. Die Institution arbeitet mit rund zehn verschiedenen Hausärzten/-innen zusammen. Diese sind unter der Woche tagsüber für Notfälle erreichbar, teilweise sind sie auch nachts und am Wochenende erreichbar. Ansonsten wird mit mobilen ärztlichen Notfalldiensten zusammengearbeitet.

**Praxisbetrieb 3:** Alters- und Pflegeinstitution mit rund 130 stationären Plätzen, organisiert als Stiftung. Die Institution vermietet Räumlichkeiten an eine hausärztliche Gruppenpraxis in unmittelbarer Nähe zur Institution. Rund 70 Bewohnende der Institution sind Patienten/-innen dieser Gruppenpraxis, die restlichen Bewohnenden haben andere Hausärzte/-innen. Eine Person aus der Gruppenpraxis ist auch die Kontaktperson für die Institution und steht für Fragen auf Institutionsebene zur Verfügung, d.h. übernimmt eine quasi-heimärztliche Funktion, jedoch ohne Zusammenarbeitsvereinbarung oder Vertrag. Während den Praxisöffnungszeiten sind die Hausärzte/-innen für Notfälle erreichbar, und falls ein/-e Hausarzt/-ärztin nicht reagiert, kann auch auf die eingemietete Gruppenpraxis zurückgegriffen werden. Für Notfälle in der Nacht und am Wochenende werden die mobilen ärztlichen Notfalldiensten beigezogen.

**Praxisbetrieb 3:** Alters- und Pflegeinstitution mit rund 90 stationären Plätzen, organisiert als Verein. Die Institution arbeitet mit rund 30 Hausärzten/-innen zusammen. Während den Praxisöffnungszeiten sind die Hausärzte/-innen für Notfälle erreichbar. Für Notfälle in der Nacht und am Wochenende werden in der Regel die mobilen ärztlichen Notfalldiensten beigezogen.

**Vertretene Kantone:** 1 x Solothurn, 1 x Aargau, 2 x Basel-Stadt

**Teilnehmer/-innen:**

- Geschlecht: 3 x weiblich, 1 x männlich
- Funktion: 3 x Bereichsleitungen Pflege (und Betreuung), 1 x Institutionsleitung/ Geschäftsführung
- In dieser Funktion in der Institution tätig seit: 1 x < 1 J., 1 x 1-5 J., 2 x > 10 J.
  - weniger als einem Jahr: 1 x
  - ein bis fünf Jahren: 1 x
  - über zehn Jahren: 2 x
- Alter in Jahren:
  - 35 bis 39: 2 x
  - 60 bis 64: 2 x

#### 4.4.4.2 Ergebnisse Typus «Hausärzte/-innen»

**Fachlichkeit:** Die Fachlichkeit in diesem Typus ist abhängig davon, ob sich die Hausärzte/-innen in geriatrischen Themen weitergebildet haben: Grösstenteils wird berichtet, die Fachlichkeit, insbesondere bei der Behandlung von Bewohnenden mit demenziellen Erkrankungen, stosse an Grenzen. In einem Fall wird berichtet, dass unter den Hausärzten/-innen zwei Personen seien, welche sich in geriatrischen Themen weitergebildet haben, was als sehr positiv eingeschätzt wird. Die Offenheit der Hausärzte/-innen für den Beizug zusätzlicher externer Expertise wird aber von allen als gegeben erachtet. Die Initiative für die Zusammenarbeit mit externen Fachexperten/-innen und Diensten (z.B. mit Konsiliardiensten im Bereich Demenz und Psychiatrie, Experten/-innen für spezialisierte Palliative Care) geht jedoch von den Institutionen aus.

Betont wird, dass die Fachlichkeit auf Seite der Pflege eine Voraussetzung ist, dass die Hausärzte/-innen einen guten Job machen können: Der Pflege komme die Fallführung zu, sie bereitet den Fall vor und zieht zum richtigen Zeitpunkt die ärztliche Bezugsperson bei. Die Diskussionsteilnehmenden berichten, dass sie die Pflege in der Entwicklung der Fachlichkeit unterstützen, z.B. durch Weiterbildungen und Supervision. Mit einer starken Fachlichkeit der Pflege könne man sich Unabhängigkeit bewahren. Aber auch die Hausärzte/-innen würden diese Fachlichkeit schätzen.

Bei der hausärztlichen Versorgung bewertet man die «Risikostreuung» als positiv: mit einigen Hausärzten/-innen könne man gut zusammenarbeiten und die Fachlichkeit sei gegeben, bei anderen sei dies weniger der Fall. Wenn man hingegen nur mit einem/-r Arzt/Ärztin zusammenarbeiten würde, bestehe das Risiko, dass seine/ihre Haltung nicht jener der Institution und der Pflegenden entspreche oder die Fachlichkeit nicht gegeben sei, was zu Konflikten führen könne.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Im Rahmen der Analyse zum Typus «Heimärzte/-innen im Nebenamt» wird in einem Fall eine entsprechende Problematik angesprochen. Bei den «Inhouse-Ärzten/-innen» war diese dagegen kein Thema: direkt angesprochen auf die entsprechende Befürchtung kam die Diskussionsgruppe der «Inhouse-Ärzten/-innen» einhellig zum Ergebnis, dass Unstimmigkeiten bei allen Schlüsselpersonen in der Institution schwierig seien und

**Erreichbarkeit und Präsenz:** Die Erreichbarkeit der Hausärzte/-innen während den Praxisöffnungszeiten ist personenabhängig. Da die Zusammenarbeit mit externen Fachexperten/-innen und Diensten in diesem Modell zentral ist, ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass die Verfügbarkeit solcher Dienste nicht immer gegeben ist bzw. die Wartezeiten lange sein können, wie eine Person berichtet.

Die Notfallversorgung ausserhalb der Praxisöffnungszeiten wird von den Hausärzten/-innen meist durch die mobilen Notfalldienste organisiert. Dies führe aber häufig zu einer Einweisung ins Spital, weil es den Ärzten/-innen der mobilen Dienste an Know-how im geriatrischen Setting fehle. Entsprechend wichtig sei es, dass die Pflegenden ihre Kompetenzen ausschöpfen, bevor die ärztlichen Dienste angefordert werden. Gerade auch das Bereithalten einer individuell auf den/die Bewohner/-in abgestimmten Reservemedikationsliste, insbesondere für palliative Situationen könne helfen, die Abhängigkeit von der Vor-Ort-Präsenz der Ärzte/-innen zu reduzieren und die Ärzte/-innen zu entlasten. Grössere Institutionen seien im Vorteil, weil sie spezifische Pflegekompetenzen generell sowie über die ganze Woche bereitstellen können.

Die Häufigkeit und Regelmässigkeit der Vor-Ort-Visiten variiert unter den Hausärzten/-innen: Gesetzlich vorgeschrieben müssen sie mindestens ein- bis zweimal pro Jahr zur Bestätigung der Pflegebedarfserhebung erscheinen. Insbesondere wenn mehrere Bewohnende betreut werden, kommen die Hausärzte/-innen teilweise auch häufiger zur Visite. Es gebe aber Hausärzte/-innen, die auch die jährlichen Mindestbesuche nicht einhalten. Im Fall der eingemieteten Arztpraxis ist der Kontakt einfacher, da die Bewohnenden teilweise noch selbst in die Praxis gehen können. Zudem könne man auf diese Praxis zurückgreifen, wenn ein/-e Hausarzt/-ärztin den Besuch in der Institution verweigert. Ein interessanter Hinweis ist, dass die Verbindlichkeit der ärztlichen Besuche zwischen ländlichen und urbanen Gebieten möglicherweise variere: Auf dem Land kenne man sich und man wisse relativ schnell, wenn jemand seine ärztlichen Pflichten nicht wahrnimmt. Im urbanen Raum sei die Situation anonym und dadurch weniger verbindlich. Es brauche hier strukturelle Vorkehrungen, dass die Erreichbarkeit und Präsenz den gewünschten Anforderungen entsprechen.

**Koordination:** Die Koordination geht bei der hausärztlichen Versorgung von den Institutionen aus. Dazu gehört die Vernetzung mit externen Fachexperten/-innen und Diensten, aber auch der Einbezug externer Expertise für die Erarbeitung von Konzepten. In einem Fall wird berichtet, dass die Hausärzte/-innen aktiv auf die Pflege zugehen, um zu erfahren, wie man zu bestimmten Themen stehe (z.B. assistierter Suizid, Palliative Care).

Von einer Person wird berichtet, dass die Zusammenarbeit zwischen den Hausärzten/-innen und externen Fachexperten/-innen teilweise zu Unklarheiten in den Zuständigkeiten, z.B. bei der Medikation, führe. Mit Blick auf psychiatrische Erkrankungen wird darauf hingewiesen, dass eine gute Schnittstelle zwischen der hausärztlichen Bezugsperson, dem/der Psychiater/-in und der Pflege wesentlich sei und es eine Dokumentation von Gesprächen in den verschiedenen Krankheitsphasen brauche. Weiter wird angemerkt, dass die fehlende gemeinsame elektronische Dokumentation (s. Dimension «Kommunikation und Zusammenarbeit») die Folge habe, dass die Pflege die Rolle von «Sekretären/-innen» für die Hausärzte/-innen übernehmen müssen.

---

dass dann die entsprechenden Massnahmen getroffen werden müssten (Verbesserungen einleiten, dann allenfalls Kündigung). Deutlich zeigt sich an diesem Beispiel, dass die Institutionen bei eigenen Anstellungen mehr Steuerungsmöglichkeiten haben. Bei den «Heimärzten/-innen im Nebenamt» kommt es stark darauf an, wie formell die Zusammenarbeit ist und wie der hausärztliche «Markt» in der eigenen Region aussieht.

Der gemeinsame Behandlungsplan sei eher im Bereich der Akutmedizin vorhanden, weniger in den Alters- und Pflegeinstitutionen. Es wird eingewendet, dass digitale Tools diesbezüglich künftig einen fördernden Beitrag leisten könnten.

**Kommunikation und Zusammenarbeit:** Bei der gemeinsamen elektronischen Dokumentation zeigt sich Handlungsbedarf: In der Regel haben die Hausärzte/-innen nur vor Ort und auch nur Leserechte in der Dokumentation der Institution. Ein gemeinsames elektronisches Dokumentationssystem wird von allen als potenziell förderlich für die Koordination und die Verbesserung der Kommunikation und der Sicherheit angesehen.

Der regelmässigen Austausch ist je nach Hausarzt/-ärztin unterschiedlich intensiv: was den bewohnerbezogenen Austausch betrifft, ist auf die unterschiedliche Visitenpraxis hinzuweisen (s. Dimension «Erreichbarkeit und Präsenz»). Teilweise wird berichtet, dass die Ärzte/-innen zu den Rapporten hinzukommen oder an Teamsitzungen teilnehmen, um sich mit dem Pflorgeteam zu generellen Themen auszutauschen. Eine Person berichtet, dass man auch bei den Ärzten/-innen in der Praxis für eine Austauschbesprechung vorbeigehe. Der regelmässige Austausch unter den Hausärzten/-innen, so berichtet eine Person, finde bei ihnen auf Initiative zweier Hausärzte/-innen statt. Die Organisation von Runden Tischen wird ebenfalls erwähnt, jedoch finden diese in der Regel erst statt, wenn Konflikte schon akut sind. Ein niederschwelliger Austausch zur Vermeidung von Konflikten wäre wünschenswert, wird aber als schwierig in der Umsetzung betrachtet.

Der Umgang zwischen den Hausärzten/-innen und dem Pflorgeteam ist wiederum personenabhängig. In einem Fall wird berichtet, dass man teilweise noch immer ein gewisses Machtgefälle zwischen Arzt/Ärztin und Pflege spüre. Jemand anders berichtet, dass gewisse Ärzte/-innen sich schwertäten, mit jüngeren Pflegenden zusammenzuarbeiten, weil das Vertrauen in ihre Fähigkeiten noch nicht vorhanden sei. Zudem wird darauf hingewiesen, dass mit zunehmender Fachlichkeit der Pflegenden auch das Vertrauen der Ärzte/-innen in die Pflegenden steigt, was einer Begegnung auf Augenhöhe zuträglich sei.

**Personenzentrierung:** Dieses Thema, so wird in der Diskussion deutlich, ist eng mit der in den Institutionen gelebten Personenzentrierung verknüpft. Wenn die Autonomie der Bewohnenden generell einen hohen Stellenwert in der Institution aufweist, ist zu erwarten, dass die Bewohnenden auch gegenüber den Ärzten/-innen ihre Meinung vertreten. Den Pflegenden komme eine unterstützende, beratende Rolle zugunsten der Bewohnenden zu. Eine Person gibt zu bedenken, dass gerade eine Spezialisierung der Institution in Palliative Care eine gute Basis dafür darstellt, dass in der Institution eine regelmässige Erfassung und Aktualisierung der Präferenzen und Wünsche der Bewohnenden erfolge. Die Hausärzte/-innen sind dabei in das Prozedere einzubinden.

Am Thema des begleiteten Suizides, so ein Input, erkenne man, dass die Hausärzte/-innen eine grundlegende Offenheit gegenüber den Wünschen der Bewohnenden haben. Man sei positiv überrascht, wie sich die Ärzte/-innen auf dieses Thema einlassen. Ein weiteres Votum war, dass man sowohl die Pflegenden als auch die Hausärzte/-innen im Konzept Recovery schulen sollte, welches die Autonomie und die Patientensicht noch mehr betont. Eine weitere Person merkt an, dass in den letzten 20 Jahren die personenzentrierte Haltung der Hausärzte/-innen deutlich zugenommen habe. Dass Bewohnenden schon seit langer Zeit bei dem-/derselben Hausarzt/-ärztin Patient/-in sind, könne durchaus auch positiv sein; manchmal sei es gerade der/die Hausarzt/-ärztin, der/die darauf hinweise, dass der/die Bewohnende schon immer so war und dass man das Verhalten so akzeptieren müsse.

Die Evaluation der angeordneten medizinischen Massnahmen erfolge in dem Sinn, dass der/die Arzt/Ärztin die Pflege bittet, innert einer bestimmten Zeitspanne eine Rückmeldung zum Behandlungserfolg zu geben. Es komme jedoch vor, dass solche Rückmeldungen untergingen, insbesondere, wenn die Massnahmen erfolgreich sind. Die Hausärzte/-innen würden meistens die Instrumente der Institution anwenden und werden darin auch geschult. Die Hausärzte/-innen gestehen den Pflegenden damit auch ein Stück weit eine Kompetenz zu, was den Arbeitsalltag ja dann auch spannend mache.

#### 4.4.4.3 *Synthese Typus «Hausärzte/-innen»*

##### Qualitätsfördernde Aspekte des Typus:

- Die Hausärzte/-innen sind grundsätzlich offen für den Beizug externer Fachexperten/-innen und Dienste, die Initiative liegt dabei bei den Institutionen.
- Die Hausärzte/-innen kennen die Bewohnenden und ihre Lebensgeschichte teilweise schon lange, was bei der Ermittlung von Präferenzen und Wünschen hilfreich sein kann.
- Die Personenzentrierung ist bei den meisten Hausärzten/-innen gegeben. Die allgemeine Kultur in der Institution ist aber wichtig, um der Patientenzentrierung den nötigen Rückhalt zu geben.
- Die Diversität der involvierten Hausärzte/-innen reduziert die Abhängigkeit von Einzelpersonen.
- Die Pflegenden sind in ihrer Fachlichkeit gefordert: je mehr eigene Fachlichkeit, desto unabhängiger sind sie in Bezug auf die ärztliche Versorgungssituation.

##### Qualitätshemmende Aspekte des Typus:

- Die Fachlichkeit stösst im Bereich geriatrischer Fragestellungen bei den Hausärzten/-innen tendenziell an Grenzen.
- Externe Expertise muss durch die Institution zugeführt werden; wenn entsprechende Angebote fehlen oder ausgelastet sind, ist die Gewährleistung einer guten Fachlichkeit bei der medizinischen (ärztlichen) Versorgung gefährdet.
- Aufgrund der teilweise niedrigen Frequenz der Visiten fehlt der Austausch zu bewohnerspezifischen Fragen, aber auch die vorausschauende ärztliche Betreuung der Bewohnenden ist damit nicht gegeben.
- Der generelle Austausch zur Zusammenarbeit zwischen Hausärzten/-innen und Pflege ist nicht immer in befriedigendem Mass vorhanden. Zusammen mit der fehlenden Präsenz vor Ort erschwert dieser Umstand das Wachsen von gegenseitigem Vertrauen.
- Der Aufwand zur Organisation der Zusammenarbeit und Kommunikation seitens Institution ist hoch.
- Ein gemeinsamer Behandlungsplan, aber auch eine systematische, strukturell verankerte Überprüfung angeordneter medizinischer Massnahmen fehlt und wird durch die teilweise schwache Vor-Ort-Präsenz auch nicht kompensiert.
- Eine gemeinsame elektronische Dokumentation fehlt, was die Koordination und die Kommunikation erschwert.
- Die Notfallversorgung jenseits der Praxisöffnungszeiten erfolgt in der Regel durch mobile Notfalldienste, denen es an geriatrischer Fachexpertise fehlt. Es kommt folglich häufig zu unnötigen Spitaleinweisungen.

### Typusspezifische Empfehlungen:

- Die Fachlichkeit der Pflege ist für die Qualität der medizinischen Grundversorgung in diesem Typus elementar, da sie Lücken auf ärztlicher Seite kompensiert. Interne Weiterbildungen und Supervisionen sind entsprechend wichtig, eventuell können diese durch die Institutionen auch im Verbund mit anderen Institutionen aus der Region organisiert werden.
- Die Institution sollte proaktiv und formalisierte Zusammenarbeitsformen mit externen Fachexperten/-innen und Diensten suchen, um die fehlende geriatrische Expertise sicherstellen zu können.
- Die Frequenz von Vor-Ort-Visiten der Hausärzte/-innen ist zu erhöhen und idealerweise zu formalisieren.
- Regelmässige Austauschtreffen zwischen den Pflegenden und den Hausärzten/-innen sind generell zu fördern. Gemeinsame Informationsanlässe könnten speziell dazu eingesetzt werden, gemeinsam genutzte Instrumente einzuführen oder den Austausch im Bereich der Personenzentrierung zu fördern.
- Die Zusammenarbeit mit Hausärzten/-innen, mit denen gute Erfahrungen gemacht werden, ist zu verstärken: Den neu eintretenden Bewohnenden kann ein Hausarztwechsel empfohlen werden, sofern er/sie neue Patienten/-innen aufnimmt.
- Es sollte die Nutzung eines gemeinsamen Dokumentationssystems geprüft werden; damit könnte auch die Arbeit mit einem gemeinsamen Behandlungs- und Betreuungsplans als Planungs- und Kommunikationsinstrument gefördert werden.

#### 4.4.5 Abschliessende Diskussion und Synthese

Durch die vorangegangenen Analysen konnten pro Typus bestimmte für die Qualität der medizinischen (ärztlichen) Grundversorgung eher förderliche und hemmende Momente identifiziert und typusspezifischer Handlungsbedarf eruiert werden. Über die vier Typen hinweg lassen sich schliesslich generelle Erkenntnisse ableiten und Zusammenhänge formulieren:

Die Fachlichkeit ist beim Typus der «Inhouse-Ärzte/-innen», aber auch beim Typus «Mobile Dienste» besonders ausgeprägt. Das hängt damit zusammen, dass die Ärzte/-innen in beiden Typen einerseits spezifisch für diese Aufgabe rekrutiert werden und sie diese Aufgabe andererseits hauptberuflich ausüben. Bei der Anstellung eigener Ärzte/-innen, aber auch beim Abschliessen von Dienstleistungsverträgen mit Dienstleistungsunternehmen, liegt es in der Hand der Institution, die fachliche Eignung einzufordern. Das will nicht heissen, dass die Fachlichkeit in den anderen beiden Typen per se nicht vorhanden ist. Jedoch haben die Institutionen bei diesen Typen deutlich weniger Steuerungsmöglichkeiten. Beim Typus «Heimärzten/-innen im Nebenamt» würde es sich anbieten, die zentralen Anforderungen im Rahmen der Zusammenarbeitsvereinbarung zu verankern.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Erreichbarkeit und Präsenz: Visiten in einer relativ häufigen Frequenz und der regelmässige Austausch mit dem Pflgeteam zu Fragen der Zusammenarbeit finden sich ausgeprägt beim Typus «Inhouse-Ärzte/-innen». Die räumliche Nähe und zeitliche Präsenz in der Institution ist dabei das wesentliche treibende Moment. Dieses fördert wiederum die Kommunikation, Zusammenarbeit, Koordination und ermöglicht es, einen vorausschauenden Fokus zugunsten der Bewohnenden in die ärztliche Betreuung zu integrieren.<sup>28</sup> Aber auch die für die Personenzentrierung zentralen Gespräche mit den

---

<sup>28</sup> Auch Weatherall et al. (2019) kommen zum Schluss, dass eine designierte Zuständigkeit einer ärztlichen Bezugsperson für je eine Alters- und Pflegeinstitutionen einen positiven Effekt auf die Behandlungsqualität – hier vornehmlich im Sinne einer Reduktion unnötiger Spitaleinweisungen verstanden – hat. Sie kommen zum Schluss,

Bewohnenden und ihren Angehörigen werden gefördert. Der häufige Kontakt zwischen den Ärzten/-innen und dem Pflorgeteam ist schliesslich wiederum für die Entwicklung von gegenseitigem Vertrauen zentral. Beim Typus «Mobile Ärzte/-innen» sind ähnliche Mechanismen erkennbar. Im Vergleich zu den «Inhouse-Ärzten/-innen» ist ihre zeitliche Präsenz in der Institution weniger ausgeprägt, dafür sind ihre Prozesse effizient und administrativ schlank. Da der Austausch mit unterschiedlichen Pflorgeteams – übrigens ganz ähnlich wie bei anderen spezialisierten mobilen Dienstleistern (z.B. psychiatrische Konsiliardienste, mobile Palliative Equipen) – zum «daily business» der mobilen Dienstleister gehört, erzielen sie auch für den Bereich Kommunikation und Zusammenarbeit sehr gute Ergebnisse. Anders gesagt: sie wissen, wie man mit den Pflegenden vor Ort erfolgreich kommuniziert und effizient Informationen austauscht. Es gilt dabei wiederum: Auch innerhalb der Typen «Heimärzte/-innen im Nebenamt» und «Hausärzte/-innen» können die Erreichbarkeit und Präsenz und damit verbunden weitere qualitätsfördernde Voraussetzungen erreicht werden. Der Unterschied liegt in der starken Personenabhängigkeit bei diesen beiden Typen. Anders gesagt: ob und in welchem Mass die Muss-Anforderungen für eine gute Qualität der medizinischen (ärztlichen) Betreuung erreicht werden, ist in diesen beiden Typen schwer voraussehbar, weil die Zusammenarbeit weniger verbindlich und formalisiert und damit stärker personenabhängig ist.

Damit lässt sich schlussfolgern, dass die beiden grossen Stolperstein bei der Versorgung des Typus «Hausärzte/-innen» die tendenziell fehlende Verbindlichkeit auf der einen und, aber damit verbunden, der Mangel an Zeit der zuständigen Ärzte/-innen auf der anderen Seite ist. Zur Kompensation der daraus potenziell entstehenden Konsequenzen lassen sich gewisse Zentralisierungs- und Koordinations- sowie Formalisierungstendenzen der Institutionen erkennen: Zu nennen ist die Zusammenarbeit mit einer nahe zur Institution gelegenen Arztpraxis, wodurch gewisse Vorteile ähnlich einer «heimärztlichen» Strukturen entstehen (z.B. Sicherstellung der ärztlichen Betreuung, wenn Hausärzte/-innen Visiten verweigern, Reduktion der Anzahl von Hausärzte/-innen). Aber auch die niedrigprozentige Anstellung von Abteilungsärzten/-innen kann als Massnahme gesehen werden, um die Verpflichtung der Hausärzte/-innen zu erhöhen, was einen positiven Effekt auf die Erreichbarkeit und Präsenz hat und damit weitere positive Effekte unterstützt (s.o.). Weiter kann die Einbindung der Hausärzte/-innen in Austauschgefässe im Sinne von Qualitätszirkeln als eine Strategie gesehen werden, eine Bindung zur und ein Interesse an einer Zusammenarbeit mit der Institution zu schaffen, aber auch Vertrauen in die Fachlichkeit der Mitarbeitenden in der Institution zu fördern.

Die «Heimärzte/-innen im Nebenamt» bilden schliesslich der wohl am schwierigsten fassbare Typus, was damit zusammenhängt, dass er eine breite Palette von Strukturvarianten abdeckt. Erneut scheint entscheidend zu sein, wie verbindlich die Zusammenarbeit zwischen den Heimärzten/-innen und der Institution ist und, aber damit verbunden, wie intensiv sich die Heimärzte/-innen in zeitlicher Hinsicht in die Arbeit mit den Institutionen investieren. Ist die Verbindlichkeit und die für die heimärztliche Tätigkeit eingesetzte Zeit gering, entspricht die Versorgungsstruktur faktisch jener des Typus «Hausärzte/-innen». Aus einer hohen Verbindlichkeit mit entsprechend grossem zeitlichem Engagement resultiert eine Versorgungsstruktur in der Nähe zum Typus «Inhouse-Ärzte/-innen», wobei jedoch das

---

dass dabei insbesondere die verbesserte Kommunikation innerhalb des Behandlungsteams förderlich ist: «(...) we found that assigning a dedicated GP was associated with a 26 percent and 25 percent reduction in the probability a resident experienced a preventable hospitalization or a readmission, respectively. (...) Qualitative data indicated that the mechanism was improved communication between the dedicated GP and the nursing home staff» (Weatherall, et al., 2019, S. 553).

Kriterium der «Nebenamtlichkeit» eine gewisse Grenze setzt. In jedem Fall kann aber das Einsetzen einer heimärztlichen Bezugsperson eine Chance bedeuten, die medizinische (ärztliche) Versorgungsqualität zu verbessern, einerseits im Bereich der übergeordneten Tätigkeiten für die Institution, andererseits bei der Sicherstellung der hausärztlichen Betreuung. Dies setzt jedoch voraus, dass die Institutionen die Möglichkeit haben, zentrale Anforderungen beispielsweise hinsichtlich Fachlichkeit, Personenzentrierung und Koordination festzulegen und einzufordern. Ist diese Möglichkeit nicht gegeben – etwa weil der hausärztliche «Markt» in der Region so ausgetrocknet ist, dass die Institutionen kaum Handlungsspielraum haben –, kann aus der Chance auch ein Risiko werden.

Schliesslich legt die Typenanalyse einen gewissen Balance-Mechanismus offen: Idealerweise halten sich die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Ärzte/-innen und der Pflegenden die Balance. An mehreren Stellen der Diskussionen zeigte sich, dass ein Fehlen auf der einen Seite Kompensation auf der anderen Seite erfordert, damit eine gute Qualität in der Erbringung der medizinischen Leistungen erreicht werden kann. Gerade in Institutionen, die auf wenig Fachlichkeit und/oder Erreichbarkeit seitens der Heim-/Hausärzte/-innen zählen können, sieht man das aktive Bestreben, sich durch die fachliche Befähigung des Pflorgeteams und eine dezidierte Vernetzung mit externen Fachexperten/-innen und Diensten eine Unabhängigkeit von den Heim-/Hausärzten/-innen bewahren zu können. Umgekehrt wurde die starke Präsenz von Heim-/Hausärzten/-innen als ein Moment gesehen, das die Selbstständigkeit und das Ausschöpfen des Kompetenzspektrums seitens Pflege hindern kann.

Ein häufig angetroffenes Verbesserungspotenzial betrifft die vorausschauenden Massnahmen für alle Bewohnenden. Diese setzen Regelmässigkeit und eine hohe Frequenz von Visiten voraus. Entsprechend waren es auch Praxisbeispiele beim Typus «Inhouse-Ärzte/-innen» und die spitalärztliche Versorgungsstruktur beim Typus «Mobile Ärzte/-innen», welche mit ihrer Präsenz in der Institution gute strukturelle Voraussetzungen dafür mitbrachten. Dasselbe Bild ergibt sich bei der gemeinsamen elektronischen Dokumentation.<sup>29</sup> Wiederum mit Ausnahme des Typus «Inhouse-Ärzte/-innen» und der spitalärztlichen Versorgungsstruktur des Typus «Mobile Ärzte/-innen» zeigte sich ein generelles Entwicklungspotenzial für die Verankerung systematischer Evaluationen zu den medizinischen Massnahmen und bei der Nutzung eines gemeinsamen Behandlungsplans. Dieser letzte Punkt müsste jedoch vertieft angeschaut werden, da die Begrifflichkeiten den Teilnehmenden nicht immer klar waren.

Zum Schluss ist nochmals auf die dieser Arbeit zugrundeliegende Hypothese zurückzukommen. Diese lautete, dass die Sicherstellung der medizinischen Versorgung ausschliesslich durch das Hausarztmodell die Alters- und Pflegeinstitutionen in Bezug auf die Erfüllung der Muss-Kriterien vor Herausforderungen stellt. Neue, innovative Versorgungsmodelle zur Ermöglichung von heimarztähnlichen Versorgungsstrukturen bergen Potenzial mit Blick auf die Sicherstellung einer guten medizinischen (ärztlichen) Grundversorgung.

Die Institutionen, welche ihre Versorgungsstrukturen dem Typus «Hausärzte/-innen» entsprechend organisieren, sind besonders gefordert, die Qualität der medizinischen (ärztlichen) Versorgung für ihre Bewohnenden sicherzustellen. Da wenig formelle Bindungen zu den Hausärzten/-innen bestehen, ist das Mass und die Qualität der ärztlichen Betreuung stark personenabhängig. Wie aus der Typenanalyse aber auch ersichtlich wurde, ist das

---

<sup>29</sup> Auch Weatherall et al. (2019) weisen auf die Bedeutung der Kommunikation für die Versorgungsqualität hin. Speziell auf den Stellenwert von Kommunikationstools Bezug nehmen sodann Testa et al. (2020, S. 369f.).

Vorhandensein einer heimärztlichen Betreuungsstruktur per se noch kein Garant für die Qualität der Versorgung. Sie ist zwar eine Strategie, um die ärztliche Präsenz sicherzustellen und eine übergeordnete Ansprechperson und damit eine gewisse Reduktion der Anzahl involvierter Ärzte/-innen zu erreichen. Ist die heimärztliche Betreuungsperson aber nebenamtlich für die Institution tätig, besteht das Risiko, dass die nötige Zeit und Aufnahmekapazität für Bewohnende fehlen. Modelle, die mit mobilen haus- und heimärztlichen Diensten zusammenarbeiten, können eine Alternative darstellen. Sie sind zwar zeitlich nur begrenzt vor Ort tätig, sind aber auf diese Art der Dienstleistungserbringung und häufig auch auf das Klientel (Alters- und Pflegeinstitutionen und ihre Bewohnenden) spezialisiert. In diesem Sinn kommen sie in ihrer Dienstleistungsqualität nahe an den Typus «Inhouse-Ärzte/-innen» heran, insbesondere wenn die Institution den mobilen Ärzten/-innen auch die Zuständigkeit für übergeordnete Fragen der Institution im Sinne der heimärztlichen Funktion überträgt.

Die vorliegenden Ergebnisse können sodann einerseits von den Alters- und Pflegeinstitutionen dazu genutzt werden, bei der Weiterentwicklung oder Neuentwicklung ihrer Versorgungsstruktur den Blick auf die zentralen Erfolgsfaktoren zu richten und Stolpersteine möglichst zu umgehen. Die Ergebnisse sollen nicht so gelesen werden, dass in jedem Fall ein Wechsel des Versorgungsmodells nötig ist.<sup>30</sup> Denn vielfach sind den Institutionen durch die kantonalen Vorgaben gewisse Rahmenbedingungen gesetzt, mit denen sie sich arrangieren müssen. Aber auch die regionale Verfügbarkeit von Angeboten wie etwa mobilen Dienstleistern oder Regionalspitälern mit geriatrischen Abteilungen ist unterschiedlich. Zudem erreichen kleine Institutionen generell und im ländlichen Raum besonders schnell die Grenzen des (finanziell und organisatorisch) Machbaren. Der verfolgte Ansatz war vielmehr aufzuzeigen, dass es in jedem Typus Elemente gibt, über die Verbesserungen zugunsten der Qualität der medizinischen (ärztlichen) Grundversorgung erzielt werden können – und zwar auch unter den gegebenen und insgesamt schwierigen Bedingungen.

#### 4.4.6 Empfehlungen zu Händen nationaler und kantonaler Akteure

Wenn auch die Alters- und Pflegeinstitutionen die Möglichkeit haben, sich in ihren eigenen Versorgungsmodellen weiterzuentwickeln, gibt es andererseits auch Rahmenbedingungen, die sich dem Handlungsspielraum der Alters- und Pflegeinstitutionen entziehen. Auch dazu haben die Teilnehmenden der verschiedenen Fokusgruppen Hinweise gegeben. Diese sind als typenübergreifend zu verstehen und lassen sich als Empfehlungen an die Akteure der nationalen und kantonalen Gesundheitspolitik und der umsetzenden Behörden formulieren:

- Das erste Handlungsfeld betrifft die Abdeckung des Notfalldienstes in der Nacht, am Wochenende und während Ferienabwesenheiten. Der Notfalldienst wird heute oft durch (mobile) notfallärztliche Dienstleister<sup>31</sup> organisiert. Die Qualität der Notfallversorgung zur Deckung der Versorgungslücke wurde von einigen Fokusgruppenteilnehmenden bemängelt. Dies entspricht den Ergebnissen aus der SHURP-Studie: «Von allen aufgezählten Faktoren, die zu einer Reduktion von Spitaleinweisungen führen könnten, stimmten mit 44.7% am meisten Abteilungsleitungen dem Punkt zu, dass es helfen

---

<sup>30</sup> Die Typenanalyse zeigte, dass die Anstellung von Inhouse-Ärzten/-innen für die Qualität der medizinischen Dienstleistungen förderlich ist. Fakt ist jedoch, dass nur wenige und sehr grosse Institutionen die Anstellung eigener Ärzte/-innen organisieren und finanzieren können. Umso wichtiger ist die Frage, wie auch jenseits des «Goldstandards» und unter den gegebenen Bedingungen eine gute Qualität der medizinischen Grundversorgung erreicht werden kann.

<sup>31</sup> Diese sind, wie bei der Typenbeschreibung (s. Kap. 4.4.2) angesprochen, nicht gleichzusetzen mit den Dienstleistungsunternehmen des Typus «Mobile Ärzte/-innen».

würde, wenn diejenigen Ärzte/-innen, welche die Nächte oder Wochenenden abdecken, besser mit der Situation der Bewohner/-innen vertraut wären. Oft sind zu Randzeiten Notfallärzte/-innen Ansprechpersonen, welche die Bewohner/-innen nicht kennen und rascher zugunsten einer Einweisung entscheiden» (Zúñiga, et al., 2021, S. 65). Verbesserungen beim Angebot der Notfallversorgung müssen von den Kantonen dringend geprüft und eingeleitet werden.

- Das zweite Handlungsfeld nimmt Bezug zum hohen Bedarf an zusätzlicher Fachexpertise in den Themenfeldern Geriatrie, Psychogeriatric, Palliative Care und Demenz, der im Zuge der demografischen Entwicklung weiter steigen wird. Die heutigen Hausärzte/-innen und häufig auch die Heimärzte/-innen im Nebenamt können diese Expertise in der Regel nicht im geforderten Mass in die Institutionen bringen. Umso wichtiger ist es, dass Institutionen in jeder Versorgungsregion Zugang zu entsprechender Fachexpertise über spezialisierte externe Dienste haben. Die Kantone sind gefordert, das Angebot regional auszubauen, um die gesundheitliche Chancengleichheit der Bewohnenden gewährleisten zu können.
- Ein drittes Handlungsfeld betrifft den Zusammenhang zwischen ärztlicher und pflegerischer Fachlichkeit. Der Fachkräftemangel sowohl bei den Allgemeinmediziner/-innen als auch innerhalb der Pflege ist heute schon eine grosse Herausforderung und wird sich in den kommenden Jahren weiter akzentuieren. Das Aufeinandertreffen eines Mangels an Fachkräften auf beiden Seiten wird für die Qualität der medizinischen Grundversorgung der Bewohnenden in den Alters- und Pflegeinstitutionen einschneidend sein. Umso zentraler ist nebst der Förderung des Nachwuchses und der Arbeitsbedingungen in der Hausarztmedizin und den Pflegeberufen (Stichwort Pflegeinitiative) die Arbeit an neuen Konzepten und Modellen zum Einbezug pflegerischer in Ergänzung zur ärztlichen Expertise.<sup>32</sup> Bund und Kantone sind gefordert, die Umsetzung solcher Konzepte und Modelle durch entsprechende Rahmenbedingungen zu fördern.
- Und schliesslich kommt doch auch noch die Finanzierung zur Sprache: Das geriatrische Setting ist mit dem Sprichwort «time is money» grundsätzlich unvereinbar. Eine gute ärztliche Betreuung von geriatrischen Patienten/-innen ist zeitaufwändig, und ein faires Tarifierungssystem muss diesem Umstand Rechnung tragen.

---

<sup>32</sup> «Verschiedene neue Versorgungsmodelle empfehlen fachliche Teams, die z.B. aus einem Arzt/einer Ärztin und einem/einer Advanced Practice Nurse (APN), einem/einer Nurse Practitioner (NP) oder einer Pflegefachperson mit einer vertieften Weiterbildung in Geriatrie bestehen, oder einem mobilen Notfallarztteam, das die bed-side-Versorgung übernehmen kann. Pflegeorientierte Modelle mit APN-geleiteten, multiprofessionellen Supportteams, wie sie z. B. in der Missouri Quality Initiative (MOQI) eingeführt wurden, erreichen eine Reduktion von Spitaleinweisungen um 30%. In der Schweiz zeigt das pflegegeleitete Modell INTERCARE, das mit Pflegefachpersonen mit einer vertieften geriatrischen Weiterbildung (CAS INTERCARE) arbeitet, einen positiven Effekt auf die Reduktion von Spitaleinweisungen» (Zúñiga, et al., 2021, S. 69). Zum INTERCARE-Modell siehe Basinska et al., 2021. Für Evaluationen zu interdisziplinären Versorgungsmodellen und -Teams siehe z.B. Stolee & Hillier, 2002 oder Rantz, et al., 2017.

## 5 Kritische Würdigung und Ausblick

Die vorliegende Arbeit hat den Versuch unternommen, einen Überblick über die heute in den (Deutsch-)Schweizer Alters- und Pflegeinstitutionen genutzten Versorgungsstrukturen im Bereich der medizinischen (ärztlichen) Grundversorgung zu generieren und zu verstehen, welche Momente der Versorgungsqualität zu- oder abträglich sind. Zu diesem Zweck wurden einerseits eine Übersicht zu den zentralen Dimensionen und Zielen einer guten medizinischen Grundversorgung erarbeitet, andererseits eine Vierer-Typologie von ärztlichen Versorgungsmodellen entwickelt.

Die eruierten Dimensionen von Qualitätsanforderungen an die medizinische (ärztliche) Grundversorgung mit insgesamt 18 Zielen haben sich als solides Instrument für die Diskussion qualitätsfördernder und -hindernder Bedingungen innerhalb der Versorgungsmodelle erwiesen. Hilfreich war, dass die Flughöhe so hoch angesetzt war, dass eine relativ globale Situationseinschätzung durch die Praxisvertreter/-innen möglich war. Jedoch litt dabei die begriffliche Schärfe, was sich insbesondere daran zeigte, dass einzelne Aspekte (z.B. der gemeinsame Behandlungsplan) nicht für alle Fokusgruppenteilnehmende ohne Erklärungen anschlussfähig waren. Für weitere Arbeiten mit den Dimensionen müsste eine begriffliche Schärfung einzelner Aspekte vorgenommen werden. Dass die inhaltliche Stossrichtung aber generell die richtige ist, hat sich dadurch gezeigt, dass die Akzeptanz der Muss-Anforderungen seitens der Praxisvertreter/-innen hoch war.

Die Typenbildung bzw. die Diskussion praktischer Versorgungsmodelle anhand der Vierer-Typologie ermöglichte es, zentrale Elemente zu eruieren, denen bei der Ausgestaltung des ärztlichen Versorgungsmodells besondere Aufmerksamkeit zukommen sollte, da diese die Qualität der medizinischen Dienstleistungen im Kontext der geriatrischen Langzeitpflege besonders stark prägen. Die Typenbildung hat sich als geeignete Methode für den vorgesehenen Zweck erwiesen. Beim Typus «Heimärzte/-innen im Nebenamt», der in gewisser Weise eine Zwischenform zwischen den Typen «Inhouse-Ärzten/-innen» und «Hausärzte/-innen» ist, wäre eine tiefergehende Betrachtung sinnvoll: Die Analyse zeigte, dass die Abhängigkeit der Institutionen von Einzelpersonen (Ärzten/-innen) ähnlich hoch ist, wie bei Typus «Hausärzte/-innen». Eine spezifisch auf die verschiedenen Organisationsformen *innerhalb* des Typus «Heimärzte/-innen im Nebenamt» fokussierte Analyse wäre nötig, um noch besser zu verstehen, wo die einzelnen Erfolgsfaktoren und Stolpersteine bei diesem Typus liegen. Auch die Bedeutung kantonaler Vorgaben für die Qualität der medizinischen Grundversorgung innerhalb dieses Typus wäre im Detail zu untersuchen. Auf dieser Basis könnten Kantone, welche entsprechende Vorgaben machen, gezielt ansetzen, um die Qualität der medizinischen Leistungen bei den heimärztlichen Strukturen zu optimieren. Schliesslich müsste bei einer weiteren Beschäftigung mit der Thematik die Typologie um Organisationsmodelle erweitert werden, welche mit pflegegeleiteten Modellen arbeiten, aber auch der Aspekt der Zusammenarbeit mit konsiliarärztlichen Diensten und anderen externen Dienstleistern könnten als Teil einer weiterentwickelten Typologie geprüft werden. Zudem wäre eine spannende Fragestellung, ob und unter welchen Bedingungen neue Technologien (z.B. telemedizinische Anwendungen) Qualität fördern helfen und bzw. oder ob sie unter den aktuellen personellen Engpässen Entlastung ermöglichen.

Auf der Basis der vorliegenden Arbeit liessen sich zahlreiche Folgearbeiten konzipieren: Einerseits könnte im Rahmen einer quantitativen Erhebung untersucht werden, wie verbreitet die Versorgungsstrukturen der Typen in der Schweiz und welche regionalen Unterschiede

hierbei festzustellen sind. Dabei liessen sich die im Rahmen dieser Arbeit eruierten Zusammenhänge als Hypothesen weiter prüfen (z.B. Einfluss der Verbindlichkeit und des Formalisierungsgrades sowie der Hauptamtlichkeit der Zusammenarbeit auf die Versorgungsqualität). Auch der oben angesprochene Einfluss kantonaler Vorgaben wäre ein interessanter Untersuchungsgegenstand. Zudem wäre es lohnenswert, die verschiedenen Typen hinsichtlich der Kosten, welche auf die verschiedenen Kostenträger entfallen, miteinander zu vergleichen. Und last but not least wäre es wichtig, auch die Perspektive der Bewohnenden und ihrer Angehörigen – dies im Sinne von Patient-Reported Experience Measures (PREMs) – auf der einen sowie die Arbeitszufriedenheit der für die Bewohnenden und die Institutionen tätigen Ärzte/-innen innerhalb der verschiedenen Organisationsformen zu untersuchen.

Schliesslich ist nochmals auf die sprachregionale Fokussierung der vorliegenden Arbeit einzugehen: das Potenzial für eine schweizweite Untersuchung wäre vorhanden und der Nutzen einer Erweiterung in Richtung französisch- und italienischsprachiger Schweiz gross gewesen. Die Hürden bei der Durchführung einer nationalen Studie waren einerseits die schwerere Zugänglichkeit zu Schlüsselpersonen in der Westschweiz und im Kanton Tessin, was primär dem in der Deutschschweiz verhafteten beruflichen Netzwerk der Autorin geschuldet war. Andererseits war die Durchführung zwei- oder gar dreisprachiger Fokusgruppen im vorliegenden Kontext nicht möglich. Die Validierung und Komplementierung der Ergebnisse für die Situation in der französisch- und italienischsprachigen Schweiz könnte interessante zusätzliche Erkenntnisse oder gar weitere Strukturtypen aufdecken.

In jedem Fall gebührt der medizinischen Versorgung von Menschen mit Unterstützungsbedarf im Kontext institutionalisierter Wohnformen im Rahmen der Public-Health-Forschung vermehrt Aufmerksamkeit: Einerseits aus einer gesellschaftlichen, ethischen Verpflichtung heraus, müssen die gesundheitliche Chancengleichheit gerade bei hochvulnerablen Personengruppen in unserem Gesundheitssystem besonders kritisch reflektiert und Massnahmen zur Verbesserung dieser definiert werden. Andererseits ist der Versorgungssituation von älteren Menschen in institutionalisierten Wohnformen im Zuge der demografischen Herausforderungen auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive eine adäquate Aufmerksamkeit zukommen zu lassen.

## 6 Literaturverzeichnis

- Ågotnes, G., McGregor, M., Lexchin, J., Doupe, M., Müller, B., & Harrington, C. (2019). An International Mapping of Medical Care in. (SAGE, Hrsg.) *Health Services Insights*(12), S. 1-12. doi:10.1177/1178632918825083
- Basinska, K., Guerbaai, R. A., Simon, M., De Geest, S., Wellens, N., Serdaly, D., . . . Zúñiga, F. (2021). *Ein pflegegeleitetes Versorgungsmodell zur Stärkung der geriatrischen Kompetenz in Pflegeinstitutionen: Die Entwicklung und Inhalte des INTERCARE-Modells*. Institut für Pflegewissenschaft; Universität Basel. Abgerufen am 20. April 2022 von <https://intercare.nursing.unibas.ch/publikationen/>
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2014). *Faktenblatt: Medizinische Grundversorgung*. Abgerufen am 31. März 2023 von [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjTzcbHm4b-AhUT\\_rslHbWzBZoQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.bag.admin.ch%2Fdam%2Fbag%2Fde%2Fdokumente%2Fberufe-gesundheitswesen%2Fmedizinalberufe%2Fmedizinische-grundv](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjTzcbHm4b-AhUT_rslHbWzBZoQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.bag.admin.ch%2Fdam%2Fbag%2Fde%2Fdokumente%2Fberufe-gesundheitswesen%2Fmedizinalberufe%2Fmedizinische-grundv)
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2021). *Faktenblatt Demografische Entwicklung und Pflegebedarf*. Abgerufen am 27. Mai 2023 von [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj1Yfk45X\\_AhW\\_hP0HHVOJCrkQFnoECAwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.bag.admin.ch%2Fdam%2Fbag%2Fde%2Fdokumente%2Fberufe-gesundheitswesen%2Fteritaerstufe%2Fpflegeinitiative%2FFaktenblaetter%2F](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj1Yfk45X_AhW_hP0HHVOJCrkQFnoECAwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.bag.admin.ch%2Fdam%2Fbag%2Fde%2Fdokumente%2Fberufe-gesundheitswesen%2Fteritaerstufe%2Fpflegeinitiative%2FFaktenblaetter%2F)
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2022). *Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung (Qualitätsstrategie). Sicherung und Förderung der Qualität der Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*. Abgerufen am 10. November 2022 von [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/qualitaetsstrategie-kk/qualitaetsstrategie-krankenversicherung.pdf.download.pdf/BAG\\_Qualit%C3%A4tsstrategie\\_DE.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/qualitaetsstrategie-kk/qualitaetsstrategie-krankenversicherung.pdf.download.pdf/BAG_Qualit%C3%A4tsstrategie_DE.pdf)
- Bundesamt für Statistik BFS. (2020). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung: Ergebnisse des Referenzszenarios*. Abgerufen am 31. Mai 2023 von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukuenftige-entwicklung.assetdetail.12107020.html>
- Bundesrat. (2011). *Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Motion 08.3608 von Nationalrätin Jacqueline Fehr „Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin“*. Abgerufen am 7. Mai 2022 von <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufe-gesundheitswesen/medizinalberufe/medizinische-grundversorgung/bericht-br-strat-aerztemangel-foerderung-ha-med.pdf.download.pdf/bericht-br-strat-aerztemangel-foerderung-ha-med-d.pdf>
- Graverholt, B., Forsetlund, L., & Jamtvedt, G. (2014). Reducing hospital admissions from nursing homes: A systematic review. *BMC Health Services Research* 14(36). doi:10.1186/1472-6963-14-36
- Häder, M. (2019). *Empirische Sozialforschung: Eine Einführung* (4. Ausg.). Wiesbaden: Springer.

- Haines, T., Palmer, A., Tierney, P., Si, L., & Robinson, A. (2020). A new model of care and in-house general practitioners for residential aged care facilities: a stepped wedge, cluster randomised trial. *MJA*, 212(9), S. 409-415. doi:10.5694/mja2.50565
- Hamel, C., Garritty, C., Hersi, M., Butler, C., Esmailisaraji, L., Rice, D., . . . Hutton, B. (2021). Models of provider care in long-term care: A rapid scoping review. *PLoS ONE* 16(7): e0254527. doi:https://doi.org/
- Häsli, T., & Bieri, G. (2013). Die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten in Schweizer Pflegeheimen. *Schweizerische Ärztezeitung*, 94(51/52), S. 1956-1958.
- Hillmann, K. H. (2007). *Wörterbuch der Soziologie* (5. Ausg.). Stuttgart: Alfred Kröner Verlag.
- Kanton Thurgau. (2022). *Weisungen des Departementes für Finanzen und Soziales betreffend die Bewilligung und den Betrieb von Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen (Pflegeheime)*. Abgerufen am 30. April 2023 von [https://gesundheit.tg.ch/public/upload/assets/137768/Weisungen\\_des\\_Departementes\\_f%C3%BCr\\_Finzen\\_und\\_Soziales\\_betreffend\\_die\\_Bewilligung\\_und\\_den\\_Betrieb\\_von\\_Einrichtungen\\_f%C3%BCr\\_pflegebed%C3%BCrftige\\_Menschen%20\\_Pflegeheime\\_in\\_Kraft\\_gesetzt\\_auf\\_den\\_1](https://gesundheit.tg.ch/public/upload/assets/137768/Weisungen_des_Departementes_f%C3%BCr_Finzen_und_Soziales_betreffend_die_Bewilligung_und_den_Betrieb_von_Einrichtungen_f%C3%BCr_pflegebed%C3%BCrftige_Menschen%20_Pflegeheime_in_Kraft_gesetzt_auf_den_1).
- Kantonsärztlicher Dienst des Kantons Thurgau. (2017). *Mustervereinbarung Heimarzt / Heimärztin, Pflegeheim*. Abgerufen am 30. April 2023 von [https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fgesundheit.tg.ch%2Fpublic%2Fupload%2Fassets%2F45161%2FMuster\\_Heimarzt-Vereinbarung\\_TG.docx&wdOrigin=BROWSELINK](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fgesundheit.tg.ch%2Fpublic%2Fupload%2Fassets%2F45161%2FMuster_Heimarzt-Vereinbarung_TG.docx&wdOrigin=BROWSELINK)
- Katz, P. R., Karuza, J., Intrator, O., & Mor, V. (2009). Nursing home physician specialists: a response to the workforce crisis in long-term care. *Annals of Internal Medicine*, 150(6), S. 411-413. Abgerufen am 20. April 2022 von <http://annals.org/data/journals/aim/20178/0000605-200903170-00010.pdf>
- Kobewka, D. M., Kunkel, E., Hsu, A., Talarico, R., & Tanuseputro, P. (2020). Physician Availability in Long-Term Care and Resident Hospital Transfer: A Retrospective Cohort Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(4), S. 469-475. doi:https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.06.004
- Kuckartz, U. (2020). Typenbildung. In G. Mey, & K. Mruck, *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie. Band 2: Designs und Verfahren* (2. Ausg., S. 795-812). Wiesbaden: Springer.
- Muench, M., Simon, M., Guerbaai, R. A., De Pietro, C., Zeller, A., Kressig, R. W., & Zúñiga, F. (2019). Preventable hospitalizations from ambulatory care sensitive conditions in nursing homes: Evidence from Switzerland. *International Journal of Public Health*, 64(9), S. 1273-1281. doi:10.1007/s00038-019-01294-1
- Neuner-Jehle, S., Graber, S., Keizer, E., Huber, C., Blozik, E., Rosemann, T., & Senn, O. (2021). Time trends in general practitioners' home visits for older patients: a retrospective cross-sectional study from Switzerland. *Swiss Medical Weekly*(151), S. 1-9. doi:10.4414/smw.2021.20539
- Pellegrini, S., Dutoit, L., Pahud, O., & Dorn, M. (2022). *Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. Prognosen bis 2040 (Obsan Bericht 03/2022)*. Abgerufen am 31. Mai 2023 von [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2022-05/Obsan\\_03\\_2022\\_BERICHT.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2022-05/Obsan_03_2022_BERICHT.pdf)

- Przyborski, A., & Riegler, J. (2020). Gruppendiskussion und Fokusgruppe. In G. Mey, & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Band 2: Designs und Verfahren* (2. Ausg., S. 395-411). Wiesbaden: Springer. doi:10.1007/978-3-658-26887-9
- Przyborski, A., & Slunecko, T. (2020). Dokumentarische Methode. In G. Mey, & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Band 2: Designs und Verfahren* (2. Ausg., S. 537-554). Wiesbaden: Springer. doi:10.1007/978-3-658-26887-9
- Rantz, M. J., Popejoy, L., Vogelsmeier, A., Galambos, C., Alexander, G., Flesner, M., . . . Petroski, G. (2017). Successfully reducing hospitalizations of nursing home residents: Results of the Missouri Quality Initiative. (G. Mey, & K. Mruck, Hrsg.) doi:<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.05.027>
- Ruddat, M. (2012). Auswertung von Fokusgruppen mittels Zusammenfassung. In M. Schulz, & B. Mack, *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung*. (S. 195-206). Heidelberg: Springer. doi:10.1007/978-3-531-19397-7
- Schols, J., Crebolder, H., & van Weel, C. (2004). Nursing Home and Nursing Home Physician: The Dutch Experience. *JAMDA*(5), S. 207–212.
- Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK & Bundesamt für Gesundheit BAG. (2012). *Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. Bericht der Arbeitsgruppe Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung von GDK und BAG*. Abgerufen am 7. Mai 2022 von [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/dokumentation/berichte/Neue\\_Versorgungsmodelle\\_fuer\\_die\\_medizinische\\_Grundversorgung.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/dokumentation/berichte/Neue_Versorgungsmodelle_fuer_die_medizinische_Grundversorgung.pdf)
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan. (2023). Eintrittsalter ins Pflegeheim. Abgerufen am 26. Mai 2023 von <https://ind.obsan.admin.ch/de/indicator/obsan/eintrittsalter-ins-pflegeheim>
- Stierli, R., Rozsnyai, Z., Felber, R., Jörg, R., Kraft, E., Exadaktylos, A., & Streit, S. (2021). Primary Care Physician Workforce 2020 to 2025 - a cross-sectional study for the Canton of Bern. *Swiss Medical Weekly*(151), S. 1-8. doi:10.4414/SMW.2021.w30024
- Stolee, P., & Hillier, L. M. (2002). *The Ontario nurse practitioner in long-term care facilities pilot project – interim evaluation*. Abgerufen am 28. Oktober 2022 von [https://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/nurseprac02/n\\_p\\_report\\_022302.pdf](https://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/nurseprac02/n_p_report_022302.pdf)
- Testa, L., Seah, R., Ludlow, K., Braithwaite, J., & Mitchell, R. (2020). Models of care that avoid or improve transition to hospital services for residential aged care facility residents: An integrative review. *Geriatric Nursing*(41(4)), 360-372. doi:10.1016/j.gerinurse.2019.02.001
- Weatherall, C. D., Hansen, A., & Nicholson, S. (2019). The effect of assigning dedicated general practitioners to nursing homes. *Health Serv Res.* (54), S. 547-554.
- Zeller, A., & Giezendanner, S. (2020). Resultate der 4. Workforce Studie. *Primary and Hospital Care* 20(11), S. 325-328. Abgerufen am 9. Mai 2022 von <https://primary-hospital-care.ch/article/doi/phc-d.2020.10311>

- Zimmermann, T. (2021). Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care. (B. f. (BZgA), Hrsg.) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten*. doi:doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i096-2.0
- Zúñiga, F., Favez, L., Baumann, S., Kindlimann, A., Oeri, A., Benkert, B., . . . Simon, M. (2021). *SHURP 2018: Swiss Nursing Homes Human Resources Project. Schlussbericht Personal und Pflegequalität in Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz und Romandie*. Basel. Abgerufen am 21. Mai 2023 von <https://shurp.unibas.ch/wp-content/uploads/2021/05/SHURP-2018-Schlussbericht-April-21-1.pdf>

## 7 Anhang

### 7.1 Fragebogen für die schriftliche Befragung von Schlüsselpersonen

#### **Ermittlung von Wissen zu den verschiedenen Organisationsformen der medizinischen Grundversorgung in den Schweizer Heimen**

im Rahmen der Masterarbeit «Die medizinische Grundversorgung der Bewohner/-innen von Alters- und Pflegeinstitutionen in der Schweiz: Welche Modelle für die Zukunft?»

Anna Jörger, wissenschaftliche Mitarbeiterin CURAVIVA, XX.XX.2022

---

Vielen Dank, dass Sie sich einen Moment Zeit nehmen, Informationen zu den unten gestellten Fragen bereitzustellen. Diese Informationen dienen dazu, mehr über die Organisation der medizinischen Versorgung durch Ärzte/-innen in den Institutionen der Langzeitpflege in der Schweiz zu erfahren und eine möglichst breite Palette an Modellen und Varianten zusammenstellen zu können, die im Anschluss eingehender untersucht werden können.

Die von Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen werden in die Erarbeitung meiner Masterarbeit fliessen oder dazu genutzt, weitergehende Recherchen zu betreiben. Ich werde in der Arbeit erwähnen, dass verschiedene Stakeholder (z.B. die kantonalen CURAVIVA-Sektionen, Vertreter/-innen von Bund und Kantonen, andere Wissensträger/-innen) befragt wurden, jedoch werden ich keine Personen namentlich zitieren.

#### **Fragen:**

---

**1. Wie ist in Ihrem Kanton die medizinische Grundversorgung durch Ärztinnen und Ärzte in den Heimen geregelt und welche gesetzlichen Vorgaben sind dabei wesentlich?**

→ *kurze Beschreibung, idealerweise mit Angabe allfälliger gesetzlicher Quellen.*

**2. Wie organisieren die Institutionen in Ihrem Kanton praktisch die medizinische Versorgung? Gibt es darunter auch besonders innovative, neuere medizinische Versorgungsmodelle?**

→ *Kurze Beschreibung, wie die verschiedenen Versorgungsformen/-Modelle aussehen, eventuell unter Angabe von repräsentativen Praxisbeispielen, die sich näher untersuchen liessen.*

**5. Gibt es generelle Herausforderungen, mit denen die Heime bei der Organisation der medizinischen Grundversorgung konfrontiert sind? Welche sind das?**

## 7.2 Fünf Dimensionen von Qualitätsanforderungen an die medizinische (ärztliche) Grundversorgung in den Alters- und Pflegeinstitutionen



### 1. Fachlichkeit

- 1.1 Die Haus-/Heimärzte/-innen verfügen über (mindestens) solide geriatrische Fachexpertise. Diese deckt altersspezifische Themen wie z.B. palliative Fragestellungen und Advanced Care Planning, Psychogeriatric, Pharmazie/Pharmakologie, Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Anwendung von für die geriatrische Langzeitpflege geeigneten Instrumenten zur Einschätzung des Gesundheitszustandes und zur Evaluation der Wirksamkeit von medizinischen Massnahmen ab.
- 1.2 Falls vom/von der Bewohnenden gewünscht und zur Erreichung des Behandlungsziels sinnvoll, werden spezialisierte, externe Gesundheitsfachpersonen/-Dienste beigezogen oder eine Überweisung/Verlegung in eine andere Einrichtung vorgenommen.
- 1.3 Es werden vorausschauend Massnahmen zur Stabilisierung und Förderung von Lebensqualität und zur Vermeidung von Notfallsituationen eingeleitet.

### 2. Erreichbarkeit und Präsenz

- 2.1 Die Haus-/Heimärzte/-innen sind während den Praxisöffnungszeiten erreichbar (Ansprechbarkeit, Termintreue, Wartezeiten vermeiden).
- 2.2 Ein Notfalldienst (Hintergrunddienst) ausserhalb der Praxisöffnungszeiten ist vorhanden und nimmt den Dienst wahr, wenn er angefordert wird.
- 2.3 Die Haus-/Heimärzte/-innen überprüfen regelmässige den Gesundheitszustand der Bewohnenden, und zwar vor Ort und in dem Gesundheitszustand angepassten Abständen. Insbesondere auch Personen, deren Gesundheitszustand (noch) nicht auffällig ist sowie Personen, die ihre Bedürfnisse nicht selbst äussern können, erhalten eine angemessene Aufmerksamkeit.

### 3. Koordination

- 3.1 In der Institution sind interdisziplinär und interprofessionell ausgerichtete, für die gesamte Institution geltende Leitlinien/Konzepte zur medizinisch-pflegerischen Versorgung der Bewohnenden vorhanden, welche Themen wie Sturzprävention, palliative Massnahmen, Umgang in Reanimationssituationen und mit Zwangsmassnahmen, Notfallkonzepte, Notfallapotheke, Sterbehilfe, Hygienestandards, Infektionskontrolle usw. umfassen.
- 3.2 Es bestehen klar geregelte Zuständigkeiten, Befugnisse und gemeinsame Regeln der Kommunikation innerhalb des Behandlungsteams (Haus-/Heimärzte/-innen, Pflege, weitere interne und externe Dienstleister).
- 3.3 Das gesamte Behandlungsteam (Haus-/Heimärzte/-innen, Pflege, weitere interne und externe Dienstleister) orientiert sich am Behandlungs- und Betreuungsplan des/der Bewohnenden im Sinne eines zentralen Planungs- und Kommunikationsinstruments.

### 4. Kommunikation und Zusammenarbeit

- 4.1 Es existiert eine lückenlose klinische (elektronische) Dokumentation, die dem gesamten Behandlungsteam (Haus-/Heimärzte/-innen, Pflege, weitere interne und externe Dienstleister) zugänglich ist und von diesem gepflegt wird.
- 4.2 Das Behandlungsteam (Haus-/Heimärzte/-innen, Pflege, idealerweise auch die weiteren interne und externe Dienstleister) tauscht sich in einem dem Gesundheitszustand der Bewohnenden entsprechenden Rhythmus aus und bespricht regelmässig die übergreifende Zusammenarbeit im Team.
- 4.3 Das Behandlungsteam (Haus-/Heimärzte/-innen, Pflege, idealerweise auch weitere interne und externe Dienstleister) vertraut in die Fähigkeit der Teamkollegen/-innen und der Umgang untereinander ist konstruktiv und wertschätzend.

### 5. Personenzentrierung

- 5.1 Es besteht eine grundlegende Offenheit und Toleranz gegenüber den individuellen Präferenzen und Lebensstilen der Bewohnenden im gesamten Behandlungsteam (Haus-/Heimärzte/-innen, Pflege, idealerweise auch weitere interne und externe Dienstleister) und die Behandlungsziele und -Massnahmen werden danach ausgerichtet.
- 5.2 Es liegt eine regelmässig aktualisierte gesundheitliche Vorausplanung (Advanced Care Planning) mit individuellen Präferenzen und Wünschen vor, zu der das gesamte Behandlungsteam (Haus-/Heimärzte/-innen, Pflege, weitere interne oder externe Dienstleister) Zugang hat.
- 5.3 Bei der Entscheidungsfindung beziehen die Haus-/Heimärzte/-innen den/die Bewohnende/-n, aber auch seine/ihre Angehörigen, die Pflege sowie ggf. Behörden ein und orientieren sich an seiner/ihrer gesundheitlichen Vorausplanung (Advanced Care Planning). Sie befähigen den/die Bewohnende/-n und/oder die Angehörigen durch eine sorgfältige Information zu einer autonomen Entscheidungsfindung.
- 5.4 Die eingeleiteten medizinischen und pflegerischen Massnahmen werden regelmässig auf ihre Wirksamkeit hin überprüft, wobei insbesondere der vom/von der Bewohnenden wahrgenommene Nutzen berücksichtigt wird.