



Begleitstudie

Die Integration einer Hausarztpraxis in ein Alters- und Pflegeheim

Prof Dr. Romy Mahrer Imhof
Prof Dr. Lorenz Imhof

2017 - 2020

Impressum

Auftraggeber: Alters- und Pflegeheim Im Fahr, Brugg

Projektverantwortliche: Barbara Burkhalter

Schlussbericht: Prof Dr. Romy Mahrer Imhof, Prof Dr. Lorenz Imhof,
Nursing Science & Care GmbH, www.ns-c.ch, 052 213 65 65,
Ansprechperson für das Projekt: Barbara Burkhalter

Lektorat: Dore Wilken, dwilken@gmx.de

Layout und Grafiken: publix.ch

Fotografien: Publix, Nursing Science & Care GmbH, Alters- und
Pflegeheim Im Fahr

Förderung: Dieser Bericht dokumentiert ein Förderprojekt der Age-
Stiftung. Weitere Informationen dazu unter www.age-stiftung.ch.

Die Age-Stiftung legt ihren Fokus auf Wohnen und Älterwerden. Dazu
fördert sie Wohn- und Betreuungsangebote in der deutschsprachigen
Schweiz mit finanziellen Beiträgen. Sie engagiert sich für inspirierende
zukunftssträchtige Lösungen und informiert über gute Beispiele.

Zitation des Berichts: Mahrer Imhof Romy, Imhof Lorenz (2020).

Die Integration einer Hausarztpraxis in ein Alters- und Pflegeheim.
Winterthur: Nursing Science & Care GmbH.

Februar 2020

Age —
Stiftung

im fahr
individuell betreut

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	4
.....		
2	Ausgangslage	10
.....		
3	Projektidee	13
.....		
4	Evaluation	14
4.1	Wirkungsmodell	14
4.2	Methode	16
.....		
5	Chronologische Entwicklung des Projektes im Überblick	17
.....		
6	Überzeugungsarbeit leisten und Infrastruktur erstellen	18
6.1	Politische Prozesse	18
6.2	Umbauarbeiten/Infrastruktur (Pläne, Kosten)	18
.....		
7	Die Idee umsetzen und ein Betriebsmodell entwickeln	20
7.1	Die Organisation festlegen	20
7.2	Patienten versorgen	20
7.3	Eine Hausarztpraxis auslasten	22
.....		
8	Neue Prozesse einleiten	24
8.1	Ein Team entwickeln	24
8.2	Als Pflegeexpertin tätig werden	25
8.3	Kollaborieren für bessere Wirksamkeit	28
.....		
9	Interview mit der Heimleitung Barbara Burkhalter	29
.....		
10	Einbettung des Projektes in Konzepte integrierter Versorgung	32
10.1	Pro-aktive Unterstützung	32
10.2	Integrierte Versorgungsmodelle	33
10.2.1	Befähigende Interaktion zwischen Patienten und Patientinnen/ Bewohnenden und Fachpersonen	34
10.2.2	Zukunftsweisendes Betriebskonzept	36
10.2.3	Ermöglichendes Gesundheitssystem	38
.....		
11	Referenzen	42
.....		

1 Zusammenfassung

Das Alters- und Pflegeheim Im Fahr in der Berner Gemeinde Brügg integrierte eine Hausarztpraxis in seine Räumlichkeiten. Damit sollte die heimärztliche Versorgung der 46 Bewohnerinnen und Bewohner und gleichzeitig die hausärztliche Versorgung in der Region sichergestellt werden. Das Projekt war erfolgreich. Die Praxis funktionierte nach kurzer Zeit kostendeckend. Die enge Zusammenarbeit zwischen den Ärztinnen und einer Pflegeexpertin in Palliativ Care erlaubte eine neue Aufgabenteilung im Heim. Neue interprofessionelle Prozesse verbesserten die Versorgung. Das fachliche Profil wurde geschärft und die Nachfrage nach Palliativ-Care-Betreuung durch das Alters- und Pflegeheim nahm zu.



1. Die Projektidee

Im Jahr 2016 drohte ein Hausarztmangel als Folge der bevorstehenden Pensionierung einer bisherigen Ärztin im Gemeindeverband Brügg. Dies veranlasste die Heimleiterin des Alters- und Pflegeheims Im Fahr dazu, ein Projekt zur Sicherung der heim- und hausärztlichen Versorgung zu lancieren. Eine ins Heim integrierte Hausarztpraxis sollte der Sicherung einer guten medizinisch-pflegerischen Versorgung der Heimbewohnenden dienen und gleichzeitig die ärztliche Grundversorgung der 15'000 Einwohnerinnen und Einwohner im Einzugsgebiet unterstützen. Im Bewusstsein wie schwierig sich die Suche nach Hausärztinnen und Hausärzten für die Region in der Vergangenheit gestaltet hatte, genehmigten die Trägerschaft und der Vorstand das Projekt. Durch die finanzielle Unterstützung der Age-Stiftung konnten im Jahr 2017 die notwendigen Umbaumaassnahmen und das neue Betriebskonzept in Angriff genommen werden.



2. Begleitstudie

Die Begleitstudie deckte den Zeitraum von Beginn des Umbaus im Jahr 2017 bis zum Abschluss des Pilotprojekts Ende 2019 ab. Die Evaluation wurde durch die Firma Nursing Science & Care GmbH, Prof. Dr. Romy Mahrer Imhof und Prof. Dr. Lorenz Imhof, durchgeführt.

Die Grundlage der Studie bildeten Interviews mit verschiedenen Akteuren und Akteurinnen: Leitungsmitglieder, Vertreter politischer Gremien, Ärztinnen, Fachpersonal aus der Arztpraxis und dem Heim, Patientinnen und Patienten sowie Bewohnende des Im Fahr.

Ergänzend wurden Daten zum Betrieb der Hausarztpraxis, Protokolle der Heimleitung zum Projektverlauf und Daten zu den Aktivitäten der Pflegeexpertin im Alters- und Pflegeheim ausgewertet.

Auf dieser Datengrundlage beschreibt der vorliegende Bericht den Aufbau der Heim- und Hausarztpraxis, deren Auslastung und Funktionieren. Dargestellt werden die neu etablierte Zusammenarbeit zwischen Praxis und Heim und Veränderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Reaktionen von Heimbewohnenden, Patientinnen und Patienten, aber auch von externen Stakeholders werden beschrieben. Überlegungen der Autorin und des Autors zu neuen Versorgungsmodellen werden mit den Erfahrungen in diesem Projekt in Verbindung gebracht.

3. Ergebnisse

a. Das Konzept der Praxis ist aufgegangen

Die neue Praxis wurde im Gartengeschoss des Heims ausgebaut, hat einen separaten Eingang und eine interne Verbindung zum Heim. Parkplätze sind vorhanden und die Anbindung an den öffentlichen Verkehr ist mit einer 50 Meter entfernten Bushaltestelle gegeben. Die Praxis wurde 2018 offiziell eröffnet. Die Hausarztpraxis und das Alters- und Pflegeheim wurden organisatorisch als zwei unabhängige Einheiten konzipiert. Beide Bereiche werden von der Heimleitung geführt. Alle Mitarbeiterinnen der Arztpraxis (Ärztinnen und Medizinische Praxisassistentinnen MPA) sind Angestellte, mit Teilzeitanstellungen zwischen 40 und 90 %. Die Ärztinnen erhalten eine Umsatzbeteiligung. Die Pflegeexpertin mit Spezialisierung in Palliativ Care leistet Einsätze im Heim und in der Arztpraxis. Sie ist im Alters- und Pflegeheim als Stabsstelle der Heimleitung angestellt.

Bei der Wahl neuer Mitarbeitender wurde das Personal beider Einheiten aktiv miteinbezogen.

Die Auslastung der Praxis hat sich wie geplant entwickelt. Der Patientenstamm umfasste in den ersten sieben Monaten 840 und am Ende des zweiten Betriebsjahrs 1201 Personen. Die Konsultationen stiegen von 576 pro Monat in der ersten Phase auf nunmehr 681 pro Monat (+18 %) bei Projektende. Es wurden mehrheitlich Frauen (61 %) in allen Altersgruppen behandelt. Rund 36 % der Personen waren über 65 Jahre, 13,8 % über 80 Jahre alt. Der Anteil der Heimbewohnenden, die durch Ärztinnen der Praxis versorgt wurden, hat sich im Projektverlauf auf 40 Personen (86 %) erhöht. Der Vorstand und die Trägerschaft der Gemeinden äusserten sich positiv zum guten Geschäftsverlauf und zur Sicherung der medizinisch-pflegerischen Grundversorgung.

b. Neue fachliche Kompetenz integriert und Zusammenarbeit etabliert

Pflegeexpertinnen APN (Advanced Practice Nurses) sind dank ihres Masterstudiums und ihrer erweiterten klinischen Fähigkeiten besonders für den Aufbau integrierter Versorgungsmodelle geeignet. Eine entsprechende Fachperson wurde auch für die Mitarbeit in der Arztpraxis und im Heimbereich gesucht. Der Mangel an geeigneten Bewerbungen, die diesem Anforderungsprofil entsprachen, führte dazu, dass von diesem Plan abgewichen werden musste. Eine Pflegefachperson mit absolvierter Palliativpflegeweiterbildung wurde als Pflegeexpertin mit einem Pensum von 80 % angestellt. Ihr laufendes Hochschulstudium wird vom Im Fahr unterstützt und sie erhält regelmäßiges hausärztliches Mentoring durch die Mitarbeit in der Hausarztpraxis.

Ihr Einsatz erfolgte mehrheitlich im Alters- und Pflegeheim. Ihre Tätigkeiten teilen sich auf in klinische Interventionen für Bewohnende und Angehörige (54 %), in die Koordination mit Ärztinnen, Pflegepersonal und externen Diensten (21 %) und in die Weiterbildung des Pflegepersonals (25 %).

Ihr inhaltlicher Schwerpunkt lag in der Bearbeitung neuer Standards für das Schmerzmanagement und in der Neukonzeption der Arztvisite im Heim. Dafür übernahm sie vermehrt Triagefunktionen; sie entschied, welche Fragen von den Pflegefachpersonen selbstständig beantwortet werden und welche an die Ärztinnen für deren Vorbereitung der Visite weitergeleitet werden mussten. Vereinzelt übernahmen die Pflegeexpertin und eine Hausärztin in interprofessioneller Zusammenarbeit die Begleitung und Betreuung von Bewohnenden respektive Patientinnen und Patienten am Lebensende.

4. Perspektiven für das Projekt

Nach 18 Monaten Laufzeit hat die Integration einer Hausarztpraxis in das Pflegeheim Im Fahr und die Idee enger interprofessioneller Zusammenarbeit im Sinne integrierter Versorgung zwei der drei gesetzten Ziele erreicht. Erstens, konnte die ärztliche Versorgungssicherheit für Heimbewohnende und Einwohner oder Einwohnerinnen des Gemeindeverbands erhöht werden. Zweitens, kam es zu einer Qualitätssteigerung sowie einer Stärkung und Erweiterung des pflegerisch-medizinischen Angebots durch den Einsatz einer Pflegeexpertin mit Spezialisierung in Palliativpflege. Erfolgsfaktor dabei waren Teamarbeit über bestehende organisatorische, professionelle Grenzen hinweg und eine enge persönliche Zusammenarbeit aller Beteiligten. Dies führte zu einer Profilschärfung für das Alters- und Pflegeheim Im Fahr. Die Institution gilt heute als kompetent in der palliativen Versorgung. Ein Anstieg an Anfragen für Dienstleistungen in diesem Bereich war zu verzeichnen. Der Ausbau der Fachkompetenz der Mitarbeitenden und die Intensivierung der integrierten Versorgung in diesem Gebiet ist geplant. Erste Überlegungen zur Bereitstellung von Palliativ-Care-Betten als Teil der medizinisch-pflegerischen Grundversorgung drängen sich auf.

Das dritte Ziel, die Koordination und die mögliche Kooperation des neuen Angebots mit bestehenden Leistungen auf Gemeindeebene, steht noch am Anfang der geplanten Umsetzung.

5. Einbettung des Projektes in Konzepte integrierter Versorgung

Die Autorin und der Autor verbinden die erfolgreiche Umsetzung der Projektidee mit verschiedenen Gelingensfaktoren. Dazu gehört neben einem sorgfältigen Projektmanagement und der politischen Integration auf Gemeindeebene die klare Ausrichtung der Leistungen auf ein Modell integrierter Versorgung. Entscheidend war die Neugestaltung von Rollen und Prozessen in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Eine Zusammenarbeit, die personelle Ressourcen auch für die Bildung eines gemeinsamen Teams, Kontinuität und Transparenz durch offene Informationswege zur Verfügung stellt.



2 Ausgangslage

In der Region des Seelandes drohte das Gesundheitssystem durch den Mangel an Hausärztinnen bzw. -ärzten an Qualität zu verlieren.

Von diesem Mangel an Fachpersonen waren auch die Alters- und Pflegeheime der Region betroffen. Nicht mehr alle Heime in der Region fanden einen Heimarzt oder eine Heimärztin, um die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner sicherzustellen. In der Region Biel/Seeland sollten deshalb die Spitäler, wie das Spitalzentrum Biel, vermehrt die Grundversorgung in den Heimen übernehmen. Diese taten sich aber schwer mit dieser Aufgabe¹.

Das Problem des Fachkräftemangels in der Gesundheitsversorgung ist nicht neu². Vor mehr als zehn Jahren schlugen die Hausärztinnen und -ärzte in der Schweiz Alarm und wiesen auf einen drohenden Mangel in dieser Berufsgruppe in der medizinischen Grundversorgung hin. Sie forderten, dass mehr Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden sollten, um für die ganze Bevölkerung die Versorgung zu garantieren. Mehr Ansehen und ein besserer Lohn für Hausärztinnen und Hausärzte sollten den Beruf attraktiver zu machen.

Beim Berufsverband Hausärzte Schweiz schätzt man, dass ohne weitere Massnahmen im Jahr 2025 5000 Hausärzte fehlen werden. Die OECD empfiehlt, dass eine grundversorgende Ärztin bzw. ein Arzt pro 1000 Einwohnende eines Landes vorhanden sein sollte. Die Hausarzttdichte in der Schweiz lag 2016 bei 0.95 Ärztinnen bzw. Ärzten pro 1000 Einwohnend³. Dabei gab es aber erhebliche regionale Unterschiede. Vor allem

in ländlichen Gebieten lag die Zahl zwischen 0.4 bis 0.55 Hausärztinnen bzw. -ärzten pro 1000 Bewohnende⁴. In diesen ländlichen Gebieten müssen demnach von einer Hausärztin oder einem Hausarzt zwischen 1800 und 2500 Einwohner und Einwohnerinnen versorgt werden.

Auch bei den Pflegefachpersonen, der grössten Berufsgruppe der medizinisch-pflegerischen Grundversorgung, wird ein Fachkräftemangel prognostiziert⁵. Der Versorgungsbericht von 2016 erwartet, dass der Bedarf an Pflegepersonal in den nächsten neun Jahren um gut 20% oder 40'000 Personen steigen wird. Im Jahr 2014 arbeiteten gut 178'000 Personen im Pflegebereich, 2025 werden insgesamt fast 218'000 Fachkräfte benötigt. Besonders die Versorgung durch die Spitex, mit einem prognostizierten Zuwachs von 11'400 Fachkräften, (+35%) und die Versorgung in den Pflegeheimen, prognostizierter Zuwachs 16'485 Fachkräfte (+25.7%), weist einen enormen Bedarf an neuem Personal aus. Laut dem Bericht werden die Pflegeheime in den nächsten Jahren zum grössten Arbeitgeber für Mitarbeitende in den Pflege- und Betreuungsberufen.

In der ganzen Schweiz finden deshalb Diskussionen statt, wie bestehende Strukturen und Prozesse der Versorgung gestaltet werden sollen, um die medizinisch-pflegerischen Leistungen in der Grundversorgung zu sichern.

Die Heimleitung des Alters- und Pflegeheims Im Fahr war 2016 ebenfalls mit der drohenden Lücke in der medizinisch-pflegerischen Grundversorgung konfrontiert. Die Situation wurde durch die bevorstehende Pensi-

1 Bieler Tagblatt, «Hausärztemangel trifft Pflegeheime».

2 Seematter-Bagnoud u. a., «Offre et recours aux médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030».

3 OECD, Health Workforce Policies in OECD Countries.

4 Hofstettler und Kraft, «FMH-Ärzttestatistik 2017 – aktuelle Zahlen».

5 Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und OdASanté, «Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2016».

onierung der Haus- und Heimgärtin in der Gemeinde Brugg akut. Herausgefordert durch die Situation suchten die Verbandsgemeinden und das Heim nach tragfähigen Lösungen, um die Versorgung sowohl der regionalen Bevölkerung wie auch der Heimbewohnenden im Gemeindeverband Brugg langfristig sicherzustellen. Dafür sollten die fachlichen Ressourcen aus dem Heim genutzt und ausgebaut werden können.

In den sieben Gemeinden des Gemeindeverbandes Brugg leben rund 15'000 Personen. Zum Gemeindeverband gehören die Gemeinden Brugg (4298 Einwohnerinnen und Einwohner), Studen (3107), Orpund (2675), Safnern (1951), Aegerten (1874), Schwadernau (657) und Scheuren (449). Der Anteil der Bevölkerung in der Altersgruppe 65+ Jahre ist mit einem Anteil von

20.2% höher als im schweizerischen Durchschnitt. Den tiefsten Anteil weist die Gemeinde Scheuren (16.5%) und den höchsten Anteil die Gemeinde Aegerten (22.6%) aus⁶.

Zur Zeit des Projektstarts waren drei Hausärzte im Einzugsgebiet tätig und ein zweites Heim bot Betreuung und Pflege an. Der Bedarf an medizinischen Leistungen in der Region erhöhte sich zusätzlich durch ein geplantes Bauprojekt für Alterswohnungen in der Gemeinde Brugg.

6 Bundesamt für Statistik, «Regionalporträts 2017: Gemeinden – Kennzahlen».



Abbildung 1: Gemeindeverband Brugg

Eckdaten Im Fahr

Stand 1.1.2020

Ertrag:	2019 CHF 4'774'500.–
Team:	78 Mitarbeitende
Bewohnerinnen und Bewohner:	46
Baujahr:	1989
Trägerschaft:	Gemeindeverband Region Brugg (7 Gemeinden)
Lage:	zentral gelegen, hat eine Bushaltestelle, auch ohne Auto gut erreichbar.



3 Projektidee

Ein neues Betriebskonzept «Integrierte Heimarzt- & Hausarztpraxis Im Fahr» wurde entwickelt. Ein Konzept, das eine Arztpraxis in den Betrieb des Pflegeheims integriert und damit sowohl die heimärztliche Versorgung wie auch die regionale Grundversorgung stützt. Es war vorgesehen, dieses Konzept im Rahmen einer dreijährigen Pilot- und Entwicklungsphase (2017 bis 2019) zu implementieren und – wo nötig – anzupassen.

Es war geplant, die Arztpraxis an einen oder zwei Hausärztinnen bzw. -ärzte mit Fachgebiet «Allgemeine Medizin und Geriatrie» zu vermieten. Bestandteil des neuen Betriebskonzepts war die Schulung der Mitarbeitenden, um kombinierte Einsatzmöglichkeiten des medizinischen und pflegerischen Fachpersonals im ambulanten Betrieb der Praxis und im stationären Betrieb des Heims zu ermöglichen. Neue Formen der Zusammenarbeit zwischen den Ärztinnen und den Pflegefachpersonen im Heim sollten ausprobiert werden. Die gemeinsame Versorgung von Patientinnen und Patienten durch die Hausarztpraxis, selbstständige Hausbesuche durch eine neu einzustellende Pflegeexpertin und eine damit verbesserte Nutzung von zusätzlichem Wissen und Können der Pflegefachpersonen sollten die Versorgungsqualität im Heim gleichzeitig positiv beeinflussen.

Das neuartige Betriebsmodell wurde mit jährlichen Schwerpunktsetzungen in Angriff genommen und während der ganzen Pilotphase kontinuierlich evaluiert. Das Projekt startete mit einer sechsmonatigen Umbauphase im Heim.

Jährliche Schwerpunkte des Projekts

Im ersten Jahr soll die Nachfolge gesichert werden.

Im zweiten Jahr soll das integrierte Arbeitsmodell mit Synergien bei der Projektassistenz, bei der Regelung der Öffnungszeiten und des Notfalldienstes (z. B. Kooperation mit dem Hausarzt-Notfall-System im Seeland) umgesetzt werden.

Im dritten Jahr sollen Erfahrungen im Skill-Mix, das heisst, mit dem Einsatz von geschultem Personal in den Bereichen Demenz und Lebensbegleitung, Geriatrie, Gerontologie, Palliative Care bei Hausbesuchen oder bei Sprechstunden über Skype bzw. Telefon gesammelt werden.

Das neuartige Betriebsmodell wurde mit jährlichen Schwerpunktsetzungen in Angriff genommen und während der ganzen Pilotphase kontinuierlich evaluiert.

4 Evaluation

4.1 Wirkungsmodell

Integrierte Versorgungsansätze wie die geplante Heimarzt- & Hausarztpraxis Im Fahr bieten interessante Lösungen, um die medizinische-pflegerische Grundversorgung auch ausserhalb von Regionalzentren zu gewährleisten. Zudem schaffen kombinierte Arbeitsansätze im stationären und ambulanten Pflegebereich für das Fachpersonal eine Anreicherung des Arbeitsprofils und eine attraktive und vielseitige Arbeitsstelle. Es galt zu untersuchen, wie und mit welchen Rahmenbedingungen das Konzept «Integrierte Heimarzt- & Hausarztpraxis Im Fahr» neue Formen einer integrierten Versorgung ermöglicht. Am Ende der Pilotphase sollte sich zeigen, ob das neue Modell einer integrierten Haus- und Heimarztpraxis auch Modellcharakter für weitere Heime und Gemeinden haben könnte. Erwartet wurde, dass sich das Projekt positiv auf die medizinische Versorgung der Heimbewohnenden auswirkt, Pflegefachpersonen im Heim ihre Leistungen ausweiten und verbessern können und die Versorgung auf Gemeindeebene sichergestellt wird (Abbildung 2: Wirkungsmodell).

Ob das Projekt erfolgreich sein würde, wurde durch fünf Kontextfaktoren stark beeinflusst. Dazu gehören die lokale demographische Entwicklung, die Schaffung neuer Finanzierungsmodelle, die Entwicklung anderer Angebote im Gemeindeverband, die politischen Ziele der Gemeinden sowie berufspolitische Entwicklungen auf kantonaler und schweizerischer Ebene.

Für das Ziel einer Verbesserung der Versorgungssicherheit auf Heimebene galt es, die Herausforderungen einer baulichen Veränderung zu meistern sowie die personellen und finanziellen Fragen rund um die Schaffung einer Hausarztpraxis zu klären. Ziel war ein medizinisches Angebot, das niederschwellig den Bedürfnissen der Heimbewohnenden entsprach.

Die Sicherstellung der Versorgung auf Gemeindeebene beinhaltet die Integration des Projekts in die politischen Ziele der Gemeinde und die Zusammenarbeit mit den anderen Anbietern von Leistungen. Auch hier sollten eine hohe Versorgungsqualität und der niederschwellige Zugang zu Leistungen den Massstab bilden, um die Akzeptanz für das Projekt in den politischen Gremien und in der Bevölkerung zu sichern.

Um die Leistungen der Pflegefachpersonen im Heim zu erweitern und die Zusammenarbeit zwischen den Hausärztinnen und den Pflegefachpersonen zu ermöglichen, mussten Rollen in der interprofessionellen Zusammenarbeit neu definiert werden. Entsprechende Konzepte mussten diskutiert und Schulungsangebote durchgeführt werden. Dies sollte zu einem unbürokratischen Informationsaustausch ohne Hürden zwischen Heim und Arztpraxis beitragen, eine hohe Qualität der pflegerisch-medizinischen Leistungen garantieren und einen effektiven Einsatz der vorhandenen

Fragen der Evaluation

- Kann das Projekt die medizinische Grundversorgung auf Gemeindeebene sichern?
- Welches sind die Auswirkungen auf die Versorgung der Heimbewohnerinnen und -bewohner?
- Wie werden Rollen in der Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen und Pflegefachpersonen verändert?

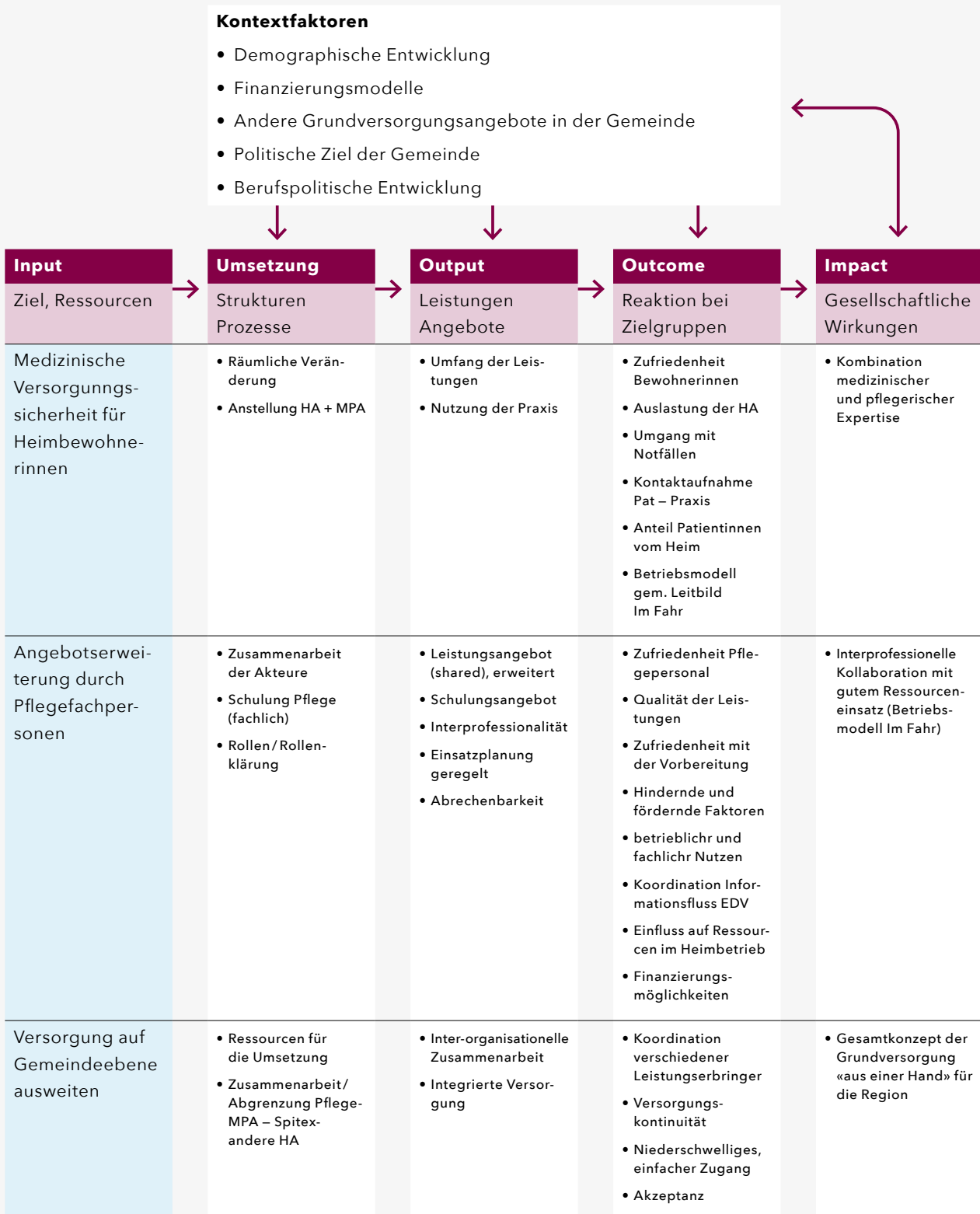


Abbildung 2: Wirkungsmodell

4.2 Methode

Die finanzielle Unterstützung durch die Age-Stiftung ermöglichte die Evaluation des Betriebskonzepts durch die Firma Nursing Science & Care GmbH, Winterthur. Die Firma wird von promovierten Pflegewissenschaftlerinnen mit langjähriger Forschungserfahrung geleitet und hat sich auf die Evaluation neuer Modelle der medizinisch-pflegerischen Grundversorgung auf Gemeindeebene spezialisiert.

Für die Beantwortung der Fragen aus dem Wirkungsmodell wurden qualitative und quantitative Daten erhoben. Für die Erhebung von qualitativen Daten wurden Telefoninterviews mit Patientinnen und Patienten der Hausarztpraxis, den Hausärztinnen, Mitgliedern des Vorstandes und Gemeindevertretern und -vertreterinnen sowie mit Mitgliedern externer Organisationen geführt. Diese wurden ergänzt durch Interviews vor Ort mit den Bewohnenden des Heimes und ihren Angehörigen, Pflegefachpersonen aus dem Heim, den Mitarbeitenden der Hausarztpraxis und der neu eingestellten Pflegeexpertin.

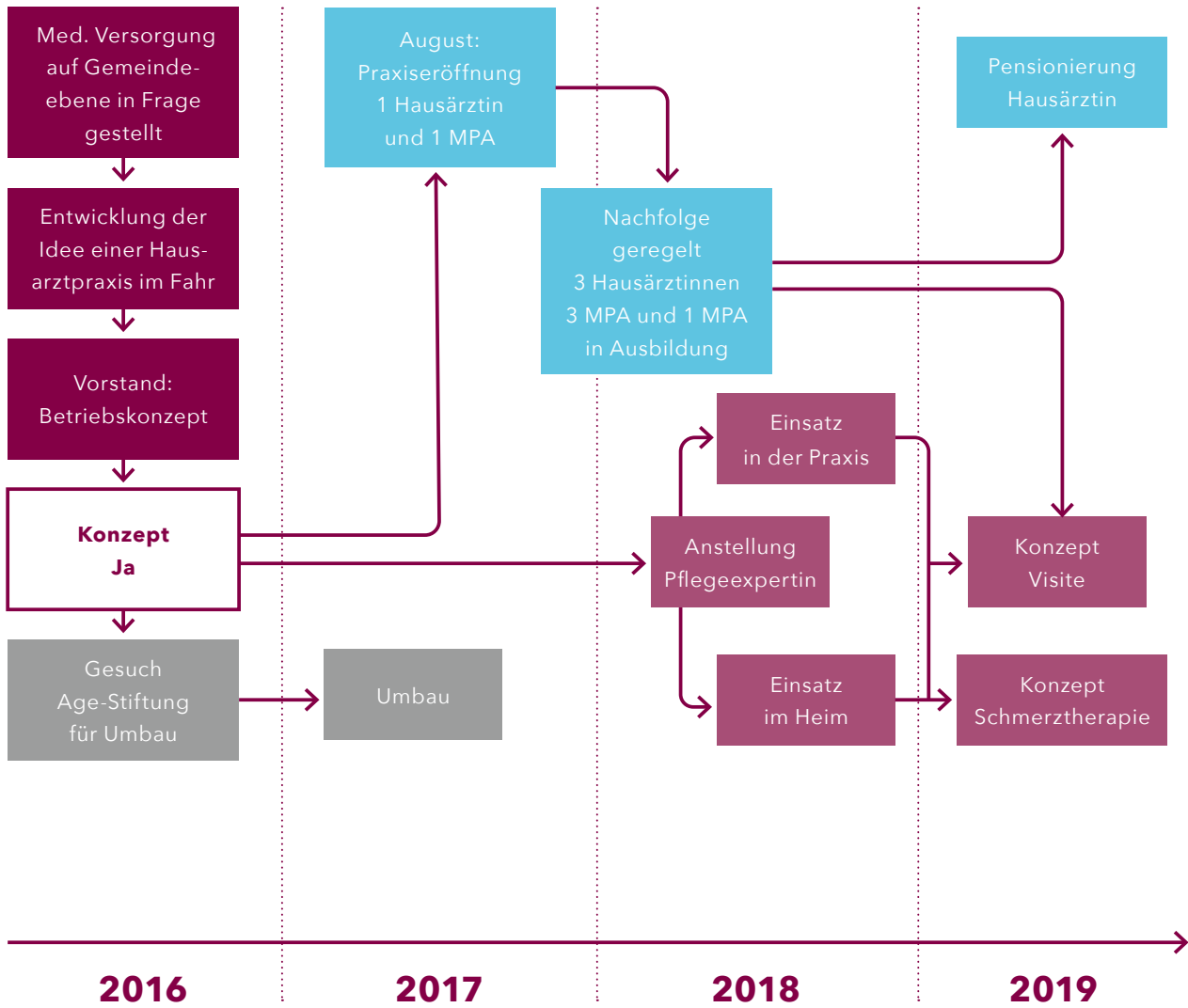
Vor dem Start der Umbauten wurden sowohl die Bewohnenden und ihre Angehörigen wie auch das Personal über die Pläne informiert und um ihre Meinung gebeten. Dabei wurden Befürchtungen laut, dass dies in einem laufenden Heimbetrieb negative Auswirkungen auf die Bewohnenden haben könnte. Deshalb wurden im Rahmen des Projektes sowohl Bewohnende des Heimes wie auch Angehörige interviewt (November 2017 bis Februar 2018). Von ihnen wurden ihre Meinungen zur Umbauphase, zur neuen Lokalität des Aktivierungsraumes und zur Hausarztpraxis im Heim erfragt.

Bewohnende des Heimes, Patientinnen und Patienten der Arztpraxis sowie Pflegefachpersonen äusserten sich zur Zufriedenheit mit den Veränderungsprozessen. Dazu wurden die Hausärztinnen und die Pflegefachpersonen in offenen Interviews befragt. Vertreterinnen und Vertreter des Gemeindeverbandes und des Vorstandes gaben Auskunft zu ihrer politischen Bilanz des Projektverlaufs.

Die quantitativen Daten wurden durch «Vitodata», dem Erfassungssystem der Hausarztpraxis, erhoben. Da für die Arbeit an der Schnittstelle zwischen Hausarztpraxis und Heim eine spezialisierte Pflegefachperson angestellt wurde, erfasste diese ihre Arbeitseinsätze im Heim und in der Arztpraxis selbst. Sie dokumentierte über einen Zeitraum von mehreren Monaten ihre Einsätze und Tätigkeiten bei den Bewohnenden. Die ungeplante, spontane Nutzung der Hausarztpraxis durch Heimbewohnende wurde zweimal über eine Periode von jeweils drei Wochen durch die Medizinischen Praxisassistentinnen erfasst.

5 Chronologische Entwicklung des Projektes im Überblick

Projekttablauf



Die Integration einer Hausarztpraxis in ein Alters- und Pflegeheim

6 Überzeugungsarbeit leisten und Infrastruktur erstellen

6.1 Politische Prozesse

Dem Start des Projekts standen negative Erfahrungen in den Gemeinden im Weg. In der Vergangenheit hatten sich Investitionsrisiken, wie hohe Mieten, die Kosten für die Einrichtung einer Praxis sowie die Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte als Hindernis für den Erhalt und den Aufbau von Hausarztpraxen im Gemeindeverband erwiesen. Die hohen Kosten führten z.B. in der Gemeinde Studen zum Wegzug eines Arztes⁷. Vor allem das Investitionsrisiko durch die Kosten der baulichen Massnahmen erzeugte politische Diskussionen. Eine erste Projektidee wurde von der Heimleitung des Im Fahr entwickelt und den Entscheidungsgremium «Vorstand» vorgelegt.

Die Projektidee wurde durch die langjährige Heimärztin, die zu diesem Zeitpunkt eine baldige Pensionierung angekündigt hatte, unterstützt. Bereits bei der ersten Diskussion lag ein Plan für den notwendigen Umbau vor. Um das Projekt besser politisch abzustützen, wurde bei den Umbauplänen vor allem auch das lokale Baugewerbe für eine Offerte eingeladen. Mit der erfolgreichen Eingabe eines Gesuchs bei der Age-Stiftung konnten die notwendigen Umbauarbeiten finanziell abgedeckt werden. Dies verringerte die finanziellen Aufwendungen durch die Trägerschaft und erhöhte die Chance einer politischen Unterstützung. Das Projekt wurde bewilligt und die Bauarbeiten in Angriff genommen.

Fazit: *eine Hausarztpraxis in einem von einem Gemeindeverband getragenen Heim vermindert das Investitionsrisiko einzelner Gemeinden.*

«Jede Gemeinde muss sicherstellen, dass die medizinische Grundversorgung gewährleistet ist. Heute gibt es einige Gemeinden, die die Infrastruktur für eine Hausarztpraxis stellen müssen, damit sie überhaupt die Chance haben, einen Hausarzt ins Dorf zu bekommen. Dies ist sehr teuer und zudem ist ungewiss, ob es dann gute Bewerber gibt. Ich war von der Idee der Hausarztpraxis Im Fahr sofort angehtan, da die langjährige Heimärztin mitmachte, das Pflegeheim Im Fahr einen guten Ruf hat sowohl in der Versorgung der Bewohnenden als auch in der Führung des Personals.»

Gemeindevertreter Aegerten

6.2 Umbauarbeiten / Infrastruktur (Pläne, Kosten)

Für den baulichen Aufbau der Hausarztpraxis im Pflegeheim war es notwendig, vorhandene Räume umzunutzen. Zwei Behandlungsräume, eine Laboreinrichtung sowie ein Warteraum mit Empfang waren vorgesehen. Die Praxisräume wurden in den ehemaligen Aktivierungstherapieaum im Gartengeschoss eingebaut. Viel Wert wurde darauf gelegt, dass die geplante Praxis über einen separaten Eingang mit eigener Zufahrt und zugehörigen Parkplätzen verfügt.

Der Raum für die heiminterne Aktivierungstherapie brauchte damit einen neuen Ort. Da sich viele Bewohnende tagsüber im Eingangsbereich des Heimes mit Cafeteria aufhalten, wurde der Aktivierungstherapieaum

⁷ Lippuner, «Pensionskasse bremst Ärzte aus».

«Jetzt sieht man, wenn man in den Eingangsbereich kommt, dass in der Aktivierung etwas läuft. Das macht es einfacher, da mitzumachen.»

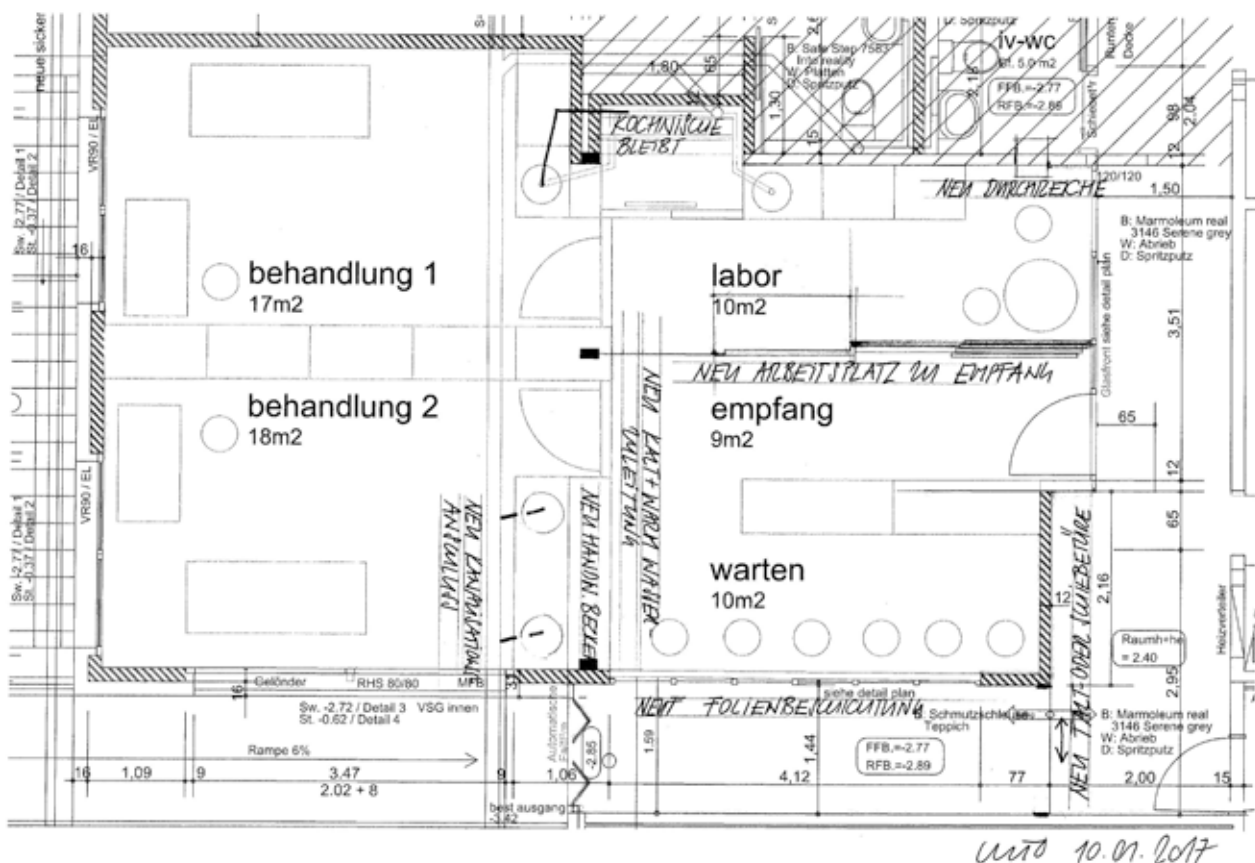
Bewohnerin des Heimes

mehr ins Zentrum des Heimes verlegt. Der neue Aktivierungsraum befindet sich heute in unmittelbarer Nähe des Eingangsbereiches und ist durch Fenster vom Eingangsbereich aus einsehbar. Der Umbau verursachte teilweise eine erhebliche Lärmbelastung. Die Bewohnenden wie auch die Angehörigen zeigten viel Verständnis für eine vorübergehende Belastung durch den Umbau. Das Resultat wurde als gut befunden, da die Aktivierung mehr ins Zentrum des Heimes gerückt worden sei.



Quelle: Fotos Im Fahr – Eingangsbereich der Hausarztpraxis

Kosten Infrastruktur



7 Die Idee umsetzen und ein Betriebsmodell entwickeln

Der Vorstand, eingesetzt von der Trägergemeinschaft Brügg und der Heimleitung vorgesetzt, stimmte dem Projekt zu. Ein Betriebskonzept, welches das Alters- und Pflegeheim Im Fahr und die Hausarztpraxis als zwei Entitäten führen würde, wurde bewilligt. So sollte das finanzielle Risiko für die Gemeinde so gering wie möglich gehalten werden.

«Es gab auch kritische Stimmen, die befürchteten, dass der Gemeindeverband als Träger-schaft mit der Hausarztpraxis ein finanzielles Risiko eingeht. Sie müssten ja bei einem Misserfolg für das Defizit aufkommen.»

Mitglied des Vorstandes

7.1 Die Organisation festlegen

Einem künftigen Ärzteteam sollten die Räumlichkeiten zu attraktiven Bedingungen in Bezug auf das Betriebsmodell (Gewinnbeteiligung, Synergienutzung Infrastruktur und Personal) und auf das Zusammenarbeitsmodell (Teamaustausch, Kompetenzbündelung, Skill-Mix etc.) vermietet werden.

Die Rechnungsstellungen der Hausarztpraxis für ihre Leistungen und die Buchhaltung der Praxis sollten extern durchgeführt werden, um die beiden Geschäftsbereiche Pflegeheim und Hausarztpraxis klar zu trennen und zu führen.

Im August 2017 konnte die Hausarztpraxis mit einer Ärztin und einer MPA eröffnet werden. Beim Start wurden die Praxisräumlichkeiten entsprechend diesem Betriebskonzept gemietet. Die Ärztin war von Anfang

an Mitinitiantin des Projektes. Sie sah dieses Engagement aber als eine Übergangsphase zu ihrer bevorstehenden Pensionierung. Sie hatte deshalb ihre vorherige Hausarztpraxis aufgegeben und die Räumlichkeiten im Im Fahr übernommen. Aus diesem Grunde suchte die Heimleitung frühzeitig weitere Mitarbeitende für die Praxis. Auf Stellenausschreibungen in der Ärztezitschrift meldeten sich Interessierte für die Stelle als Hausärztin und für die Stelle als Medizinische Praxisassistentin (MPA).

Mit der Neuanstellung weiterer Ärztinnen ab Frühjahr 2018 wurde deutlich, dass sich diese ein anderes Betriebsmodell wünschten. In der Praxis Im Fahr wünschten sich die neuen Ärztinnen einen Teilzeit-Anstellungsvertrag mit einer Umsatzbeteiligung. Sie wollten die Praxis nicht als selbstständige Mieterinnen führen. Da die Sicherung der Nachfolge ohne diese Anpassungen zu scheitern drohte, wurde das Betriebskonzept überdacht und verändert. Zwei Ärztinnen und ein Arzt für Ultraschalluntersuchungen sowie eine zweite MPA nahmen ihre Tätigkeit als Angestellte des Heims im Frühjahr 2018 (Februar und April) auf. Im Herbst 2018 wurde eine dritte MPA (40%) eingestellt.

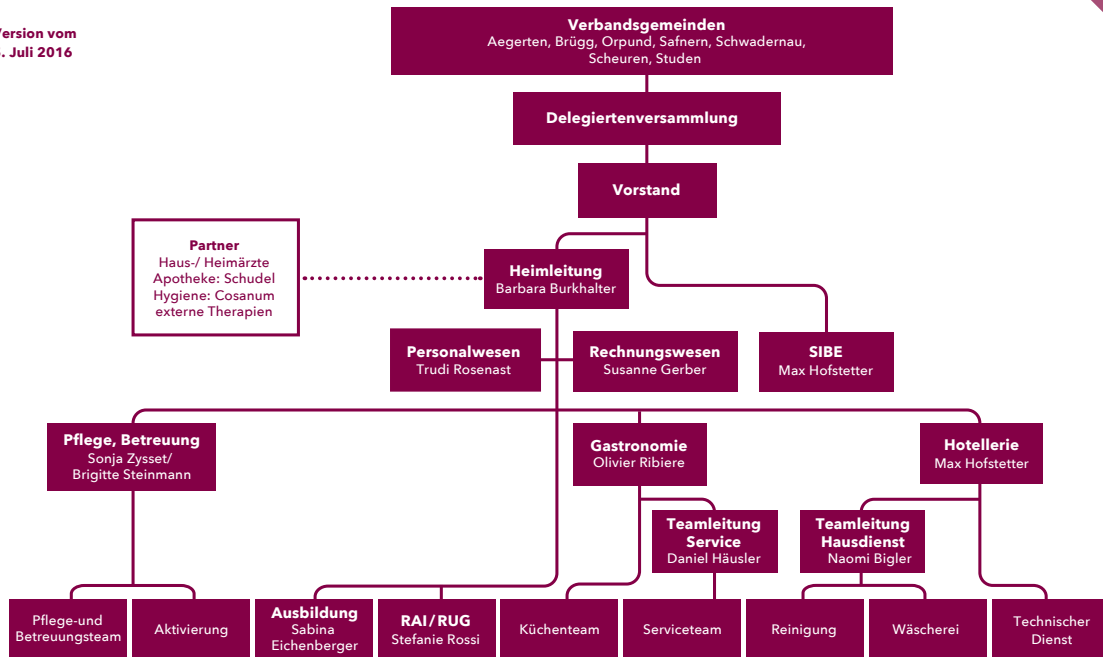
Fazit: Ein Betriebsmodell, das Ärztinnen Teilzeitarbeit erlaubt und das Investitionsrisiko einer Einzelpraxis minimiert, trägt wesentlich zum Erfolg bei.

7.2 Patienten versorgen

Die Entwicklung der Praxis entsprach der Planung. Die durch das praxisinterne Dokumentationssystem erfassten Patientenzahlen zeigten einen deutlichen Anstieg zwischen der Praxiseröffnung im April 2018 und dem Ende der Beobachtungsphase im Oktober 2019. Der 18-Monate-Vergleich zeigt, dass die Zahl der ver-

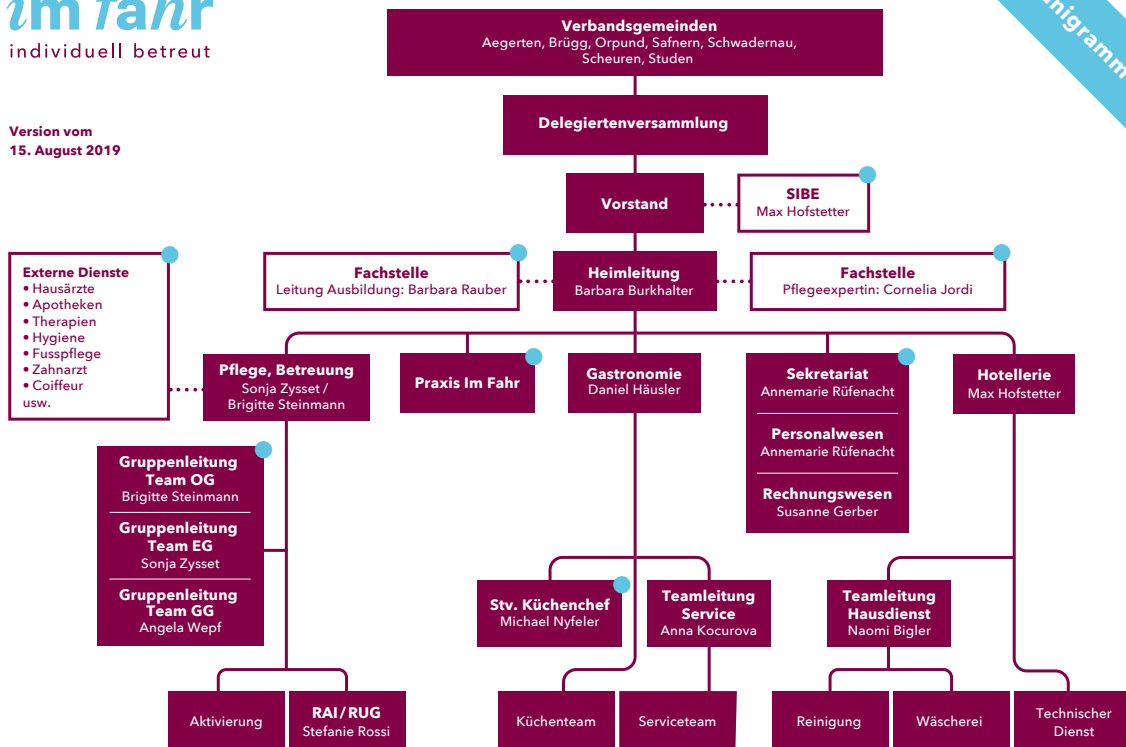
Version vom
5. Juli 2016

Organigramm alt



Version vom
15. August 2019

Organigramm neu



● geänderte Positionen

sorgten Patientinnen und Patienten nach sieben Monaten (Oktober 2018) bei 840 Personen lag und in den folgenden 12 Monaten bis Oktober 2019 auf 1201 Patientinnen bzw. Patienten (+43%) anstieg. Die Mehrheit von ihnen (61%) waren Frauen (Abbildung 3). Dieser Anteil hat sich im Verlauf der Beobachtungsspanne nicht verändert.

Befürchtet wurde, dass die Anbindung an ein Pflegeheim für jüngere Patientengruppen wenig attraktiv sein könnte. Dies ist nicht der Fall. Die Aufteilung nach Altersgruppen zeigt, dass die Praxis von allen Altersgruppen genutzt wird. Rund 36% der Personen, die in der Praxis ärztlich betreut werden, sind Personen im Alter über 65 Jahren. Zur Altersgruppe der über 80-jährigen Personen, die erfahrungsgemäss häufiger an mehreren chronischen Erkrankungen leiden, gehören 166 (13.8%) Personen. Die Altersgruppe zwischen 20 und 64 Jahren macht 61% der Patientinnen und Patienten aus und liegt damit leicht höher als deren Anteil in der Gesamtpopulation der sieben Gemeinden (59%). Die Praxis zählt zudem eine geringe Zahl von Kindern und Jugendlichen (2%) zum Patientenstamm.

Ein Zeitvergleich der Daten vom Oktober 2018 und Oktober 2019 ergab keine Veränderungen der Altersverteilung der Patientinnen und Patienten (Abbildung 4).

7.3 Eine Hausarztpraxis auslasten

Auch bei den Konsultationen zeigte sich eine deutliche Zunahme. In den ersten sieben Monaten, bis Oktober 2018, führten die Ärztinnen im Schnitt 576 Konsultationen pro Monat durch. In der zweiten Beobachtungsperiode bis Oktober 2019 erhöhte sich die Zahl der Konsultationen auf 681 pro Monat (+18%).

Abbildung 3: Patientinnen und Patienten nach Alter und Geschlecht

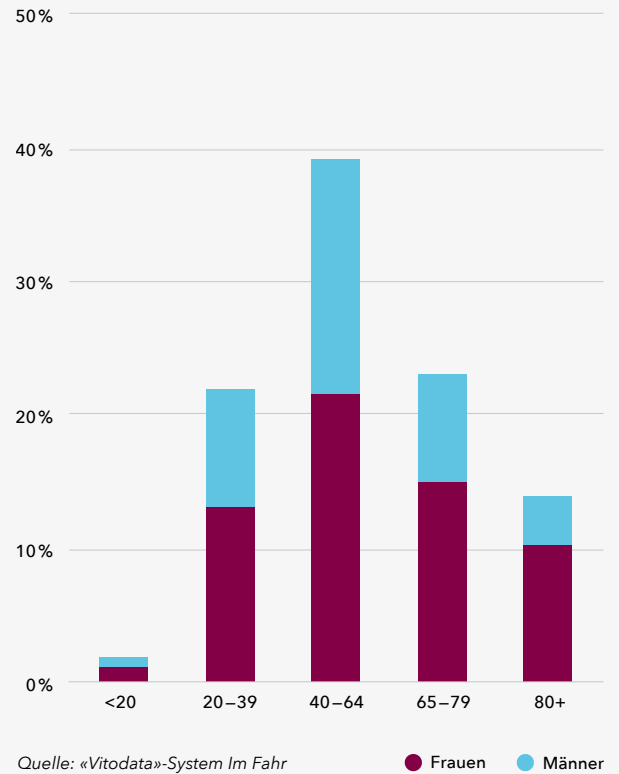
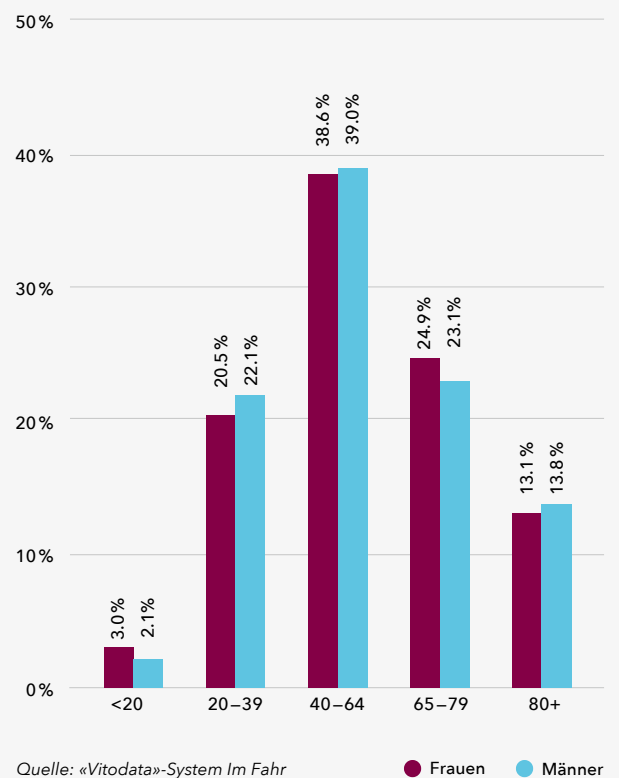


Abbildung 4: Altersverteilung der Patientinnen und Patienten im Zeitvergleich



Bereits im Herbst 2018 wurden 35 von 46 Bewohnenden des Alters- und Pflegeheims (66%) durch die Hausarztpraxis versorgt. Die anderen elf wurden auch weiterhin durch fünf externe Hausärzte oder -ärztinnen betreut. Je drei der Externen hatten nur eine Person, zwei weitere jeweils fünf respektive drei Bewohnende medizinisch zu betreuen. Der Anteil der Bewohnenden mit Versorgung durch die integrierte Hausarztpraxis hat sich im Projektverlauf auf 40 von 46 Bewohnenden (86%) im Oktober 2019 erhöht.

Die Integration einer Arztpraxis ins Pflegeheim ist super. Ich habe zur Ärztin hier gewechselt. Der Kontakt ist besser, die Wege sind kürzer. Die Ärztin und das Pflegepersonal zusammen geben mir das Gefühl der Sicherheit. Ich bin sicher, dass ich trotz meiner Krankheit bis zuletzt hier im Heim bleiben kann. Komme da, was wolle.

Frau Käser
(Bewohnerin)
und ihre Tochter
Bild: NS&C



Die MPA waren die Ansprechpersonen, die sowohl durch Bewohnende in den allgemein zugänglichen Räumen der Praxis besucht wurden wie auch per Telefon um einen Termin ersucht wurden. Über den Zeitraum von jeweils drei Wochen im Februar/März (12.2.–2.3.18) und im Oktober (8.10.–26.10.2018) erhoben die MPA deshalb alle Kontakte von Bewohnenden oder vom Personal des Heimes zur Hausarztpraxis.

Im Zeitraum der ersten dreiwöchigen Erhebung im März kam es zu acht ungeplanten Kontakten durch

Bewohnende aus dem Heim. Dabei wurden zwei Terminvereinbarungen direkt am Schalter der Praxis getroffen. Zwei Bewohnende kamen zu einem Besuch für einen «Schwatz» in die Praxis, ohne eine Terminanfrage machen zu wollen. Viermal wurde von Pflegefachpersonen eine Konsultation im Zimmer einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners nachgefragt. Die Anzahl der ungeplanten Kontakte durch Heimbewohnende blieb in der zweiten Erhebungsperiode vergleichbar. In den drei Oktoberwochen registrierten die MPA zwei ungeplante Terminanfragen am Schalter und fünf Anfragen durch das Pflegepersonal. Die Nähe der Arztpraxis zum Heim hat zu keiner zusätzlichen Kontaktaufnahme durch Heimbewohnerinnen oder -bewohner geführt.

Auch das Personal des Heimes ersuchte um Konsultationen der Hausärztinnen. Die reguläre Betreuung des Personals des Heimes wurde durch die Ärztinnen jedoch als schwierig erachtet. Sie schlossen eine reguläre hausärztliche Versorgung für das Personal aus Gründen von möglichen Rollenkonflikten und der Vertraulichkeit aus. Eine Notfallversorgung von Personal erachteten sie aber auch weiterhin als notwendig und möglich.

Fazit: Eine Hausarztpraxis im Heim kann unter den beschriebenen Bedingungen in kurzer Zeit kostendeckend geführt werden. Die Unterstützung durch eine erfahrene, gut vernetzte Hausärztin mit einem grossen vorbestehenden Patientenstamm trug wesentlich zum Erfolg bei. Sowohl die Zahl der betreuten Patientinnen und Patienten als auch die Zahl der Konsultationen pro Monat nahmen im Projektverlauf deutlich zu und führte zu einer guten Auslastung der Praxis. Die räumliche Nähe der Hausarztpraxis führte nicht zu einer hohen Anzahl ungeplanter Konsultationen durch Alters- und Pflegeheimbewohnende.

8 Neue Prozesse einleiten

Das Projekt initiiert eine Veränderung der Rollen der in der medizinisch-pflegerischen Grundversorgung involvierten Fachpersonen. Der Erfolg des Projekts hing deshalb wesentlich davon ab, ob es gelingt, die beteiligten Personen für eine neue Art der Zusammenarbeit zu gewinnen.

8.1 Ein Team entwickeln

Die Teamentwicklung im Praxisteam wurde durch die Heimleitung nach Eröffnung mit den Mitarbeitenden gemeinsam initiiert. Ihre Meinung war gefragt in Bezug auf die Einrichtung der Praxis, Arbeitsabläufe, Arbeitskleidung und die Anstellung von weiteren Mitarbeitenden. Um dem Mangel an Fachpersonen Rechnung zu tragen, reichte die Heimleitung bereits im Oktober 2018 das Gesuch für eine Bildungsbewilligung beim Mittelschul- und Berufsbildungsamt ein, um zukünftig Medizinische Praxisassistentinnen (MPA) ausbilden zu können. Der dafür benötigte Lehrmeisterkurs wurde deshalb von der MPA im Jahr 2018 absolviert.

An der Schnittstelle Hausarztpraxis – Pflegeheimbereich war die Schaffung einer neuen Rolle «Pflegeexpertin APN» vorgesehen. APN steht für «Advanced Practice Nurse». Die Pflegeexpertin mit vertieftem und erweitertem pflegerischen Wissen sollte in der Begleitung von Menschen mit Demenz, in geriatrischen Fragestellungen oder in der Palliativpflege zum Einsatz kommen. Geplant war, dieses Können und Wissen sowohl bei Hausbesuchen als auch in der Hausarztpraxis einzusetzen. Modelle mit ähnlichen Zielen wurde in einigen Praxen der Region bereits umgesetzt. Pflegeexpertinnen APN waren im Einsatz und erste Erfahrungen waren zugänglich^{8/9}. Pflegeexpertinnen APN



haben ein konsekutives Masterstudium absolviert und ihr pflegerisches Wissen und Können erweitert. Sie sind in der Lage, komplexe medizinisch-pflegerische Betreuung anzubieten. Das Profil der Pflegeexpertin APN entsprach dem Betriebskonzept. Die Projektleitung entschied sich deshalb für die Ausschreibung einer Stelle mit dem APN-Entwicklungspotential.

Ihre Aufgaben sollten sowohl die direkt Pflege von Bewohnerinnen und Bewohnern wie auch die fachliche Beratung des Pflgeteams und die Unterstützung des Ausbildungskonzepts im Heim beinhalten. Zudem wurde erwartet, dass sie in der hausärztlichen Versorgung mitarbeitet. Da die Rolle der Pflegeexpertin APN erst seit einigen Jahren im Feld der Heim- und Hausarztversorgung besteht, war sie aufgefordert, ihre Rolle aktiv mitzugestalten und sich aktiv in die Zusammenarbeit einzubringen.

Auch bei dieser Personalsuche involvierte die Heimleitung sowohl die Pflegedienstleitenden des Heimes als auch die Hausärztinnen. Der Rücklauf an Bewerbungen war spärlich. Unter den Bewerbenden war nie-

8 Blunier, «Projekt APN (Advanced Practitioner Nurse) im SeelandNet».

9 Sailer Schramm u. a., «Tandembetreuung mit Vorteilen für alle Beteiligten».

mand, der dem Profil «Pflegeexpertin APN» entsprach und als Person zu Team und Heim passte.

Letztlich konnte ab Juli 2018 eine Pflegeexpertin gefunden werden, die über eine Weiterbildung in Palliativpflege, nicht jedoch über einen Studienabschluss mit Mastertitel APN verfügte. Sie wurde deshalb in der Funktion als Pflegeexpertin, wenn auch nicht APN, vom Heim angestellt. Ihre Einsätze in der Arztpraxis wurden auf ihre Spezialisierung in Palliativpflege beschränkt. Im Rahmen des betrieblichen Engagements für die Ausbildung von qualifizierten Fachpersonen entwickelte die Heimleitung einen Ausbildungsplan mit der Mitarbeiterin. Geplant war das Studium an der Fachhochschule, um ihre Fähigkeiten im Bereich der klinischen Aufgaben, auch in der Hausarztpraxis zu erweitern. Da dafür körperliche Untersuchung und praktische Fähigkeit geübt werden müssen, erklärten sich die Ärztinnen der Hausarztpraxis bereit, bei der praktischen Anleitung dieser klinischen Aufgaben eine fördernde Rolle zu übernehmen. Neben dem Studium arbeitete die Pflegeexpertin 40 % in der direkten Pflege. In der Hausarztpraxis wurde sie von den MPA eingeführt und wohnt mit einem Pensum von 10 % den Konsultationen der Ärztinnen bei.

Fazit: Durch die (noch) geringe Zahl von Berufsleuten, die die Bildungs- und Erfahrungsvoraussetzungen als Pflegeexperten bzw. Pflegeexpertinnen APN mitbringen, sind Institutionen gefordert, in Bildungswegen (Studium) ihrer Mitarbeitenden zu investieren. Die Nähe zu einer Hausarztpraxis bietet die Möglichkeit einer klinischen Ausbildungsbegleitung durch Ärztinnen bzw. Ärzte.

8.2 Als Pflegeexpertin tätig werden

Die Pflegeexpertin brachte Kompetenzen und Erfahrung im Spezialgebiet der Palliation mit. Dies zeigte sich als wertvolle Möglichkeit der Zusammenarbeit mit einer der Ärztinnen, die ebenfalls eine Spezialisierung in Palliativ Care hat. In der Folge ergab sich eine gemeinsame Betreuung von zwei Personen am Lebensende, die durch die Hausarztpraxis bei externen Patientinnen zu Hause stattfand.

«Es ist eine grosse Bereicherung, mit der Pflegefachperson zusammenzuarbeiten. Sie ist fachlich sehr kompetent und auch als Person ist sie mehr als <gmögig>. Ich freue mich, wenn wir noch mehr Patienten zusammen begleiten können»

Ärztin Hausarztpraxis

Der Einbezug der Pflegeexpertin in externe Tätigkeiten der Hausärztin steht ganz am Anfang. Erste Möglichkeiten, diese Kollaboration extern zu nutzen, wurden erst seit November 2019 eingeplant und umgesetzt. Der Einsatz mit erweiterten heimexternen Aufgaben für die Arztpraxis konnte mit der 80%-Anstellung der Pflegeexpertin nicht realisiert werden. Ihre Tätigkeit hat sich in den ersten 18 Monaten des Projekts vor allem auf heiminterne Aufgaben konzentriert.

Innerhalb des Pflegeheims betreute sie in dieser Zeit 16 Heimbewohnende und führte bei ihnen 70 Besuche durch. Der durchschnittliche Zeitbedarf pro Person betrug 2.5 Stunden (zwischen 15 Minuten und 6.5 Stunden).

Um eine Einschätzung des Inhaltes ihrer Tätigkeit machen zu können, wurden drei Gruppen von Tätigkeiten unterschieden: Tätigkeiten, die direkt den Bewohnenden zugutekamen; Tätigkeiten, die sie für die Koordination der Versorgung einsetzte und Tätigkeiten die dem Pflorgeteam angeboten wurden.

Der hohe Anteil an Tätigkeiten (54%), die direkt den Bewohnenden und ihren Angehörigen zugutekamen, zeigt die klinische Ausrichtung der geschaffenen Stelle. Dazu gehörte, dass sie die Einschätzung der gesundheitlichen Situation durch körperliche Untersuchungen und das Erfassen von Beschwerden oder Symptomen vornahm (*klinisches Assessment*). Sie informierte Bewohnende und Angehörige zum Umgang mit Krankheiten, Therapien und beriet sie zu gesundheitsförderndem Verhalten (*Schulung und Beratung*). Sie leitete sie an, Therapiemaßnahmen selbst auszuführen, z. B. die Medikamente korrekt einzunehmen oder selbst den Blutzucker zu messen (*Anleiten von Fertigkeiten*). Wo nötig, führte sie selbst therapeutische Maßnahmen durch, z. B. in der Wundversorgung, Applikation von Medikamenten oder auch Hilfestellung beim Waschen und Ankleiden (*therapeutische Massnahmen*). Immer wieder kontrollierte und evaluierte sie die Maßnahmen, die sie durchgeführt hatte, fragte nach der Wirksamkeit, z. B. ob Schmerzmittel gewirkt hätten,

und passte die Massnahmen – wo nötig – an (*Follow-up*). (Abbildung 5)

Sie nutzte 21% der Tätigkeiten zu Koordination und Absprache mit den Ärztinnen, um eine wirksamere Behandlung zu finden, mit dem Pflegepersonal zum weiteren Vorgehen, beriet sich mit dem Apotheker über die geeignete Verabreichungsform von Medikamenten oder traf Absprachen mit Angehörigen, um sie ins Versorgungsnetz integrieren zu können. (*Koordination*)

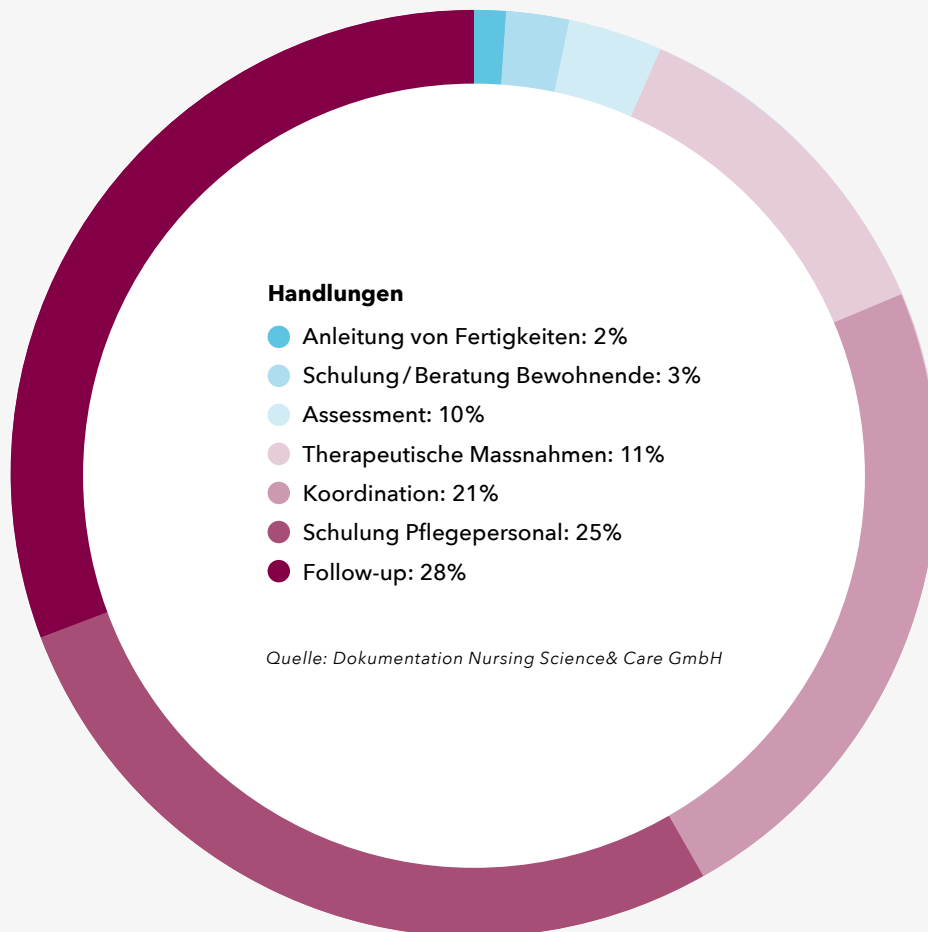
Ein Viertel ihrer Tätigkeiten galten der Beratung und Schulung des Pflegepersonals. Sie führte Fallbesprechungen für einzelne Bewohnende durch oder schulte das Personal in neuen Techniken. Sie entwickelte zudem Behandlungs- und Pflegepläne gemeinsam mit Fachexpertinnen im Team. (*Schulung Pflegepersonal*)

Diese Gewichtung zeigt, dass ihr Einsatz auch der Praxisentwicklung im Im Fahr diene. Sie verstand sich als Impulssetzerin für das Pflorgeteam. In ihrem Fachgebiet der Palliativpflege führte sie Personen mit vorhandenem Fachwissen in einer Arbeitsgruppe zur Konzeptentwicklung zusammen und überarbeitete das vorhandene Schmerzkonzept.

Sie hat viel Neues eingebracht. Am Anfang hatte ich etwas Angst, dass mein Wissen nicht mehr gefragt ist. Dies hat sich nicht bewahrheitet. Ich finde gut, wie sie uns einbezieht und wir unser Wissen einbringen können. Meine Arbeit ist durch die Mitarbeit in der Arbeitsgruppe zum Schmerzmanagement interessanter geworden.

Diplomierte Pflegefachfrau

Abbildung 5:
Anteile der Tätigkeiten
der Pflegeexpertin



8.3 Kollaborieren für bessere Wirksamkeit

Da all diese Tätigkeiten auch an der Schnittstelle zwischen Haus- respektive Heimarztstätigkeit und dem Pflorgeteam des Heimes erfolgte, hatte dies auch positive Einflüsse auf die Zusammenarbeit. Entwickelt hat sich ein Konzept zur Abwicklung der Arztvisite. Die Zuständigkeit der Ärztinnen pro Stockwerk wurde geregelt. Die Fragen der Pflegefachpersonen für die Arztbesuche wurden durch die Pflegeexpertin gesichtet und wo möglich beantwortet. Alle offenen Fragen leitete sie zur Vorbereitung der Visite an die Ärztinnen weiter. Nach ihren Patientenbesuchen wurde ein Feedbacktreffen mit den verantwortlichen Pflegefachpersonen eingeführt.

Durch dieses Konzept gelang es, eine Triagefunktion der Pflegeexpertin zu schaffen, die die ärztliche Versorgung entlastet und die Versorgungsqualität positiv beeinflusst. Es ist deshalb vorgesehen, diesen Ansatz mit zunehmender Qualifikation und Können der Pflegeexpertin weiter auszubauen.

Die Eintrittsgespräche mit Bewohnenden und Angehörigen werden heute im Team geführt. Dabei werden deren Wünsche zu ihrer Behandlung und Pflege gemeinsam erhoben. Die Präferenzen im Falle einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder des bevorstehenden Ablebens werden offen angesprochen. Das Team ist ohne Informationsverlust über die Präferenzen der Bewohnenden und Angehörigen im Bilde.



Fazit: Eine gemeinsame Vision ist für ein neues Versorgungsmodell mit interprofessioneller Zusammenarbeit unerlässlich. Der Einsatz einer spezialisierten Pflegefachperson als Expertin erwies sich als nützlich für Bewohnende, Patientinnen und Patienten und für Mitarbeitende. Ihre Rolle beinhaltet es, Neuerungen zu initiieren und Entwicklungsprozesse fachlich zu begleiten.

«Ich kann mir gut vorstellen, dass eine Pflegeexpertin APN neben den Heimbewohnenden auch sogenannte Bagatellfälle in der Praxis übernehmen könnte. Z.B. die Leute, die mit einer Grippe zu uns in die Hausarztpraxis kommen oder einer Erkältung».

Hausärztin

9 Interview mit der Heimleitung Barbara Burkhalter



Wie entstand die Idee einer Hausarztpraxis Im Fahr?

Im März 2016 habe ich die Idee in den Entscheidungsgremien vorgetragen. Als ich erfuhr, dass die Hausärztin im Ort in Pension gehen wollte, hat mich die Frage stark beschäftigt, wer im Heim nun an ihrer Stelle die medizinische Betreuung der Bewohnerinnen übernehmen kann. Die Situation in den umliegenden Gemeinden war ja bereits problematisch. Im Kontakt mit der Hausärztin, die in Pension gehen wollte, hat sie sich bereit erklärt, in einer 20% Tätigkeit die Heimversorgung zu sichern.

Welche Vorarbeiten mussten Sie leisten, bis die Idee soweit gediehen war, dass sie dem Vorstand (Entscheidungsträgern) unterbreitet werden konnte?

In den ersten Schritten ging es darum, die politisch zuständigen Gemeindevertreter zu informieren. Zuerst ging es darum, den Auftrag für die 20%-Tätigkeit der Hausärztin zu sichern. Dies

«Die Baupläne der Praxis überzeugten auch die Hausärztin. Sie entschied sich, ihr zugesagtes Teilzeitpensum von 20% auf 70% zu erhöhen und die Idee einer Versorgung nur für Heimbewohnende neu, grösser, eben als vollwertige Hausarztpraxis zu denken.»

Barbara Burkhalter, Heimleiterin

wurde abgelehnt, da ein gemeindeübergreifendes Projekt einer Hausarztpraxis im Vordergrund stand. Ich habe dann die Eingabe an die Age-Stiftung formuliert, um die Bedenken bezüglich Kosten und finanziellem Risiko zu reduzieren. Dafür wurden bereits erste bauliche Veränderungen vorgeschlagen, die zusammen mit dem technischen Dienst und einem Architekten entwickelt wurden. Wichtig dabei war, das lokale Baugewerbe durch Offerten in das Projekt zu integrieren.

Welche Bedenken gab es?

Die Zusage der Age-Stiftung führte zum Durchbruch. Nicht alle waren jedoch begeistert und unterstützten die Idee in dieser Phase. Die Idee widersprach dem Organisationsreglement, welches als Zweck nur den Heimbetrieb, nicht aber eine Arztpraxis vorsah. Finanzielle Bedenken drohten das Projekt zu stoppen.

Was waren die besten Argumente, um die Unterstützung zu bekommen?

Meine Abklärungen mit dem Amt für Gemeinde- und Raumplanung ergab, dass der Vorstand die Entscheidungen zum Projekt fällen kann und auch die finanzielle Kompetenz des Vorstands dafür ausreichen würde. Überzeugend war mein Budget, welches die Rahmenbedingungen erfüllte und der kritischen Prüfung des Vorstandes in puncto Seriosität standhielt. Die von mir organisierte Information im Anschluss an eine Delegiertenversammlung unterstützte den Projektstart. Die Baupläne der Praxis überzeugten auch die Hausärztin. Sie entschied sich, ihr zugesagtes Teilzeitpensum von 20% auf 70% zu erhöhen und die Idee einer Versorgung nur für Heimbewohnende neu, grösser, eben als vollwertige Hausarztpraxis

zu denken. Dadurch konnte der Patientenstamm von der Hausärztin in die neue Praxis integriert werden. Ein Flyer an alle Haushalte informierte in den Gemeinden über die neue Dienstleistung im Heim.

Es gab im Betriebsmodell Vorstellungen, wie die Hausarztpraxis funktionieren sollte. Was hat sich von den Vorstellungen realisieren lassen und was kam anders?

Die Offenheit der Hausärztin für die Idee schuf verschiedene Chancen. Da sie die Praxis zu Beginn eigenständig mit ihrem Personal betrieb, trug sie auch das unternehmerische Risiko. Der finanzielle Druck am Anfang wurde dadurch massiv reduziert. Die Idee erhielt die Chance, sich zu bewähren. Als dann klar wurde, dass die Praxis grösser wurde, als anfänglich gedacht, und auch externe Patientinnen einschloss, musste die Nachfolge der in Rente gehenden Hausärztin geregelt werden.

Hier zeigte sich, dass keine Bewerbungen neuer Hausärzte/Hausärztinnen vorlagen, obwohl die Belegärzte der Region informiert und ihnen die Möglichkeit angeboten wurde. Ohne Anstellung, ohne einen geregelten Lohn, ohne Möglichkeit auf Teilzeitarbeit, mit viel Administration und Führungsaufgaben wollte sich niemand verpflichten. Hier musste man der Realität ins Auge sehen und dieser Entwicklung im Anspruch der Hausärztinnen an ihren Beruf Rechnung tragen. Das Konzept wurde verändert und die selbstständige Praxis zu einem organisatorischen Teil des Heims umgewandelt. Alle Personen der Praxis wurden zu Mitarbeiterinnen des Heims. Die Stellensuche richtete sich denn auch an «Wiedereinsteigerinnen» und auch Fachleute mit dem Wunsch einer Teil-

zeitanstellung. Diese Entscheidung war richtig und erfolgreich. Dafür nahm meine Belastung zu. Ich hatte ja weder als Leitung einer Hausarztpraxis noch im Aufbau einer Hausarztpraxis Erfahrung. Dies wurde von einzelnen Personen auch als Risiko bezeichnet. Als Beispiel kommt mir die Steuerfrage in den Sinn. Das Heim ist ja steuerbefreit, eine Hausarztpraxis jedoch nicht. Ich musste mich beraten lassen. In der Planung der Prozesse gilt es zu verhindern, dass Mittel von einem Teil in den anderen fließen. Eine getrennte Buchhaltung und Rechnungsstellung musste eine klare Spartenentrennung zwischen Heim und Praxis garantieren. So habe ich heute drei Ansprechpersonen in der Hausarztpraxis. Die Ärztin für Fragen der Ausstattung der Praxis und Koordinationsprozesse, die medizinische Praxisassistentin für die Planung und eine Person für die Abrechnung. Die administrative Führung und Verantwortung habe natürlich ich.

Es war ja von Anfang an mitgedacht, eine Pflegefachperson in die neue Versorgung einzuplanen. Was konnte davon aus Ihrer Sicht bis heute erfüllt werden?

Die Idee bestand darin, eine Pflegefachperson in die Praxis zu integrieren, um auch zukünftige Bewohnende kennen zu lernen. Das Modell ist durchdacht und funktioniert, ist aber noch am Anfang in puncto Umsetzung bezogen auf externe Personen. Es gibt nur zwei Beispiele, die wenig aussagekräftig sind. Speziell ist jedoch die Rolle der Pflegefachfrau, welche für Palliativpflege spezialisiert ist und die Triage der Bewohnenden für die ärztliche Versorgung übernimmt. Durch die Nähe zwischen Hausarztpraxis und Heim wird dies möglich. Dies kann für die Belegärzte z.B. nicht angeboten werden.

«Wichtig war die Integration der bereits in der Gemeinde etablierten Hausärztin von Brügg in dieses Projekt.»

Barbara Burkhalter, Heimleiterin

Wie sehen Sie die Zukunft dieser Zusammenarbeit spezialisierte Pflegefachperson / Pflegeexpertin im Heim und der HA-Praxis?

Für das Heim ist diese Möglichkeit optimal. Der Bedarf für Schulung und Beratung v.a. im Bereich der Palliation steht ausser Frage. Die Pflegesituationen werden komplexer. Die fachliche Unterstützung der Pflegeexpertin in Zusammenarbeit mit den Ärztinnen schafft eine neue Versorgungsqualität. Ich vermute, dass die Versorgungssituation in den Gemeinden mittelfristig dazu führt, dass dieser positive Effekt der Zusammenarbeit zwischen Pflegeexpertin und Hausärztin v.a. den Bewohnenden und weniger externen Patientinnen der Hausarztpraxis zugutekommen wird.

Das Projekt ist ja erfolgreich. Die Praxis läuft gut und ist auch finanziell erfolgreich. Welche Faktoren führten zu dem Erfolg?

Wichtig war die Integration der bereits in der Gemeinde etablierten Hausärztin von Brügg in dieses Projekt. Wichtig war auch, dass es gelang, eine Nachfolgerin für die Hausarztpraxis zu finden, die mit der Idee und dem Konzept einverstanden war, ein neues Team zu haben, das sich auf die neuen Rollen und die ungewohnte Zusammenarbeit einliess. Was sicherlich auch zum Erfolg beigetragen hat, ist der gute Ruf des Heims im Fahr in der Gemeinde. Der Aufbau war sehr vorsichtig geplant und die Entwicklungsschritte

durch eine gute Informationspolitik für Interessierte gut dokumentiert. Es ist klar, dass eine Praxis einzurichten und eine Praxis zu starten eine grosse Aufgabe für eine Gemeinde darstellt. Der Beitrag der Age-Stiftung war deshalb sicherlich ein zentraler Erfolgsfaktor. Er ermöglichte es, für die politische Diskussion sehr konkrete Grundlagen zu präsentieren.

Was würden Sie jemandem empfehlen, der das Gleiche oder etwas Ähnliches in seinem Heim aufbauen möchte?

Ohne Investor und einen ärztlichen Akteur, der die Idee für sich als Chance sieht, geht es nicht. Ich rate davon ab, Praxisräume zu bauen und dann erst die notwendigen Fachpersonen zu suchen. Das ist ein grosses Risiko. Es war auch für mich der richtige Zeitpunkt, die Umsetzung dieser Idee zu wagen. Da braucht man schon Boden unter den Füßen, Ausdauer, Mut, Visionen und das Vertrauen der Beteiligten.

10 Einbettung des Projektes in Konzepte integrierter Versorgung

Das Wirkungsmodell des Projekts hat fünf Kontextfaktoren aufgelistet: Die demographische Entwicklung, Finanzierungsmodelle, das Angebot in den Gemeinden, die politischen Ziele der Gemeinden und berufspolitische Entwicklungen im Gesundheitswesen. Alle fünf Faktoren wurden im Verlauf der Pilotphase thematisiert und haben den Projektverlauf beeinflusst.

Die demographische Entwicklung weist einen grösser werdenden Anteil von Menschen im Alter über 65 Jahren aus¹⁰. Dieser Anstieg geht mit der Zunahme der chronischen Erkrankungen einher¹¹. Im Jahr 1990 machten die chronischen rund die Hälfte aller Erkrankungen aus, im Jahr 2020 wird sich dieser Anteil auf 75 % erhöhen¹². Diese Entwicklung ist auch für den Gemeindeverband Brugg prognostiziert. Menschen mit chronischen Leiden benötigen Unterstützungsmassnahmen, die ihre Selbstpflegefähigkeiten erhöhen, sie vor vermeidbaren Krisen schützen und sie bis zum Tod unterstützen. Damit verändern sich die Anforderungen an die medizinisch-pflegerische Grundversorgung. Um diese Anforderungen erfüllen zu können, sind integrierte Versorgungsmodelle sowohl in der Grundversorgung von zu Hause lebenden älteren Menschen wie auch von Heimbewohnenden notwendig. Qualifizierte Fachleute aus verschiedenen Gesundheitsberufen sind gefragt um die Angebote in interprofessioneller Zusammenarbeit erbringen zu können. Ziel ist es, dass finanziell tragbare Versorgungsmodelle die medizinisch-pflegerischen Leistungen auf den veränderten Bedarf der Patientinnen und Patienten zuschneiden und so vorhandene Ressourcen optimal nutzen¹³.

10.1 Pro-aktive Unterstützung

Wirkungsvolle Unterstützungsmassnahmen können älteren Menschen nach einer sorgfältigen Abklärung der individuellen Defizite und Risiken, aber auch der vorhandenen Ressourcen angeboten werden. Eine angemessene Planung der Massnahmen, die die betroffene Person und ihre Angehörigen wie auch die notwendigen Fachleute miteinbezieht, ist Voraussetzung für Erfolg. Ein stufenweises Vorgehen und regelmässige Neueinschätzungen der Situation dienen der Wahl der richtigen Betreuungsform¹⁴. Diese kann zu Hause, in betreuten Wohnformen oder im Alters- und Pflegeheim erfolgen. Eine gute Versorgung bis zum Lebensende kann so garantiert und Krisensituationen vermieden werden.

Gesundheitliche Krisen bei älteren Menschen gilt es, medizinisch-pflegerisch, wenn möglich ohne Hospitalisationen, zu bewältigen. Hospitalisationen führen letztlich häufig zu Verschlechterungen der gesundheitlichen Situation, da es im Krankenhaus zu Infektionen, Delirien oder Stürzen kommen kann. Eine Studie zeigte, dass Heimbewohnende oft von potentiell vermeidbaren Hospitalisationen betroffen waren. Gründe waren ein fehlender Picket- oder Notfalldienst, ungenügendes Fachwissen oder eingeschränkte Handlungskompetenz des ärztlichen oder pflegerischen Personals¹⁵. Heimbewohnende wurden wegen vorbestehenden kardiovaskulären Erkrankungen, respiratorischen Krisen wie Pneumonie oder Bronchitis, mentalen oder neurologischen Veränderungen und Urinfekten ein-

10 Bundesamt für Statistik, «Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz – 2015 - 2045».

11 Moreau-Gruet, «Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren».

12 World Health Organization, «Global Status Report on Noncommunicable Diseases».

13 World Health Organization [WHO], «Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action».

14 Imhof und Mahrer Imhof, «Betreutes Wohnen in der Schweiz. Grundlagen eines Modells».

15 Bleckwenn u. a., «Ambulante Notfallversorgung von Pflegeheimbewohnern».

gewiesen¹⁶ oder sie befanden sich am Lebensende¹⁷. Mit genügend Wissen könnten viele gesundheitliche Krisen ambulant im Heim behandelt werden¹⁸.

Interprofessionelle Interventionen von Ärztinnen und Pflegefachpersonen konnten Hospitalisationen vermeiden helfen. Im interprofessionellen Team durchgeführte Visiten bei Bewohnenden in End-of-Life-Situationen senkten die Rate der Hospitalisationen gesamthaft um 23 % und verkürzten notwendige Hospitalisationen. Mit diesen Massnahmen konnten zudem erhebliche Kosteneinsparungen erzielt werden¹⁹. Ein umfassendes geriatrisches Assessment, die Überprüfung der Medikation, Fallbesprechungen im interprofessionellen Team und gemeinsame Richtlinien zum Umgang mit akuten Erkrankungen im Heim waren ebenso Bestandteil der Interventionen wie die Schulung und Beratung des Personals²⁰.

Das Projekt folgte diesen Erkenntnissen. Sowohl die Ärztinnen wie die Pflegeexpertin verfügten über spezifisches Wissen im Bereich der Geriatrie. Das Fachwissen in Palliativ Care im Heim konnte gesteigert werden. Es wird von einer Verbesserung der Pflegequalität gesprochen. Die Hospitalisationsrate scheint seit Beginn des Projektes gesunken zu sein. Die Zahlen sollen demnächst retrospektiv aus der Dokumentation erhoben und analysiert werden.

Das Heim wurde durch diese fachliche Profilbildung zu einem Anziehungspunkt für Personen am Lebensende. Die Heimleitung befasst sich zurzeit mit der Fra-

ge, ob einzelne Betten für diese Dienstleistung reserviert werden sollten.

10.2 Integrierte Versorgungsmodelle

Der Arzt Manfred Hafner betont in seinem Buch zur Geriatrischen Krankheitslehre, dass «eine gute Betreuung von Patienten nur gewährleistet sein kann, wenn die Kommunikation funktioniert: Möglichst jede betreuende Person soll verstehen, was die andere meint, und begreifen, was die andere tut, respektive tun kann»²¹.

Die qualitativ hochstehende Versorgung kann nur interprofessionell, in Zusammenarbeit der Hauptakteure und -akteurinnen, der Ärztinnen und der Pflegefachpersonen, erreicht werden²². Hausärztinnen und Hausärzten, die Bewohnende in den Alters- und Pflegeheimen betreuen, wurden oft mangelnde Kenntnisse in der Geriatrie vorgeworfen und den Pflegefachpersonen im Gegenzug mangelndes Fachwissen in der Beschreibung von medizinischen Befunden bescheinigt²³.

Es braucht für die Versorgung geriatrisches und gerontopsychiatrisches Fachwissen aller Gesundheitsfachpersonen²⁴, um die gesundheitliche und soziale Situation von alten Menschen zu erfassen. Zu einem geriatrischen Assessment gehört es, die muskuloskeletale Gesundheit, der Gang und das Gleichge-

16 Ouslander u. a., «Potentially Avoidable Hospitalizations of Nursing Home Residents».

17 Leutgeb u. a., «Potentially Avoidable Hospitalisations of German Nursing Home Patients?»

18 Sluggett u. a., «Root Cause Analysis of Fall-Related Hospitalisations among Residents of Aged Care Services».

19 Forbat u. a., «Reducing Time in Acute Hospitals: A Stepped-wedge Randomised Control Trial of a Specialist Palliative Care Intervention in Residential Care Homes».

20 Santosaputri, Laver, und To, «Efficacy of Interventions Led by Staff with Geriatrics Expertise in Reducing Hospitalisation in Nursing Home Residents».

21 Hafner und Meier, «Allgemeine Krankheitslehre und somatogene Syndrome», Seite XI.

22 Bieri, «Ärztliche Versorgung in Alters- und Pflegeheimen».

23 Anliker, Beyeler, und Kissling, «Erwartungen der Alters- und Pflegeheime an die Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten».

24 Häslü und Bieri, «Die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten in Schweizer Pflegeheimen».

wicht, die kognitiven Funktionen sowie Selbstpflegefähigkeiten in Zusammenhang mit den Funktionen des täglichen Lebens einzuschätzen. Ein Ernährungsstatus gehört ebenso dazu wie die Abklärung von Schmerzen, die psychische Belastung, der allgemeine Gesundheitszustand und die medikamentöse Therapie. Da es neben der Krankheit auch um das Kranksein geht, gehören die subjektive Lebensqualität, soziale Kontakte und das Funktionieren familialer Netzwerke zur Einschätzung. Eine jede Berufsgruppe kann dabei ihre eigene Perspektive und Fachkompetenz einbringen.

Obwohl heute rund 19% des nichtärztlichen Personals von Arztpraxen durch andere Berufsgruppen wie Medizinische Praxisassistenten, Therapieberufe und Pflegefachleute besetzt sind²⁵, ist die Versorgung in den Hausarztpraxen oft einseitig auf die Aufgaben und Perspektive der Ärztinnen und Ärzte konzentriert. Die bestehende Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams reicht oft nicht aus, um eine proaktive integrierte Versorgung anzubieten²⁶. Es bestehen heute einzelne Pilotprojekte, die eine Zusammenarbeit versuchen, die über gelegentliche Absprachen und Kontakte hinausführt, obwohl Interprofessionalität die Diversität der klinischen Beobachtungen erhöht und dadurch z. B. auch die Diagnostik positiv beeinflusst²⁷.

Oft scheitern neue Versorgungsmodelle am fehlenden Freiraum und den finanziellen Ressourcen. Es braucht deshalb Pilotprojekte wie das vorliegende Projekt, um neue Aufgaben-, Verantwortungsteilungen sowie neue Zusammenarbeitsformen zu entwickeln und zu testen.

Die notwendigen Veränderungen betreffen drei Ebenen, die sich gegenseitig beeinflussen: Erstens, die Ebene der Interaktion zwischen Patientinnen bzw. Patienten und den Fachpersonen (Mikroebene); zweitens, die Ebene der Organisation für die Leistungserbringung (Mesoebene) und drittens, die Ebene des Gesundheitssystems mit seinen Bestimmungen und Limitierungen (Makroebene).

10.2.1 Befähigende Interaktion zwischen Patientinnen / Bewohnenden und Fachpersonen

Bei der Interaktion zwischen Patienten bzw. Patientinnen und Fachpersonen sollen Prävention und die Befähigung (Empowerment) der Patienten im Zentrum der Bemühungen stehen, da chronisches Kranksein den Alltag des Patienten oder der Patientin, aber auch denjenigen der Angehörigen langfristig verändert. Sie erwerben im Krankheitsverlauf oft Kompetenzen, wie mit den chronischen Leiden am besten umgegangen werden kann. Chronische Leiden erhöhen aber auch die Belastung der Patientinnen bzw. Patienten und der Angehörigen. Gerade deshalb benötigen sie eine Begleitung durch ein multiprofessionelles Team von Fachpersonen, die die Fähigkeiten, den Alltag zu gestalten, erhält und fördert²⁸.

25 Bundesamt für Statistik – BFS, «Gesundheitsstatistik 2019».

26 Senn, Ebert, und Cohidon, «Die Hausarztmedizin in der Schweiz – Perspektiven-Analyse basierend auf den Indikatoren des Programms SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring)».

27 Eicher und Stanic, «PT1-2-01 Berufsausübung: Potentiale für Interprofessionalität».

28 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, «Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen».



Befähigende Interaktion

- Verfügbarkeit
 - proaktiv
- Empowerment



Zukunftsweisende Betriebskonzepte

- Flexible Arbeitsmodelle
 - Ko-Kreativität
 - Flexible Rollen
 - Kontinuität



Ermöglichendes Gesundheitssystem

- Regulierung flexible professionelle Rollen
 - Präferenzen der Bevölkerung
 - Massnahmen-Kosten
 - Lokale Stakeholder

Die Interaktionen zwischen den Fachpersonen und Bewohnenden und ihren Angehörigen veränderten sich im Laufe des Projekts. Die engere Einbindung der Ärztinnen, die Verfügbarkeit der Pflegeexpertin, die regelmässigen Kontaktmöglichkeiten für Bewohnende und intensivere professionelle Beziehungen ermöglichten dies.

Neue Aufgabenteilungen brauchen die Akzeptanz der Bewohnenden und Mitarbeitenden. Bewohnende bewerteten diese Veränderung positiv und Mitarbeitende stimmten zu. Die Tätigkeiten der Pflegeexpertin wurden teils dem gewohnten Bild der Pflege und teils demjenigen von Ärztinnen bzw. Ärzten zugeteilt. Eine aktive Informationspolitik gegenüber allen involvierten Personen im Heim ermöglichte eine Einbindung und Verständnis für die neue Rolle der Pflegeexpertin, durch die Umstellungen der Strukturen und Prozesse entstanden.

10.2.2 Zukunftsweisendes Betriebskonzept

Die Organisation der Leistungserbringenden erlaubt einen aktiven und kontinuierlichen Einbezug aller im Versorgungsnetz Beteiligten. Eine patientenorientierte Versorgung und Unterstützung der Selbstpflegefähigkeit löst die Beziehungsasymmetrie zwischen «wissenden» Fachpersonen und «unwissenden» Kranken auf. Die Erwartungen an Fachpersonen, an die Versorgungsstrukturen und an das Funktionieren des Gesundheitssystems verändern sich. Eine interprofessionelle Zusammenarbeit wird vorausgesetzt²⁹.

Interprofessionalität baut auf zufriedene und engagierte Mitarbeiterinnen und -arbeiter. Beim Aufbau neuer Versorgungsmodelle gilt es deshalb, auch die Bedürfnisse der zukünftigen Mitarbeitenden zu berücksichtigen. So sind heute 60% der Medizinstudierenden Frauen. Neue Arbeitsmodelle werden gefordert, die die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermöglichen³⁰. Arbeitsbedingungen, die keine Teilzeitarbeit und wenig Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermöglichen, lässt Ärztinnen und Ärzte den Beruf aufgeben³¹. Es galt, im Projekt für die Mitarbeitenden in der Hausarztpraxis flexible Teilzeitarbeit zu berücksichtigen, aber Strukturen zu implementieren, die eine Präsenz und einen 24-Notfalldienst während der ganzen Woche ermöglichten. Zum Erfolg beigetragen hat die Mitarbeit der vor der Pensionierung stehenden Ärztin. Sie liess sich begeistern, blieb der Praxis länger als geplant treu und überführte ihre Patienten und Patientinnen in die neue Hausarztpraxis. Alle Prozesse und Strukturen wurden mit Einbezug der Mitarbeitenden festgelegt.

Interprofessionelle Zusammenarbeit wird je nach individuellen Präferenzen, dem Prozess der Teamfindung, der Ausbildung der Beteiligten und der Unterstützung durch das Management unterschiedlich wahrgenommen³². Eine nicht auf Status bedachte Kommunikation, das Anerkennen von eigenen Wissensgrenzen und Fähigkeiten, Eigeninitiative und gegenseitiges Verständnis sind unabdingbar für eine erfolgreiche Zusammenarbeit im Team³³. Für eine erfolgversprechende Zusammenarbeit ist eine personelle Passung unumgänglich. Deshalb wurde auf die Personalaus-

29 Morof und Larsen, «Chronicity».

30 Bienz, «Frauen interessieren sich nicht nur für Hausarztmedizin».

31 Birrer, «An wen wir die Ärzte verlieren».

32 Atzeni, Schmitz, und Berchtold, «Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit».

33 D'Amour u. a., «A Model and Typology of Collaboration between Professionals in Healthcare Organizations».



Befähigende Interaktion

- Verfügbarkeit
- proaktiv
- Empowerment



Zukunftsweisende Betriebskonzepte

- Flexible Arbeitsmodelle
 - Ko-Kreativität
- Flexible Rollen
- Kontinuität



Ermöglichendes Gesundheitssystem

- Regulierung flexible professionelle Rollen
 - Präferenzen der Bevölkerung
 - Massnahmen-Kosten
 - Lokale Stakeholder

wahl viel Gewicht gelegt und die Mitarbeitenden bei der Wahl neuer Kolleginnen einbezogen.

Ein aktiver Einbezug aller Beteiligten schafft Vertrauen und die Bereitschaft, gemeinsam Entwicklungen zu tragen³⁴. Informationswege wurden festgelegt, die Erreichbarkeit besprochen und regelmässige Kontaktmöglichkeiten geschaffen³⁵. Damit wurden Strukturen festgelegt, die laut Atzeni, Schmitz und Bechtold zu einer ko-kreativen Verdichtung der Zusammenarbeit führen. Ein System der Vernetzung der Fachpersonen und ein gemeinsames Festlegen der Zielsetzungen und Massnahmen erfolgt. Im vorliegenden Projekt zeigte sich das in der Erarbeitung des Schmerzmanagement-Konzepts, in der veränderten Arztvisite und in gemeinsamen Eintrittsgesprächen.

Die Pflegeexpertin verwendete viel Zeit für die Pflegeentwicklung im Heim. Sie verstand sich als Impulssetzerin für das Pflegeteam und setzte ihr Fachwissen zur Weiterentwicklung der Qualität der Pflege ein. Durch die Bündelung vorhandener Expertisen der Mitarbeitenden wurden Ressourcen in einer Arbeitsgruppe zur Konzeptentwicklung genutzt, die Pflegeexpertin übernahm laufend mehr Verantwortung. Daher könnte sich das Aufgabenfeld in Zukunft zunehmend auf die Funktionen einer Advanced Practice Nurse (APN) ausweiten. Bei APN handelt es sich um Pflegefachpersonen, die auf Master-of-Science-Stufe ausgebildet sind. Ihre Ausbildung erlaubt die Versorgung von Patienten und Patientinnen in komplexen Gesundheitssituationen, für die sie spezialisiert sind, und eine erweiterte Praxis, in der sie Aufgaben übernehmen, die traditionell den Ärzten bzw. Ärztinnen zugeschrieben

wurden. Sie haben das Wissen und die Kompetenz, erweiterte klinische Praxis auszuüben und Massnahmen einzuleiten. Sie unterstützen interprofessionelle Teams durch direkte klinische Praxis, Experten-Coaching, Beratung, Ethische Entscheidungsfindung, interdisziplinäre Zusammenarbeit, klinisches und fachspezifisches Leadership und Forschungskompetenz³⁶.

Für eine zukunftsweisende interprofessionelle Zusammenarbeit mit einer Verschiebung von Aufgaben und Verantwortung ist ein Mentoring in der Praxis notwendig, um die Patientensicherheit in der Übergangsphase zu garantieren³⁷. Der Mangel an Fachpersonen erhöht die Pflicht für Betriebe, sich an der Aus- und Weiterbildung zu beteiligen. Entsprechend werden deshalb Mitarbeitende mit Bereitschaft zur Bildung benötigt. Sei dies mit der Bereitschaft, sich selbst durch lebenslanges Lernen auf die neuen Rollen einzustellen oder aber, anderen dabei zu helfen sich beruflich weiterzubilden. Dank zeitgerechten Anstellungsbedingungen, der Personalauswahl als Teamaufgabe und einer lernenden und fördernden Umgebung liessen sich die Mitarbeitenden im Projekt auf den Weg ein. Sie garantierten mehr Versorgungskontinuität für die Bewohnenden durch gemeinsam getragene Pflege- und Therapiepläne.

10.2.3 Ermöglichendes Gesundheitssystem

Die Anforderungen an ein effektives und effizientes Gesundheitssystem werden seit Jahren beschrieben³⁸. Der Zugang zur Versorgung muss einfach und ohne

34 Bauer, «Organisationsentwicklung und Führung».

35 Mitterlechner, Rüegg-Stürm, und Tuckermann, «Integrierte Gesundheitsversorgung».

36 SBK u. a., «Reglementierung der Pflegeexpertin APN: Zusammenfassung und Gründe für die separate Reglementierung».

37 Bischofberger u. a., «Klinisches Mentorat für Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten MSc».

38 World Health Organization [WHO], «Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action».



Befähigende Interaktion

- Verfügbarkeit
- proaktiv
- Empowerment



Zukunftsweisende Betriebskonzepte

- Flexible Arbeitsmodelle
 - Ko-Kreativität
 - Flexible Rollen
 - Kontinuität



Ermöglichendes Gesundheitssystem

- Regulierung flexible professionelle Rollen
 - Präferenzen der Bevölkerung
 - Massnahmen-Kosten
 - Lokale Stakeholder

Hürden möglich sein. Eine gute Integration und Koordination zwischen Gesundheitsfachpersonen wird gefördert. Es braucht Versorgungsmodelle mit kurzen Wegen, einer flexiblen Rollengestaltung mit erweiterten Kompetenzen und verbindliche Behandlungsrichtlinien für Fachpersonen. Die Finanzierung ist gesichert.

Das strategische Ziel für Gemeinden ist die Sicherung der regionalen Versorgung. Die medizinisch-pflegerische Grundversorgung ist in den strategischen Entscheidungen zu berücksichtigen. Im Gemeindeverband Brugg existiert ein gemeinsames Altersleitbild. Dies setzt auf personelle Verankerung in der Region, auf klare Zielsetzungen, eine langfristige Planung und den Einbezug von Personen mit Fachwissen³⁹. Empfohlen wird, dass die regionale Versorgung auf interprofessionelle Teamleistungen ausgerichtet wird⁴⁰.

Die Heimleitung stellte daher den Antrag für eine integrierte Hausarztpraxis an die politischen Gremien auf Gemeindeebene. Der Bedarf zusätzlicher hausärztlicher Anbieter war unbestritten, der finanzielle Beitrag wurde aber als ein zu hohes Risiko angesehen. Als Gelingensfaktor muss deshalb die Ausdauer der Projektleitung erwähnt werden. Sie reichte ein zweites Gesuch ein, das bewilligt wurde.

Der Erfolg kann auf vier Faktoren zurückgeführt werden: Erstens, enthielt der zweite Antrag eine konkrete Beschreibung der geplanten baulichen Massnahmen und der damit verbundenen Kosten. Eine detaillierte Darstellung der Massnahmen und Kosten ermöglichte eine zielorientierte Diskussion in den Entscheidungsgremien. Dieser zweite Antrag schuf auch die

Basis für das Gesuch um finanzielle Unterstützung bei der Age-Stiftung.

Zweitens, hat die Projektleitung die Neuerung nicht als Auslagen, sondern als Investitionen ins lokale Gewerbe verstanden. Das Gesundheitswesen wird heute als Markt mit dem grössten Wachstumspotential angesehen⁴¹. Es macht Sinn, in politischen Diskussionen für eine sichere Versorgung nicht nur die Kosten, sondern auch die positiven Aspekte sichtbar und kommunizierbar zu machen.

Drittens, führte das Entstehen von lokalen Repräsentantinnen zum Erfolg. Das Im Fahr hat im Gemeindeverband Brugg einen ausgesprochen guten Ruf. Die Heimleitung ist bekannt und ihre Arbeit wird sehr geschätzt. Die vor der Pensionierung stehende Hausärztin war seit Jahrzehnten in der Region verankert und liess sich für das Projekt gewinnen. Diese Repräsentantinnen besaßen ein seriöses Auftreten, eine professionelle Art der Kommunikation und konnten das Projekt nachvollziehbar darstellen. Durch ihren Leistungsausweis konnten sie die politischen Gremien gewinnen.

Viertens, nahm die Heimleitung die Präferenzen der Bevölkerung auf. Ganz früh im Entscheidungsprozess informierte sie die Bevölkerung mittels eines Flyers über die Projektidee. Sie trug dem Umstand Rechnung, dass der Bedarf an Gesundheitsleistungen nicht nur von demographischen und epidemiologischen Faktoren bestimmt ist, sondern auf Aspekte wie Distanz zur und Verfügbarkeit der Versorgung als subjektive Realitäten Rücksicht nehmen muss⁴².

39 Stocker, Künzi, und Egger, «Umsetzung der Altersleitbilder in den bernischen Gemeinden.»

40 Gedamke und Kessler, «Bund, Kantone und Gemeinden in der Integrierten Versorgung: Rollenszenarien 2026».

41 Marty, «Leitlinien der Wirtschaft. Für eine neue Schweizer Gesundheitspolitik».

42 Pfannstiel, Focke, und Mehlich, «Management Gesundheitsregion IV: Bedarfsplanung und ganzheitliche regionale Versorgung und Zusammenarbeit».

Die rechtlichen Regelungen neuer Berufsrollen und die Finanzierung neuer Versorgungsmodelle blieb hingegen ein Hindernis. Seit Jahren wird verlangt, die Attraktivität des Pflegeberufes zu steigern und Pflegefachpersonen so einzusetzen, dass sie ihrer Ausbildung entsprechend, ohne Hindernisse eingesetzt werden können. So bestehen z. B. für die APN bis heute keine gesetzlichen Regelungen. Zurzeit wird die Regulierung der APN-Rolle durch einen Verein der Berufsorganisationen der Pflege umgesetzt.

Die Finanzierung der Einsätze der Pflegeexpertin in der Hausarztpraxis stellte ein Hindernis dar, das nur pragmatisch gelöst werden konnte. Da das Abrechnungssystem Tarmed keine Position für ihre Leistungen enthält, rechnete die Pflegeexpertin ihre Leistungen entweder als MPA-Arbeiten oder als reduzierte Hausarztleistung ab. Fehlende Regelwerke zur Abgeltung von anderen Berufsgruppen wie z. B. die APN in der Hausarztpraxis verzögern oder verhindern deren Implementation im Feld⁴³. In Zukunft gilt es, Finanzierungsmodelle zu entwickeln, um die interprofessionelle Zusammenarbeit in Hausarztpraxen zu fördern.

43 Gysin u. a., «Advanced Practice Nurses' and General Practitioners' First Experiences with Introducing the Advanced Practice Nurse Role to Swiss Primary Care».

11 Referenzen

Anliker, M., L. Beyeler, und A. Kissling. «Erwartungen der Alters- und Pflegeheime an die Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten». *Primary Care* 5, Nr. 30-31 (2005): 647-49.

Atzeni, Gina, Christof Schmitz, und Peter Berchtold. «Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit». Basel: SAMW, 2017. http://www.akademien-schweiz.ch/fr/index/Publikationen/Swiss-Academies-Reports/mainColumnParagraphs/016/text_files/file/document/studie_samw_interprofessionalitaet_2016.pdf.

Bauer, G. «Organisationsentwicklung und Führung: Zwei Seiten derselben Medaille?» In *Organisationsentwicklung konkret*, herausgegeben von Ralph Grossmann und Kurt Mayer, 35-55. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2011. https://doi.org/10.1007/978-3-531-93081-7_2.

Bieler Tagblatt. «Hausärztemangel trifft Pflegeheime». Bieler Tagblatt, Nr. 6. April (2016). www.bielertagblatt.ch.

Bienz, N. «Frauen interessieren sich nicht nur für Hausarztmedizin». *Schweizerische Ärztezeitung*, 20. Februar 2019. <https://doi.org/10.4414/saez.2019.17585>.

Bieri, G. «Ärztliche Versorgung in Alters- und Pflegeheimen». gehalten auf der Fachtagung Curaviva und Spitex ZH, Zürich, 2018. https://www.curaviva-zh.ch/files/ILANNA7/wv03_bieri_180105.pdf.

Birrer, R. «An wen wir die Ärzte verlieren». *Tages Anzeiger*. 25. August 2016.

Bischofberger, I., A. Käppli, St. Essig, und St. Gysin. «Klinisches Mentorat für Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten MSc». *Literaturreview*. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2020.

Bleckwenn, M., L. Bell, R. Schnakenberg, K. Weckbecker, und M. Klaschik. «Ambulante Notfallversorgung von Pflegeheimbewohner: Ein Status Quo aus pflegerischer Sicht». *Das Gesundheitswesen* 81, Nr. 06 (Juni 2019): 486-91. <https://doi.org/10.1055/a-0592-6475>.

Blunier, H.U. «Projekt APN (Advanced Practitioner Nurse) im SeelandNet». *Berner Hausärzte* 1 (2012).

Bundesamt für Statistik. «Regionalporträts 2017: Gemeinden - Kennzahlen». Neuenburg, 2017. <https://www.bfs.admin.ch>.

Bundesamt für Statistik. «Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz - 2015 - 2045». Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS), 2015.

Bundesamt für Statistik - BFS. «Gesundheitsstatistik 2019». Neuenburg: Bundesamt für Statistik (BFS), 2019.

D'Amour, D., L. Goulet, J.F. Labadie, L. Martín-Rodriguez, und R. Pineault. «A Model and Typology of Collaboration between Professionals in Healthcare Organizations». *BMC Health Services Research* 8, Nr. 1 (Dezember 2008). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>.

Eicher, M., und J. Stanic. «PT1-2-01 Berufsausübung: Potentiale für Interprofessionalität». Lausanne: CHUV, UNIL, 2019.

Forbat, L., W.M. Liu, J. Koerner, L. Lam, J. Samara, M. Chapman, und N. Johnston. «Reducing time in acute hospitals: A stepped-wedge randomised control trial of a specialist palliative care intervention in residential care homes». *Palliative Medicine*, Januar 2020. <https://doi.org/10.1177/0269216319891077>.

Gedamke, S., und O. Kessler. «Bund, Kantone und Gemeinden in der Integrierten Versorgung: Rollenszenarien 2026». Neuägeri: Schweizer Forum für Integrierte Versorgung, 2018.

Gysin, St., B. Sottas, M. Odermatt, und St. Essig. «Advanced Practice Nurses' and General Practitioners' First Experiences with Introducing the Advanced Practice Nurse Role to Swiss Primary Care: A Qualitative Study». *BMC Family Practice* 20, Nr. 1 (Dezember 2019). <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1055-z>.

Hafner, M., und A. Meier. *Allgemeine Krankheitslehre und somatogene Syndrome*. 3., vollst. überarb. und erw. Aufl. Geriatrie, Krankheitslehre, Manfred Hafner; Andreas Meier; Teil 2. Bern: Huber, 2009.

Häslü, T., und G. Bieri. «Die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten in Schweizer Pflegeheimen». *Bulletin des médecins suisses* 94, Nr. 51/5294 (2013): 1956-58.

Hofstettler, St., und E. Kraft. «FMH-Ärzttestatistik 2017- aktuelle Zahlen». *Schweizerische Ärztezeitung* 99, Nr. 1314 (2018): 408-13. Imhof, L., und R. Mahrer Imhof. «Betreutes Wohnen in der Schweiz. Grundlagen eines Modells». Winterthur: Nursing Science & Care, 2019. Bericht.

Leutgeb, R., S. J. Berger, J. Zsencsenyi, und G. Laux. «Potentially Avoidable Hospitalisations of German Nursing Home Patients? A Cross-Sectional Study on Utilisation Patterns and Potential Consequences for Healthcare». *BMJ Open* 9, Nr. 1 (Januar 2019): e025269. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025269>.

Lippuner, S. «Pensionskasse bremst Ärzte aus». *Berner Zeitung* 9. Februar 2016.

Marty, F. «Leitlinien der Wirtschaft. Für eine neue Schweizer Gesundheitspolitik». Zürich: Economiesuisse, 2016. <https://www.economiesuisse>.

Mitterlechner, M., J. Rüegg-Stürm, und H. Tuckermann. «Integrierte Gesundheitsversorgung: eine unwahrscheinliche Leistung». *Schweizerische Ärztezeitung (SÄZ)* 2013, Nr. 26 (2013): 1042-1045.

Moreau-Gruet, F. «Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren». Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN), 2013. <https://www.obsan.admin.ch>.

Morof, I., und P.D. Larsen. «Chronicity». In *Chronic Illness: Impact and Interventions*, 3-22. Boston: Jones and Bartlett, 2006.

OECD. *Health Workforce Policies in OECD Countries*. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, 2016. <https://doi.org/10.1787/9789264239517-en>.

Ouslander, J.G., G. Lamb, M. Perloe, J. H. Givens, T. Rutland, A. Atherly, und D. Saliba. «Potentially Avoidable Hospitalizations of Nursing Home Residents: Frequency, Causes, and Costs: [See Editorial Comments by Drs. Jean F. Wyman and William R. Hazzard, Pp 760-761]». *Journal of the American Geriatrics Society* 58, Nr. 4 (April 2010): 627-35. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02768.x>.

Pfannstiel, M.A., A. Focke, und H. Mehlich. *Management Gesundheitsregion IV: Bedarfsplanung und ganzheitliche regionale Versorgung und Zusammenarbeit*. Neu-Ulm: Springer Gabler, 2018.

Sailer Schramm, M., B. Brüngger, Ch. Wyss, A. Röthlisberger, M. Kläy, H. Triaca, B. Grünig, A. Schüller, und H.U. Blunier.

«Tandembetreuung mit Vorteilen für alle Beteiligten». Berner Zeitung 19, Nr. 2 (2019): 52-56.

Santosaputri, E., K. Laver, und T. To. «Efficacy of Interventions Led by Staff with Geriatrics Expertise in Reducing Hospitalisation in Nursing Home Residents: A Systematic Review». *Australasian Journal on Ageing* 38, Nr. 1 (März 2019): 5-14.
<https://doi.org/10.1111/ajag.12593>.

SBK, IG SwissANP, VFP, und CHUV IUFERS. «Reglementierung der Pflegeexpertin APN: Zusammenfassung und Gründe für die separate Reglementierung». Bern: authors, 2012.

Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und OdASanté. «Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2016.», 2016. <https://www.gdk-cds.ch>.

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. «Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen». Bern: Hogrefe, 2015.

Seematter-Bagnoud, L., J. Junod, H. Jaccard Ruedin, M. Roth, C. Foletti, und B. Santos-Eggimann. «Offre et recours aux médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030». Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN), 2008.

Senn, N., St. Ebert, und C. Cohidon. «Die Hausarztmedizin in der Schweiz – Perspektiven Analyse basierend auf den Indikatoren des Programms SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring)». *Obsan Bulletin* 11/2016. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN), 2016.

Sluggett, J.K., S. Lalic, S M. Hosking, J. Ilomäki, T. Shortt, Jennifer McLoughlin, Solomon Yu, u. a. «Root Cause Analysis of Fall-Related Hospitalisations among Residents of Aged Care Services». *Aging Clinical and Experimental Research*, 14. November 2019.
<https://doi.org/10.1007/s40520-019-01407-z>.

Stocker, D., K. Künzi, und T. Egger. «Umsetzung der Altersleitbilder in den bernischen Gemeinden.» Bestandesaufnahme. Bern: BASS AG, 2011.

World Health Organization [WHO]. *Global Status Report on Noncommunicable Diseases: 2014*. Geneva: World Health Organization, 2015.

World Health Organization [WHO]. «Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action». *Global report noncommunicable disease and mental health*. Geneva: WHO, 2002.

nS&C
Nursing Science & Care GmbH

Prof Dr. Romy Mahrer Imhof
Prof Dr. Lorenz Imhof
Nursing Science & Care GmbH
www.ns-c.ch, 052 213 65 65