

**Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW**

School of Management and Law SML

**Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen –  
Zentrale Aspekte und Herausforderungen für eine  
nutzenorientierte und effiziente Versorgung**

<b>Autorin:</b>	Melanie Mäder
<b>Modul:</b>	Masterarbeit
<b>Betreuungsperson:</b>	Hauptbetreuer: Prof. Dr. Marc Höglinger Co-Betreuer: Ilan Serruya
<b>Studiengang:</b>	MSc Business Administration - Health Economics and Healthcare Management
<b>Bemerkung:</b>	Schriftliche Arbeit verfasst an der School of Management and Law, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften

Winterthur, 5. Juni 2023

## **Vorwort**

An dieser Stelle möchte ich meine Dankbarkeit gegenüber allen Personen zum Ausdruck bringen, die mir während der Entstehung meiner Masterarbeit geholfen haben. Insbesondere möchte ich mich bei meinem Betreuer Prof. Dr. Marc Höglinger bedanken, der mich mit wertvoller Beratung und Denkanstössen unterstützt hat. Ebenso gilt ein grosser Dank Ralph Stettler, Ilan Serruya und Daniela Nossetti, die das spannende Thema eingebracht und fachliche Expertise und wichtige Anregungen beigesteuert haben. Die schnellen und unkomplizierten Rückmeldungen der Betreuer:innen haben mir stets ermöglicht, effizient weiterzuarbeiten.

Ein weiterer Dank gilt meinen Interviewpartner:innen, die durch ihre Bereitschaft und ihre interessanten Gespräche dazu beigetragen haben, meine Forschungsfragen zu beantworten und zur Schliessung der Forschungslücke beizutragen.

Abschliessend möchte ich Caroline Evers und Maximilian Kirchhoff meinen Dank aussprechen, die meine Arbeit korrekturgelesen und wertvolle Anregungen gegeben haben. Zudem möchte ich meinem Partner Fabian Krähenbühl danken, der mich stets unterstützt und motiviert hat.

## Management Summary

Die medizinische Versorgung in Schweizer Pflegeheimen steht vor komplexen Herausforderungen aufgrund begrenzter Ressourcen und steigender Anforderungen. Multimorbide Bewohner:innen mit chronischen Erkrankungen und Polymedikation benötigen eine bedarfsgerechte ärztliche Betreuung. Die ärztliche Versorgung in Schweizer Pflegeheimen ist heterogen organisiert. Es gibt bisher nur wenige Studien zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen.

Diese Masterarbeit zielt darauf ab, zentrale Aspekte und Herausforderungen zu identifizieren, die mit einer nutzenorientierten und effizienten Organisation der ärztlichen Versorgung in Schweizer Pflegeheimen einhergehen. Dazu wurden verschiedene Modelle untersucht, ihre Vor- und Nachteile analysiert und die Bedürfnisse und Herausforderungen der Pflegeheime in Bezug auf die ärztliche und pharmazeutische Versorgung ermittelt. Es handelt sich um eine multiple Fallstudie mit neun Pflegeheimen. Die qualitativen Daten wurden mittels Experteninterviews mit Pflegedienstleitungen erhoben. Dazu wurde ein halbstandardisierter Interviewleitfaden entwickelt. Die Daten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring in der Software MAXQDA mit Hilfe eines Kodierleitfadens analysiert.

Das vorherrschende Modell ist das Hausarztssystem, gefolgt vom Heimarztssystem. Aufgrund des Hausärztemangels suchen Pflegeheime nach neuen Organisationsmodellen. Auch die schlechte Vergütung führt dazu, dass immer weniger Hausärzt:innen bereit sind, Pflegeheimbewohner:innen zu betreuen. Mobile Haus- und Heimarztfirmen werden immer häufiger eingesetzt. Einige Pflegeheime arbeiten auch mit geriatrischem Arztpersonal aus Spitälern zusammen. Neue Ideen wie die Vermietung von Flächen für externe Hausarztpraxen oder sogar der Betrieb einer eigenen Praxis im Pflegeheim entstehen, um die medizinische Versorgung der Bewohner:innen wie aber auch der Region sicherzustellen.

Die wichtigsten Aspekte für eine nutzenorientierte und effiziente, ärztliche Versorgung in Pflegeheimen umfassen regelmässige Arztvisiten, Vereinbarungen zur Erreichbarkeit von hausärztlichem Fachpersonal, klare Abläufe im Notfall, regelmässige, geriatrische Fortbildungen für das Pflegepersonal und die Ärzteschaft, Kooperationen mit externen Fachärzt:innen und Therapeut:innen, den punktuellen Einbezug von Telemedizin, Vermeidung von Spitalaufenthalten, unter anderem durch ärztliche Präsenz und Patientenverfügungen, den Einsatz von Advanced Practice Nurses sowie das Durchführen von regelmässigen Medikationsüberprüfungen zur Steigerung der Patientensicherheit und Reduktion von Polymedikation.

Pflegeheime sollten die Organisation der ärztlichen Versorgung sorgfältig unter Berücksichtigung von Rahmenbedingungen wie ihrer Grösse oder Spezialisierungen prüfen. Keines der Modelle gilt als universell beste Wahl. Das Heimarztssystem, mobile Haus- und Heimarztfirmen sowie die Zusammenarbeit mit Spitälern werden alles als vielversprechende Modelle angesehen. Mobile Haus- und Heimarztfirmen reduzieren die Anzahl der verschiedenen Hausärzt:innen und bieten koordinierte Zusammenarbeit. Pflegeheime in der Nähe von Spitälern können Kooperationen eingehen, um Synergien zu nutzen. Die Integration einer Arztpraxis in das Pflegeheim kann sinnvoll sein, erfordert jedoch erheblichen Aufwand und rechtliche Abklärungen.

Es handelt sich hierbei um ein wichtiges gesundheitspolitisches Forschungsthema mit gesellschaftlichem Interesse, da sich alle im Alter eine angemessene medizinische Versorgung wünschen. Die Politik soll die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen detaillierter untersuchen, Tarife überprüfen und Modellprojekte fördern, um zukunftsfähige Lösungen zu entwickeln.

# Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .....	VI
Tabellenverzeichnis .....	VII
Abkürzungsverzeichnis .....	VIII
1. Einführung .....	1
1.1. Herausforderungen der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen .....	1
1.2. Forschungslücke .....	2
1.3. Ziel und Aufbau der Arbeit .....	3
2. Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen .....	5
2.1. Grundlagen der Langzeitpflege .....	5
2.2. Organisationsmodelle .....	6
2.3. Versorgungsmodelle in europäischen Ländern .....	10
2.4. Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen und Ärzteschaft .....	14
2.5. Notfallversorgung .....	15
2.6. Arzneimittelversorgung .....	16
3. Herausforderungen in der ärztlichen Versorgung .....	19
3.1. Herausforderungen .....	19
3.2. Lösungsansätze .....	21
4. Methoden .....	26
4.1. Datenerhebung .....	26
4.2. Datenauswertung .....	28
5. Ergebnisse .....	31
5.1. Organisationsmodelle der ärztlichen Versorgung .....	31
5.2. Zusammenarbeit zwischen Pflege und Heim- und Hausärzt:innen .....	35
5.3. Zusammenarbeit zwischen Pflege und weiteren Spezialist:innen .....	40
5.4. Notfallversorgung .....	43
5.5. Arzneimittelversorgung .....	46
5.6. Herausforderungen und mögliche Lösungsansätze .....	49
6. Diskussion .....	53
6.1. Diskussion der Ergebnisse im Zusammenhang mit der Literatur .....	53
6.2. Nutzenorientierte und effiziente Organisation der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen .....	56

6.3. Handlungsempfehlungen hinsichtlich der ärztlichen Versorgung .....	60
7. Fazit und Ausblick.....	63
7.1. Limitationen dieser Fallstudie .....	64
7.2. Weiterer Forschungsbedarf und Ausblick .....	65
8. Literaturverzeichnis.....	67
9. Anhang .....	73
9.1. Interviewleitfaden.....	73
9.2. Vertraulichkeitserklärung .....	77

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Verblisterte Medikamente (Schweizer Blisterzentrum AG, 2022).....	16
Abbildung 2: Codesystem .....	29
Abbildung 3: Ausschnitt aus einem codierten Interview.....	30
Abbildung 4: Vorgehen der Datenauswertung (eigene Darstellung).....	30

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über verschiedene Organisationsmodelle der ärztlichen Versorgung inklusive Vor- und Nachteile (Beske, 2015; Curaviva, 2015b; Kada et al., 2015; Landgraf, 2017; Riedel, 2017; Steidl & Nigg, 2008) (eigene Darstellung).....	6
Tabelle 2: Überblick über ärztliche Versorgung in der Schweiz und in Europa (Bieri-Brüning, 2018; Curaviva, 2015b; Fasching, 2007; Grafen, 2017; Landgraf, 2017; Riedel, 2017; Schippinger et al., 2012; van den Bussche, Weyerer, et al., 2009, 2009) (eigene Darstellung) .....	10
Tabelle 3: Beschrieb der wichtigsten Herausforderungen in der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen.....	21
Tabelle 4: Lösungsansätze für eine optimierte ärztliche Versorgung in Pflegeheimen	25
Tabelle 5: Sampling der befragten Pflegeheime inklusive Kennzahlen .....	28
Tabelle 6: Zentrale Aspekte einer nutzenorientierten und effizienten ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen (eigene Darstellung).....	56
Tabelle 7: Vor- und Nachteile der verschiedenen Modelle der ärztlichen Versorgung in Schweizer Pflegeheimen (eigene Darstellung).....	59



## Abkürzungsverzeichnis

APN	Advanced Practice Nurse
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CRA	coördinerend en raadgevend arts (belgisch)
EPD	Elektronisches Patientendossier
FTE	Full Time Equivalent
NP	Nurse Practitioners
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
PA	Physician Assistant
PIM	Potenziell inadäquate Medikation
RN	Registered Nurse
SFGG	Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie
WHO	World Health Organisation

## **1. Einführung**

Bei dieser Masterarbeit handelt es sich um eine Fallstudie zur ärztlichen Versorgung in Schweizer Pflegeheimen. In diesem Kapitel werden zunächst die allgemeinen Herausforderungen der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen erläutert. Die steigende Komplexität der medizinischen Versorgung, begrenzte Ressourcen und die Herausforderungen im Umgang mit den multimorbiden Bewohner:innen stellen Pflegeheime vor erheblichen Schwierigkeiten (Curaviva, 2015b, S. 5). Es gibt verschiedene Organisationsformen für die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohner:innen, darunter die Betreuung durch Haus- oder Heimärzt:innen. Anschliessend werden die Forschungsfragen erläutert, die sich auf die zentralen Aspekte und Herausforderungen einer nutzenorientierten und effizienten Organisation der ärztlichen Versorgung in Schweizer Pflegeheimen konzentrieren. Abschliessend wird ein Überblick über die Struktur und den Ablauf der Arbeit gegeben.

### **1.1. Herausforderungen der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen**

Die Anforderungen an die medizinische und pflegerische Versorgung in Pflegeheimen werden zunehmend komplexer (Curaviva, 2015b, S. 5). Zum Beispiel erfordert die Dokumentation von medizinischen und pflegerischen Massnahmen mehr Aufwand und es gibt höhere Anforderungen aus dem Erwachsenenschutzrecht (Curaviva, 2015b, S. 6). Allerdings stehen Pflegeheime vor Herausforderungen aufgrund von begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen (Curaviva, 2015b, S. 5). Dies und weitere Problemstellungen fordern das Schweizer Gesundheitswesen, insbesondere die Pflegeheime zum Handeln auf. In der Schweiz lebten im Jahr 2021 rund 160'000 betagte Menschen in einem Pflegeheim (Bundesamt für Statistik [BFS], 2023). Der grösste Teil davon ist multimorbide und leidet an chronischen Erkrankungen. Die meisten Bewohner:innen sind zudem von Polymedikation, das heisst einer Einnahme von fünf oder mehr Medikamenten, betroffen (Brühwiler et al., 2021, S. 4). Den Betagten stehen schweizweit 1'536 Pflegeheime zur Verfügung (BFS, 2021). Gemäss einer Bedarfsberechnung des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) benötigt es aufgrund der demografischen Bevölkerungsentwicklung unter dem Szenario von gleichbleibender Pflegedauer bis im Jahr 2040 54'335 zusätzliche Betten (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2022, S. 59). Bis ins Jahr 2029 fehlen uns jedoch laut des Obsan Berichts von 03/2021 unter dem Referenzszenario gegen 70'500 zusätzliches Pflege- und Betreuungspersonal im Schweizer Gesundheitswesen (Merçay et al., 2021, S. 69). Auch herrscht Fachkräftemangel in der Alterspflege (Schweizerisches

Gesundheitsobservatorium, 2022, S. 8). Die Bewohner:innen von Pflegeheimen sind zudem auf eine bedarfsgerechte ärztliche Betreuung angewiesen. Im Jahr 2021 arbeiteten 100'360 Personen in Pflegeheimen, von diesen waren lediglich 126 Ärzt:innen oder Akademiker:innen (BFS, 2022). Im Vergleich dazu waren rund 67'286 in der Pflege und Alltagsgestaltung tätig (BFS, 2022).

Die ärztliche Versorgung der Bewohner:innen in der Langzeitpflege ist sehr heterogen organisiert (Curaviva, 2015b, S. 4). Dies ist auf den Föderalismus im Schweizer Gesundheitswesen, die unterschiedlichen Modelle der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen sowie die unterschiedliche Ausrichtung der Pflegeheime zurückzuführen (Curaviva, 2015b, S. 4). In Schweizer Pflegeheimen sind das Hausarztsystem sowie das Heimarztsystem vorherrschend (Bieri-Brüning, 2018). Gemäss Bieri-Brüning (2018) ist das Hausarztsystem am weitesten verbreitet. Ein/e Hausarzt/Hausärztin betreut ein bis vier Bewohner:innen in mehreren Pflegeheimen, wobei diese/r die Bewohner:innen in der Regel schon lange kennt. Beim Heimarztmodell werden die Ärzt:innen vom Pflegeheim angestellt oder sie haben einen Vertrag mit dem Pflegeheim, wobei sie entweder komplett oder zu einem festen Anteil im Pflegeheim arbeiten (Bieri-Brüning, 2018).

Die ärztliche Versorgung in Schweizer Pflegeheimen ist kantonal geregelt. In einigen Kantonen gibt es keine Vorgaben zur ärztlichen Betreuung in Pflegeheimen; in gewissen Kantonen benötigt es die Anstellung eines/einer Heimarztes/Heimärztin, in anderen ist ein Einsitz einer Ärztin/eines Arztes in der Heimleitung gefordert (Curaviva, 2015b, S. 5–6). Zusätzlich gilt in der Schweiz die freie Arztwahl, das heisst die Bewohner:innen dürfen grundsätzlich selbst entscheiden, bei welchen Ärzt:innen sie sich behandeln lassen möchten (Niederhauser et al., 2019, S. 8). Dabei sollten auch die individuellen Präferenzen und Bedürfnisse der Bewohner:innen berücksichtigt werden (Brühwiler et al., 2021, S. 13).

### **1.2. Forschungslücke**

In der Schweiz sind zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen bis anhin erst wenige Studien durchgeführt worden. Ein Vergleich der verschiedenen Modelle der ärztlichen Versorgung unter Einbezug von neuartigen Zusammenarbeitsmodellen fehlt gemäss unserem Wissensstand bisher komplett.

Diese Arbeit soll anhand des theoretischen Hintergrundes und der Ergebnisse aus Interviews aufzeigen, was die zentralen Aspekte und Herausforderungen einer nutzen-

orientierten und effizienten ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen sind, um den Qualitätsansprüchen gerecht zu werden und zukünftige Herausforderungen zu meistern. Dabei wird auch über die Landesgrenzen hinausgeblickt und Modelle von europäischen Ländern mit anderen Gesundheitssystemen betrachtet. Zudem soll dargelegt werden, in welchen Strukturen die unterschiedlichen Berufsgruppen wie Hausärzt:innen, Pflege und weiteres medizinisches Fachpersonal in den verschiedenen Modellen zusammenarbeiten und wie die Prozesse geregelt sind. Die Arzneimittelversorgung, die ein wichtiger Bestandteil der ärztlichen Versorgung ist, wird ebenfalls analysiert. Insgesamt sollen die Bedürfnisse von Pflegeheimen bezüglich einer optimalen Organisation der ärztlichen Versorgung aufgezeigt werden, unter Analyse der klassischen Modelle Hausarzt- und Heimarztssystem, sowie auch neuartiger Modelle.

### **1.3. Ziel und Aufbau der Arbeit**

Diese Arbeit soll einen Beitrag zur Schliessung der Forschungslücke leisten und Schweizer Pflegeheime anregen allenfalls eine Versorgungsanpassung zu prüfen, um die ärztliche Versorgung nutzenorientiert und effizient zu organisieren. Entsprechend ist die Forschungsfrage wie folgt definiert:

#### **Was sind zentrale Aspekte und Herausforderungen einer nutzenorientierten und effizienten Organisation der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen?**

Daraus ergeben sich folgende Unterfragen:

- Welche Modelle der ärztlichen Versorgung werden in Schweizer Pflegeheimen angewendet?
- Welche Vor- und Nachteile haben die verschiedenen Modelle der ärztlichen Versorgung in Schweizer Pflegeheimen?
- Welche Bedürfnisse haben Schweizer Pflegeheime hinsichtlich der ärztlichen und pharmazeutischen Versorgung ihrer Bewohner:innen?
- Vor welchen Herausforderungen stehen Schweizer Pflegeheime hinsichtlich der ärztlichen Versorgung?

Die Forschungsfrage wird aus der Sicht der Pflegeheime und nicht der Arztpraxen untersucht. Der Fokus liegt dabei auf der haus- und heimärztlichen Versorgung. Zudem wird die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Heimärzt:innen mit dem internen Pflegepersonal sowie mit anderen Spezialist:innen sowie mit Therapeut:innen untersucht. Die untersuchten Pflegeheime beschränken sich auf die Deutschschweiz. Institutionen, die ihren Fokus auf dem betreuten Wohnen, Wohngruppen oder Palliativbehandlungen haben, werden nicht eingeschlossen.

Aufbauend auf der Literaturrecherche zu der ärztlichen Versorgung, deren Modelle, Vergleiche mit anderen europäischen Ländern, der Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen und Pflegeheimen, und der Notfall- und Arzneimittelversorgung (Kapitel 2), sowie den Herausforderungen der ärztlichen Versorgung (Kapitel 3), werden im Kapitel 4 das Vorgehen bei den Experteninterviews und der Datenanalyse detailliert erläutert. Die Arbeit konzentriert sich auf Pflegeheime, welche das klassische Hausarztmodell und Heimarztssystem aufweisen, aber auch Pflegeheime, welche neuartige Modelle wie die Versorgung durch ein benachbartes Spital, durch eine integrierte Hausarztpraxis im Pflegeheim, oder durch Outsourcen an spezialisierte Unternehmen anwenden. Mithilfe eines Interviewleitfaden wurden primär Personen in der Funktion als Pflegedienstleitungen befragt und die Ergebnisse im Kapitel 5 strukturiert dargestellt. Diese werden in Kapitel 6 im Kontext des theoretischen Hintergrunds diskutiert sowie wird die Forschungsfrage beantwortet und Handlungsempfehlungen abgegeben. Kapitel 7 rundet die Arbeit über ein Fazit, Limitationen der Arbeit und einen Ausblick auf mögliche zukünftige Arbeiten ab.

## **2. Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen**

Dieses Kapitel beschreibt die medizinische Versorgung in der Langzeitpflege, einschliesslich der gängigen Krankheitsbilder und Gesundheitsprobleme der Bewohner:innen. Verschiedene Organisationsmodelle für die ärztliche Versorgung in der Schweiz und umliegenden Ländern werden vorgestellt. Es wird auch noch detaillierter auf die Zusammenarbeit zwischen dem Pflegeheim und der Ärzteschaft, sowie auf die Notfall- und Arzneimittelversorgung eingegangen.

### **2.1. Grundlagen der Langzeitpflege**

Menschen treten in ein Pflegeheim ein, wenn es ihre Gesundheitssituation nicht mehr zulässt zu Hause zu leben, auch trotz Unterstützung von Angehörigen oder der Spitex (Curaviva, 2015a, S. 4). Neben der Haupttätigkeit von Pflegeheimen, der Betreuung und Pflege, benötigen die Bewohner:innen eine gute ärztliche und therapeutische Versorgung, die von den Pflegeheimen organisiert und koordiniert wird. Die medizinische Versorgung wird von Haus- und Heimärzt:innen sowie anderen Spezialist:innen wie Gerontopsychiater:innen, Zahnärzt:innen, Physiotherapeut:innen und Ergotherapeut:innen bereitgestellt (Curaviva, 2015a, S. 4).

Die gesundheitlichen Probleme von älteren Menschen in Pflegeheimen sind sehr vielfältig und die Ärzt:innen werden mit vielen verschiedenen körperlichen als auch psychischen Beschwerden konfrontiert. Einerseits treten neurologische Erkrankungen wie Demenz und psychiatrische Erkrankungen wie Depressionen und Angststörungen häufig auf (van den Bussche, Weyerer, et al., 2009, S. 241). Andererseits leiden die Bewohner:innen unter Herzkreislauf- und Stoffwechselerkrankungen sowie sind von Gangunsicherheit, Stürzen, Inkontinenz und Schmerzen betroffen (Curaviva, 2015a, S. 4; Hallauer et al., 2005, S. 5; van den Bussche, Weyerer, et al., 2009, S. 241).

Die Arzneimitteltherapie der Bewohner:innen ist in der Regel sehr komplex und bedarf einer Abwägung der Nutzen und Risiken aller Therapien sowie die Berücksichtigung der Wünsche und Ängste der Bewohner:innen und Angehörigen (Curaviva, 2015a, S. 4). Da viele Menschen im Pflegeheim sterben, nimmt auch die palliative Medizin einen grossen Stellenwert ein (Curaviva, 2015a, S. 4). Entscheidungen müssen daher in Absprache mit Pflegekräften, Ärzt:innen, Bewohner:innen und Angehörigen getroffen werden. Multidisziplinäre Interventionen sind in der Langzeitpflege am erfolgreichsten und erfordern eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen, Pflegekräften und anderen therapeutischen Berufen (Curaviva, 2015a, S. 7).

## 2.2. Organisationsmodelle

Hausarztssystem, Heimarztssystem, sowie Pflegeheime, welche die Versorgung durch ein benachbartes Spital, oder durch eine integrierte Hausarztpraxis im Pflegeheim umsetzen werden in der Schweiz und Europa hauptsächlich angewandt (siehe Tabelle 1).

Modell	Vorteile	Nachteile
<b>Hausarztssystem</b> Verschiedene Hausärzt:innen (HA) betreuen die Bewohner:innen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhaltung der freien Arztwahl</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viele verschiedene HA im Heim</li> <li>• Schlechte Erreichbarkeit der HA</li> <li>• Besuche oft nur zu Randzeiten möglich</li> <li>• Unzureichende Vergütung von Gesprächen, Visiten und Fallbesprechungen</li> <li>• Oft kein spezialisiertes gerontopsychiatrisches Fachwissen</li> <li>• Genereller Mangel an HA</li> </ul>
<b>Heimarztssystem</b> Angestellte oder vertraglich gebundene Heimarzt:innen (Vollzeit oder Teilzeit)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmässige ärztliche Präsenz</li> <li>• Schnelle Notfallversorgung</li> <li>• Einheitliches Behandlungsregime möglich</li> <li>• Geriatriische Fachausbildung teilweise vorhanden</li> <li>• Interprofessionelle Zusammenarbeit erleichtert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschränkung der freien Arztwahl</li> <li>• Aufgrund von Abwesenheiten sind oft mehr als ein/e Heimarzt/Heimarztin nötig → finanzielle Belastung</li> </ul>
<b>Spitalversorgung</b> Durch die Ärzt:innen der Geriatrie in einem Spital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmässige ärztliche Präsenz</li> <li>• Schnelle Notfallversorgung</li> <li>• Einheitliches Behandlungsregime möglich</li> <li>• Geriatriische Fachausbildung</li> <li>• Interprofessionelle Zusammenarbeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschränkung der freien Arztwahl</li> </ul>
<b>Integrierte Hausarztpraxis</b> Fest ins Pflegeheim integriert oder Zweitpraxis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhaltung der freien Arztwahl</li> <li>• Gute Erreichbarkeit der HA zu Praxisöffnungszeiten</li> <li>• Praxis vor Ort</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwierige Erreichbarkeit während Wochenenden, Feiertagen und nachts</li> <li>• Weiterhin verschiedene HA im Heim, da kein obligater Wechsel in die integrierte Hausarztpraxis</li> </ul>

Tabelle 1: Überblick über verschiedene Organisationsmodelle der ärztlichen Versorgung inklusive Vor- und Nachteile (Beske, 2015; Curaviva, 2015b; Kada et al., 2015; Landgraf, 2017; Riedel, 2017; Steidl & Nigg, 2008) (eigene Darstellung)

### **Hausarztsystem**

Das Hausarztsystem ist das vorherrschende medizinische Versorgungsmodell in europäischen Pflegeheimen (Landgraf, 2017, S. 60). Kada et al. (2015, S. 2) spricht von bis zu 32 verschiedenen Hausärzt:innen pro Heim, Landgraf (Landgraf, 2017, S. 61) sogar von bis zu 40 verschiedenen Hausärzt:innen pro städtischem Heim, welche Bewohner:innen versorgen. Kada et al. (2015, S. 2) stellt keinen Zusammenhang mit der Bewohneranzahl fest, deklariert aber, dass es in Pflegeheimen in städtischer Lage mehr Hausärzt:innen pro Heim gibt.

Bei Notfällen, nachts und an Wochenenden oder Feiertagen, aber auch während der Sprechstundenzeit steht oft kein Hausarzt/keine Hausärztin zur Verfügung, sodass der Notdienst eingeschaltet werden muss oder direkt in ein Spital eingewiesen wird.

Als bestimmender Vorteil des Hausarztsystems für die Nutzer bezeichnet Landgraf (2017, S. 60) die Erhaltung der freien Arztwahl. Aus Sicht der Ärzt:innen und des Pflegepersonals bestehen jedoch einige Nachteile. Landgraf (2017, S. 61) kritisiert, dass die Pflegefachkräfte zuerst den/die behandelnde/n Hausarzt/Hausärztin ermitteln müssen, wobei diese unterschiedlich erreichbar sind. Bei schlechter Erreichbarkeit resultiert in Notfallsituationen oftmals die Alarmierung von Notärzt:innen oder des Rettungsdienstes (Beske, 2015, S. 97). Laut Beske (2015, S. 97) ist dies insbesondere nachts, an Wochenende, an Feiertagen oder aber auch während der Sprechstundenzeit der Hausärzt:innen der Fall. Kleina et al. (2015, S. 386) vermutet, dass die Zusammenarbeit mit Hausärzt:innen im Einzelfall sehr unterschiedlich ablaufen kann. Curaviva (2015b, S. 6), der Verband für Heime und Institutionen in der Schweiz, berichtet, dass Hausärzt:innen, welche Heimbewohner:innen betreuen, diese Tätigkeit als interessant einstufen, jedoch die Arbeitsbedingungen ungenügend seien. Aufgrund des Zeitdrucks in der Hausarztpraxis müssen sie die Heime zu Randzeiten besuchen, wobei dann die diplomierten Pflegefachkräfte ungenügend erreichbar sind (Curaviva, 2015b, S. 6). Zudem werden zeitaufwendige Tätigkeiten wie Gespräche, Visiten oder Fallbesprechungen unzureichend oder teilweise überhaupt nicht vergütet, was dazu führt, dass diese Tätigkeiten, die nicht im direkten Zusammenhang mit der Betreuung eines/einer einzelnen Bewohners/Bewohnerin stehen, kaum erbracht werden (Curaviva, 2015b, S. 6). Auch haben die Hausärzt:innen oft kein gerontopsychiatrisches Fachwissen (Steidl & Nigg, 2008, S. 80). Der zunehmende Mangel an Hausärzt:innen wird die Lage in Pflegeheimen betreffend der ärztlichen Versorgung verschärfen (Beske, 2015, S. 97). Die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG) setzt sich dafür ein, dass die Heimarztfunktion wieder attraktiver wird. Dafür werden geeignetere Modelle benötigt,



da das traditionelle Hausarztmodell als Lösung nicht mehr ausreichend ist (Bieri-Brüning, 2018).

### **Heimarztsystem**

Nach dem Hausarztsystem wird das Heimarztsystem am zweithäufigsten verwendet. Im Heimarztsystem sind die Ärzt:innen entweder als feste Angestellte oder als vertraglich gebundene Fachkräfte im Pflegeheim tätig und arbeiten entweder in Vollzeit oder Teilzeit vor Ort (Bieri-Brüning, 2018).

Eine heimärztliche Betreuung bietet zahlreiche Vorteile für Bewohner:innen von Pflegeheimen. Bieri-Brüning (2018) sieht klare Zuständigkeiten im Betrieb und einheitliche Behandlungsregime, einschliesslich einer schnellen Versorgung in Notfällen. Eine interprofessionelle Zusammenarbeit wird ebenfalls ermöglicht. Landgraf (2017, S. 60) betont, dass der/die zuständige Hausarzt/Hausärztin bei Bedarf tagsüber vor Ort und nachts sowie an Wochenenden und Feiertagen für die Pflege erreichbar ist. Riedel (2017, S. 15) hebt hervor, dass die Spezialisierung in der Heimarztmedizin nicht nur die Behandlungsqualität verbessern, sondern auch die Zusammenarbeit mit dem Heimpersonal erleichtern könnte. Die Autoren Bieri-Brüning (2018) und Landgraf (2017) sehen Nachteile im Heimarztsystem, insbesondere bei der Einschränkung des Rechts auf freie Arztwahl. Ein Teil der Bewohner:innen muss bei Heimeintritt somit den/die Hausarzt/Hausärztin wechseln, ebenso muss das Pflegeheim für den Lohn der Heimärzt:innen aufkommen sowie zur Gewährleistung der Versorgung im Krankheits- oder Urlaubsfall mindestens zwei Ärzt:innen einstellen (Landgraf, 2017, S. 60). Zudem sieht Riedel (2017, S. 431) die Vollzeittätigkeit von fest angestellten Ärzt:innen für alle Pflegeheime als nicht ideal, da die Ärzt:innen oft nicht ausgelastet sind.

Gemäss Gerontologie-Blog der Gesundheitszentren für das Alter der Stadt Zürich durch Frau Dr. Gabriela Bieri-Brüning (2018) gleicht der im Heimarztmodell angewendete Geriatrische Dienst mit leitenden Ärzt:innen, Oberärzt:innen und Assistenzärzt:innen der Organisationsstruktur in Spitälern. Insgesamt sind ca. 40 Ärzt:innen angestellt. Sie decken Notfall- und Nachtdienste ab und ermöglichen auch die medizinische Versorgung von Spezialabteilungen. Die leitenden Ärzt:innen sind fest in die Führungsgremien der einzelnen Pflegezentren eingebunden, ebenso wie sie als Chefärztin des Geriatrischen Dienstes, die als ärztliche Direktorin auch Mitglied der Direktion ist.

Laut Curaviva (2015b, S. 4–7) umfasst eine heimärztliche Betreuung nicht nur die Diagnosestellung und Medikamentenverschreibung, sondern auch einen wichtigen Anteil an der Kommunikation mit Bewohner:innen, Angehörigen sowie Mitarbeitenden aus

Pflege und Therapie. Eine enge interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen ist unverzichtbar für eine hochstehende geriatrischen Betreuung (Curaviva, 2015b, S. 5).

### **Weitere Modelle**

Die Literatur gibt wenig Hinweise auf weitere breit angewendete Modelle der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Landgraf (2017, S. 60) nennt das Modell der **Versorgung der Bewohner:innen durch ein Spital**. Laut ihrer Aussage haben 2% der Pflegeheime in Deutschland einen Kooperationsvertrag mit einem Spital und gegen 5% sind direkt an ein Spital angeschlossen, wobei dieselben Vor- und Nachteile wie beim Heimarztmodell genannt werden (Landgraf, 2017, S. 60).

Als weiteres Modell beschreibt Landgraf (2017, S. 61) die **Versorgung durch eine ins Pflegeheim integrierte Hausarztpraxis**. Dies sei in 3% aller deutschen Pflegeheime der Fall. Die Arztpraxis ist entweder fest integriert oder als Zweitpraxis an definierten Tagen in Betrieb. Landgraf (2017, S. 61) benennt folgende Vor- und Nachteile einer integrierten Hausarztpraxis: Das Recht der Patient:innen auf freie Arztwahl bleibt erhalten und zudem ist im Notfall eine Arztperson vor Ort, welche die Pflegekräfte kennen. Die Bewohner:innen haben die Möglichkeit, den Arzt/die Ärztin vor Ort kennenzulernen und sich für ihn/sie als Hausarzt/Hausärztin zu entscheiden. Zudem können Bewohner:innen ohne Transportdienst in die Praxis gehen. Ein Nachteil besteht jedoch darin, dass das Pflegeheim weiterhin mit unterschiedlich vielen Hausarztpraxen zusammenarbeitet und die Erreichbarkeit während Wochenenden, Feiertagen und nachts nicht klar geregelt ist.

### 2.3. Versorgungsmodelle in europäischen Ländern

Auf den folgenden Seiten wird die ärztliche Versorgung in der mit der Schweiz vergleichbaren Ländern Österreich, Deutschland, Niederlande, Belgien und Frankreich beschrieben und in der Tabelle 2 zusammengefasst. Es zeigt sich, dass das Hausarztssystem in den meisten Ländern vorherrscht, mit Ausnahme der Niederlande, wo spezialisierte Heimhausärzt:innen die Versorgung der Pflegeheimbewohner:innen übernehmen. In einigen Regionen, wie zum Beispiel in Wien und in einzelnen Pflegeheimen anderer Länder gibt es auch Anstellungen von Heimärzt:innen. Im Allgemeinen gibt es keine spezifischen Anforderungen an die Ausbildung von Ärzt:innen, die Pflegeheime betreuen, und die freie Arztwahl ist in der Regel gegeben. In mehreren Ländern gibt es Bestrebungen die ärztliche Versorgung von Pflegeheimen zu verbessern.

<b>Schweiz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grösstenteils Versorgung durch Hausärzt:innen</li> <li>• Sehr heterogen organisiert → unterschiedliche kantonale Vorgaben</li> <li>• Neun von 26 Kantonen verlangen Benennung eines Heimarztes/ einer Heimarztin</li> </ul>
<b>Österreich</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grösstenteils Versorgung durch Hausärzt:innen</li> <li>• In Wien gilt das Heimarztmodell</li> </ul>
<b>Deutschland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grösstenteils Versorgung durch Hausärzt:innen</li> <li>• Zwischen 1 – 5 % der Pflegeheime haben Heimärzt:innen</li> <li>• Verschiedene Modellprojekte weg vom Hausarztssystem</li> </ul>
<b>Niederlande</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seit 1990 Heimhausärzt:innen namens «verpleeghuisarts» mit Facharztausbildung in Pflegeheimmedizin</li> <li>• Pro 100 Bewohner:innen eine Vollzeitäquivalente Heimhausärzt:innen</li> </ul>
<b>Belgien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niedergelassene Hausärzt:innen mit einem «coördinerend en raadgevend arts» (CRA), auf Deutsch koordinierender und beratender Arzt</li> <li>• Bindeglied zwischen Pflegeheim und Hausärzt:innen</li> <li>• Befristete Anstellung des CRA</li> </ul>
<b>Frankreich</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• «medicin coordonnateur» für Koordination, Qualitätssicherung und Vermittlung</li> <li>• Meistens Geriater:innen aus Spitälern</li> </ul>

Tabelle 2: Überblick über ärztliche Versorgung in der Schweiz und in Europa (Bieri-Brüning, 2018; Curaviva, 2015b; Fasching, 2007; Grafen, 2017; Landgraf, 2017; Riedel, 2017; Schippinger et al., 2012; van den Bussche, Weyerer, et al., 2009, 2009) (eigene Darstellung)

#### Schweiz

In der Schweiz ist die ärztliche Versorgung von Menschen in Institutionen der Langzeitpflege sehr heterogen organisiert und gesetzlich nicht einheitlich geregelt, was auf die föderalistische Organisation des Gesundheitswesens und die unterschiedlichen Ausrichtungen der Institutionen zurückzuführen ist (Bieri-Brüning, 2018; Curaviva, 2015b, S. 4).

Eine Umfrage der Kommission für Langzeitgeriatrie des SFGG bei Kantonsärzt:innen ergab, dass das Spektrum der Vorgaben vom obligatorischen Einsitz des/der Heimarztes/Heimärztin in der Direktion bis hin zu keinen Vorgaben reicht (Bieri-Brüning, 2018). Bieri-Brüning (2018) hält in ihrem Gerontologie-Blog das Folgende fest: «Nur gerade neun Kantone verlangen eine/-n zuständige/-n Heimärztin/-arzt, die/der auch gemeldet werden muss.» Das Hausarztmodell ist am weitesten verbreitet, da der/die Hausarzt:in die Bewohner:innen schon lange kennt und eine enge Beziehung zu ihnen aufgebaut hat (Curaviva, 2015b, S. 4). Dies erfordert jedoch einen hohen Aufwand für Visiten und Betreuung in Akut- bzw. Notfallsituationen sowie erschwerte interdisziplinäre Zusammenarbeit (Bieri-Brüning, 2018). Aufgrund der heterogenen Heimlandschaft in der Schweiz wird angenommen, dass es immer verschiedene Betreuungssysteme geben wird (Bochsler, 2006, S. 1741). In der Stadt Zürich werden zum Beispiel die städtischen Pflegeheime seit dem Mittelalter von Stadtärzt:innen (heute mit geriatrischer Fachausbildung) geleitet (Bochsler, 2006, S. 1741) (siehe Kapitel 2.2 betreffend des Geriatrischen Dienstes).

### **Österreich**

In den meisten österreichischen Bundesländern werden Pflegeheimbewohner:innen nicht durch fest angestellte Ärzt:innen betreut, sondern weiterhin von ihrem Hausarzt/ihrer Hausärztin (Fasching, 2007, S. 313; Riedel, 2017, S. 418; Schippinger et al., 2012, S. 735). Prinzipiell besteht das Recht auf freie Arztwahl (Fasching, 2007, S. 316). Es gibt keine spezifische Ausbildung oder Vereinigung für in Pflegeheimen tätige Ärzt:innen sowie gibt es regional unterschiedliche Modelle der ärztlichen Versorgung (Riedel, 2017, S. 427). Eine Studie mit zehn Kärntner Pflegeheimen zeigt, dass die Anzahl verschiedener Hausärzt:innen pro Heim zwischen einem und 32 lag, ohne Zusammenhang zur Heimgrösse (Landgraf, 2017, S. 61). Deutlich mehr Hausärzt:innen gibt es in Pflegeheimen in städtischer Lage (Kada et al., 2015, S. 2). In Wien gibt es schon seit vielen Jahren das Heimarztmodell (Fasching, 2007, S. 313). Im 2005 wurde zudem in Wien das Pflegeheimgesetz verabschiedet, das vorschreibt, dass jedes Pflegeheim eine/n medizinisch verantwortliche/n Arzt/Ärztin benennen und ein medizinisches Betreuungskonzept erstellen muss (Fasching, 2007, S. 316).

### **Deutschland**

Auch in Deutschland gilt bei Heimbewohner:innen die freie Arztwahl (Riedel, 2017, S. 421). Grafen (2017, S. 4), Karsch-Völk et al. (2015, S. 571) und Van den Bussche, Weyerer, et al. (2009, S. 243) bewerten die hausärztliche Versorgung in Pflegeheimen

in Deutschland als zufriedenstellend, während sie die fachärztliche Versorgung als unzureichend empfinden. Grafen (2017, S. 4) hebt zudem hervor, dass Bewohner:innen mit demenziellen Erkrankungen oft unter- oder fehlversorgt sind. Van den Bussche, Weyerer, et al. (2009) betonen die zentrale Rolle der Hausärzt:innen in der Pflegeheimversorgung und Grafen (2017, S. 4) schildert, dass Bewohner:innen hauptsächlich von Hausärzt:innen betreut werden. Die meisten Pflegeeinrichtungen haben keine Ärzt:innen angestellt. Gemäss Landgraf (2017, S. 60) haben nur 1% der Pflegeheime ein/e Ärzt:in unter Vertrag, während Van den Bussche, Weyerer, et al. (2009, S. 242) angeben, dass ca. 5% eigene Heimärzt:innen haben und ca. 10% der Pflegeheime durch Spitalärzt:innen mitversorgt werden. Sie beziffern, dass Pflegeheime im Durchschnitt von zwölf verschiedenen Allgemeinmediziner:innen betreut werden. Gemäss ihnen wird die Erreichbarkeit der Ärzt:innen im Bedarfsfall als sehr unterschiedlich und die Bereitschaft zu Einrichtungsbesuchen etwas pessimistisch eingeschätzt. Die Heime erhalten durchschnittlich jede Woche Besuch von einem oder mehreren Hausärzt:innen. Gemäss Grafen (2017, S. 4) werden die Bewohner:innen im Schnitt einmal im Quartal visitiert.

Die Pflegeheime müssen der Pflegekasse mitteilen, wie sie die medizinische und Arzneimittelversorgung organisieren, insbesondere durch Kooperationsverträge mit Ärzt:innen oder der Einbindung in Ärztenetze. Wenn innerhalb von sechs Monaten kein Kooperationsvertrag zustande kommt, können Ärzt:innen direkt in der Institution angestellt werden (Riedel, 2017, S. 421).

In Deutschland existieren gemäss Grafen (2017) einige Modellprojekte zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Diese zielen darauf ab, die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen zu verbessern und dabei die Hausarztpraxen zu entlasten. Im Lingener Modell gibt es einen Pool von rund 50 Fach- und Hausärztinnen, Besuchsärzt:innen genannt, die regelmässig Pflegeheime besuchen und mit der jeweiligen Hausarztpraxis abrechnen (Grafen, 2017, S. 50). Im Berliner Projekt werden Ärzt:innen in die Pflegeeinrichtungen integriert und es besteht eine gute Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften, Ärzt:innen und Therapeut:innen (Grafen, 2017, S. 5–6). Die Geriatrischen Praxisverbände sind ein bayerisches Modellprojekt, bei dem verschiedene Hausärzt:innen, Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen zusammenarbeiten (Grafen, 2017, S. 8). Im AOK-Pflegenetz gibt es Kooperationsvereinbarungen zwischen Hausärzt:innen, Kliniken und Pflegeheimen, um die Versorgung von Pflegeheimbewohner:innen zu verbessern (Grafen, 2017, S. 8).

### **Niederlande**

In den Niederlanden leben die meisten über 65 Jährigen selbständig zu Hause (Schols et al., 2004, S. 207). Bei Pflegebedarf werden diese von häuslichen Pflegediensten der Gemeinde betreut (Schols et al., 2004, S. 207). Erst wenn der Pflegebedarf nicht mehr gedeckt werden kann, zum Beispiel mit chronischen Erkrankungen oder fortschreitender Demenz werden sie im Pflegeheim zugelassen (Schols et al., 2004, S. 207). In den Niederlanden gibt es für die ärztliche Versorgung seit 1990 in Pflegeheimen die Heimhausärzt:innen, wobei dies eine separate Facharztausbildung im Gebiet der Pflegeheimmedizin benötigt (Landgraf, 2017, S. 65). Die Niederlande gilt gemäss Riedel (2017, S. 423) als das erste Land und gemäss Schols et al. (2004, S. 211) auch das einzige Land mit diesem eigenständigen Fachgebiet. Laut Landgraf (2017, S. 65), Riedel (2017, S. 423) und van den Bussche, Schröfel, et al. (2009, S. 297) wird eine Vollzeitäquivalente für die Heimhausärzt:innen pro 100 Bewohner:innen eingesetzt. Die klassischen Hausärzt:innen versorgen keine Heimbewohner:innen (van den Bussche, Schröfel, et al., 2009). Die Heimhausärzt:innen können als geriatrisch beratende Ärzt:innen im Spital tätig sein und kennen sich mit den klinischen Verläufen von chronischen Krankheiten, geriatrischen sowie gerontopsychiatrischen Syndromen, komorbider Zustände und funktionaler Behinderungen aus (van den Bussche, Schröfel, et al., 2009, S. 297). In niederländischen Pflegeheimen werden auch viele andere Gesundheitsberufe wie Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen, Logopäd:innen, Psycholog:innen beschäftigt.

### **Belgien**

Gemäss van den Bussche, Schröfel, et al. (2009, S. 297–298) wird die ärztliche Versorgung in belgischen Pflegeheimen von niedergelassenen Hausärzt:innen übernommen. Seit dem Jahr 2000 gibt es ein Gesetz, dass koordinierende und beratende Ärzte, auf belgisch «coördinerend en raadgevend arts» (CRA) für die hausärztliche Versorgung in Pflegeheimen vorschreibt. Sie dienen als Bindeglied zwischen dem Heim und den niedergelassenen Hausärzt:innen. Der CRA wird in der Regel befristet vom Pflegeheim angestellt und hat eine Koordinations- und Mediationsfunktion zwischen Hausärzt:innen, der regionaler Hausärztevereinigung, dem ärztlichen Notdienst und dem Pflegeheim (van den Bussche, Schröfel, et al., 2009, S. 297). Der CRA ist dem Pflegeheim vertraglich gebunden, ihm aber nicht unterstellt. Zudem ist der CRA für die Organisation von Fortbildungen zuständig (van den Bussche, Schröfel, et al., 2009, S. 297). Wie in der Schweiz, in Österreich und in Deutschland arbeitet ein Pflegeheim mit bis

zu 40 verschiedenen Ärzt:innen zusammen (van den Bussche, Schröfel, et al., 2009, S. 297).

### **Frankreich**

Ähnlich wie im belgischen System, muss jedes Pflegeheim in Frankreich einen sogenannten «*medecin coordonnateur*» einstellen (van den Bussche, Schröfel, et al., 2009, S. 298). Diese Person hat vor allem Aufgaben in der Koordination, Qualitätssicherung und Vermittlung zwischen verschiedenen Bereichen und kann dies für mehrere Pflegeheime tun (Landgraf, 2017, S. 65). Meist handelt es sich hierbei um Geriater:innen, die in Spitälern angestellt sind und keine eigenen Bewohner:innen im Pflegeheim betreuen (van den Bussche, Schröfel, et al., 2009, S. 298). Die Funktion wird gemäss van den Bussche, Schröfel, et al. (2009) oft nebenberuflich ausgeführt und steht unter der Verantwortung der Heimleitung.

### **2.4. Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen und Ärzteschaft**

Die Forschung ist sich einig, dass für eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung eine gute Kommunikation und interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen der Pflege und der Ärzteschaft unabdingbar ist (Bieri-Brüning, 2018; Curaviva, 2015b, S. 5). Eine Studie von Kleina et al. (2015, S. 382) deklariert, dass rund 91 % der Bewohner:innen mindestens viermal im Jahr persönlichen Kontakt zu einem Allgemeinmediziner:innen haben.

Zudem wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen pflegerischem und ärztlichem Fachpersonal und weiteren Berufen im Gesundheitswesen wie Therapeut:innen, Sozialdienst, Psycholog:innen etc. immer wichtiger (Bieri-Brüning, 2018). Dazu zählen gemäss Bieri-Brüning (2018) auch gemeinsame Fortbildungen, die zur Entwicklung von Fachwissen beitragen sollen.

Verschiedene Studien in Europa zeigen, dass die Versorgung von Bewohner:innen in Pflegeheimen durch Fachärzt:innen ungenügend organisiert ist (Beske, 2015; Hallauer et al., 2005; Kleina et al., 2015). Diese werden nur äusserst selten von Fachärzt:innen in Pflegeheimen besucht. Ein Besuch in einer Praxis oder Klinik ist den Bewohner:innen aufgrund der Bewegungseinschränkungen kaum möglich; gemäss der Studie von Hallauer et al. (2005, S. 7) sind lediglich 20 % der Bewohner:innen dazu in der Lage. Mehrfach genannt wird die Unterversorgung durch Gynäkolog:innen, Urolog:innen und Augenärzt:innen (Hallauer et al., 2005; Kleina et al., 2015, S. 384–385). Hallauer et al. (2005, S. 47) stellt fest, dass die Unterversorgung mit der mangelnden Besuchshäufig-

keit der fachärztlichen Disziplin korreliert. Eine bedarfsgerechte fachärztliche Behandlung könnte jedoch die Lebensqualität der Bewohner:innen verbessern, deren Selbstständigkeit fördern sowie den Pflegeaufwand reduzieren (Hallauer et al., 2005, S. 6).

### **2.5. Notfallversorgung**

Es gibt Situationen, in denen keine Hausärzt:innen verfügbar sind, zum Beispiel bei Notfällen nachts, an Wochenenden und Feiertagen oder während der Sprechstundenzeit (Beske, 2015, S. 97). In solchen Fällen wird entweder der Notdienst bzw. der Bereitschaftsarzt eingeschaltet oder die Bewohner:innen werden direkt in ein Spital eingewiesen (Beske, 2015; Grabowski & O'Malley, 2014). Der Bereitschaftsarzt/die Bereitschaftsärztin kommt entweder ins Pflegeheim oder empfiehlt eine Einweisung ins Spital; oft wird das Zweite empfohlen (Grabowski & O'Malley, 2014, S. 244). Eine Studie aus dem Jahr 2017 ergab, dass bei rund 13% der Heimbewohner:innen die Erreichbarkeit ihrer Hausärzt:innen als moderat bis schlecht eingestuft wurde (Kada et al., 2017, S. 7).

Laut internationaler Studien werden Bewohner:innen oft ins Spital eingewiesen, obwohl durch eine verbesserte medizinische Versorgung in den Pflegeheimen viele dieser Transporte vermeidbar wären (Kada et al., 2015, S. 1). Die fehlende Präsenz von Ärzt:innen kann zu unangemessenen Spitaleinweisungen beitragen (Grabowski & O'Malley, 2014). Die Gründe für hohe Spitaltransportraten sind vielfältig (Kada et al., 2015). Die teils nicht zwingend indizierten Spitalbehandlungen bei Bewohner:innen werden kritisiert und es wird gefordert, dass die Anwesenheit von Ärzt:innen vor Ort erhöht wird (Landgraf, 2017).

Eine bessere ärztliche Erreichbarkeit in Pflegeheimen könnte gemäss Kada et al. (2017) die Anzahl von Spitalaufenthalten erheblich reduzieren. Dieser Ansicht ist auch Landgraf (2017, S. 87), wobei sie zudem eine Reduktion durch Vernetzung und digitale Kommunikation aufzeigt. Die Einweisung in ein Spital kann zu einer zusätzlichen physischen und psychischen Belastung führen; insbesondere können iatrogene und nosokomiale Infektionen, Inkontinenz und ein Delir auftreten (Kada et al., 2014, S. 129; Riedel, 2017; Schippinger et al., 2012, S. 735). Oft kehren die Bewohner:innen nach einem Spitalaufenthalt in einem schlechten geistigen und körperlichen Zustand ins Pflegeheim zurück, so Riedel (2017, S. 428). Patientenverfügungen, die leider nur wenige Bewohner:innen haben, könnten die Entscheidungen betreffend einer Spitaleinweisung erleichtern (Kada et al., 2014, S. 132).



Ein Projekt in Kärnten (Österreich) zeigt, dass durch die Implementierung eines geriatrischen Konsiliardienstes vermeidbare Spitaltransporte reduziert werden können (Kada et al., 2015, S. 6). Interventionsheime haben einen geringeren Anteil an vermeidbaren Transporten und eine verbesserte Kooperation zwischen Ärzt:innen und der Pflege. Fast zwei Drittel der Konsilien halfen vermutlich auf längere Sicht einen Spitaltransport zu verhindern, laut Einschätzung des geriatrischen Konsiliardienstes (Kada et al., 2015, S. 4).

### 2.6. Arzneimittelversorgung

In Pflegeheimen liegt die Verantwortung für die Arzneimittelversorgung bei den Pflegekräften, die dafür sorgen müssen, dass die ärztlichen Verordnungen fehlerfrei und zeitnah umgesetzt werden (Uhrhan & Schaefer, 2010). Dazu gehören auch die Beschaffung und Lagerung von Medikamenten sowie die Vorbereitung und Verabreichung an die Bewo-



Abbildung 1: Verblisterte Medikamente (Schweizer Blisterzentrum AG, 2022)

ner:innen (Uhrhan & Schaefer, 2010). Es gibt verschiedene Hilfsmittel wie beispielsweise Dosierungshilfen, um die Verabreichung zu erleichtern (Rohan, 2014). Eine Methode ist die maschinelle Verblisterung von Medikamenten, siehe Abbildung 1. Dabei werden die festen und oralen Medikamente in Einmal-Plastikbeutel durch Apotheken oder Blisterzentren maschinell verpackt (Buchinger, 2012). Die Beutel werden als Blister bezeichnet und chronologisch für verschiedene Einnahmezeiten abgefüllt (Buchinger, 2012).

Die maschinelle Verblisterung in der Arzneimittelversorgung bietet sowohl Vor- als auch Nachteile. Zu den Vorteilen gehören eine erhöhte Einnahmetreue und eine konstante Überwachung, da die Medikation in nach Einnahmezeitpunkten abgefüllten Blister genau verfolgt werden kann (Felski, 2013; Neubauer & Voss, 2012; Turjamaa et al., 2020). Studien haben gezeigt, dass dies zu verbesserten Blutwerten führen kann (Neubauer & Voss, 2012). Die korrekte Dosierung, Prüfung auf Wechselwirkungen und Kontraindikationen werden von der Apotheke übernommen, was zu Kosteneinsparungen und einer Entlastung des Pflegefachpersonals führt (Felski, 2013; Kehrel, 2015; Neubauer & Voss, 2012). Zudem werden Verwechslungen von Arzneimitteln und Medikationsfehler reduziert (Felski, 2013; Kehrel, 2015; Neubauer & Voss, 2012). Allerdings gibt es auch Nachteile und Verbesserungspotenziale. Die Neuverordnung und

Anpassung der Medikation kann zu Verzögerungen führen (Bell, 2013; Kehrel, 2015; Sinnemäki, 2020). Das Pflegefachpersonal bemängelt den Verlust von Kompetenzen und Kenntnissen durch die externe Vergabe der Arzneimittelversorgung (Wekre et al., 2011).

Die Kontrolle der Verfalldaten und die fachgerechte Entsorgung von nicht mehr benötigten oder abgelaufenen Medikamenten sind regelmässige Aufgaben, welche die Pflege organisieren muss (Hendrichs et al., 2001, S. 515). Bei Verschreibungsänderungen wird die Apotheke informiert und die Medikationsübersicht aktualisiert (Brühlhart & Wermeille, 2011).

Polymedikation und Potenziell inadäquate Medikation, kurz PIM genannt, sind zentrale Problemfelder in der medikamentösen Behandlung und gefährden die Sicherheit der Bewohner:innen (Brühwiler et al., 2021, S. 4). Polymedikation ist in der Schweiz weit verbreitet (Niederhauser et al., 2019, S. 8), insbesondere bei über 65-jährigen Heimbewohner:innen, die im Schnitt insgesamt 9.3 verschiedene Medikamente einnehmen (Niederhauser et al., 2019, S. 8). Um die Sicherheit zu erhöhen, sollte gemäss Brühwiler et al. (2021) eine Veränderung hin zu weniger Medikamenten, weniger PIM und weniger potenziell schädliche Wechselwirkungen erfolgen. Denn unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Interaktionen können relativ häufig zu Spitalbehandlungen führen; gemäss World Health Organisation (WHO) ist dies in 10% der Fall (Landgraf, 2017, S. 11). Die standardisierte Überwachung von Nebenwirkungen ist noch nicht weit verbreitet (Niederhauser et al., 2019, S. 10). Eine zentrale Arzneimitteldokumentation sollte eingerichtet werden, um Übertragungsfehler zu verhindern (Bader et al., 2003, S. 241; Brühwiler et al., 2021, S. 6). Die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Präferenzen der Bewohner:innen ist ein wichtiger Aspekt bei der Medikamentenvergabe (Brühwiler et al., 2021, S. 13).

Um die Arzneimitteltherapiesicherheit und Patientensicherheit zu gewährleisten, ist laut Landgraf (2017, S. 67) ein umfangreiches ärztliches Controlling, Monitorings sowie einer regelmässigen Optimierung des Medikationsprozesses nötig. Es ist deshalb wichtig, die Medikation der Bewohner:innen regelmässig und in definierten Situationen zu überprüfen und zu überwachen unter Einbezug aller am Medikationsprozess beteiligten Fachpersonen, wie Ärzt:innen, Pflege und Apotheker:innen (Brühwiler et al., 2021, S. 7). Es gibt unterschiedliche Empfehlungen für die Häufigkeit von Medikationsüberprüfungen in wissenschaftlicher Literatur und Guidelines. Einige empfehlen eine jährliche Überprüfung, während andere eine Frequenz von sechs bis 12 Monaten, 12 Monaten, 15 Monaten oder eine regelmässige Überprüfung ohne spezifische Zeitangabe

empfehlen (Brühwiler et al., 2021, S. 7). Dies mit dem Ziel unnötige Dauerbehandlungen zu vermeiden. Dies kann zudem die Ausgaben für Spitalaufenthalte, Spitaltransporte und Arzneimittel deutlich senken (Uhrhan & Schaefer, 2010, S. 458). In Heimen der französisch- und italienischsprachigen Schweiz werden sicherheitsrelevante Medikationsprozesse öfter umgesetzt als in der deutschsprachigen Schweiz, was auf kulturelle und gesetzgeberische Unterschiede zurückgeführt werden könnte (Niederhauser et al., 2019, S. 11). In den französisch- und italienischsprachigen Kantonen haben sich interprofessionelle Qualitätszirkel mit Ärzt:innen, Pflege und Apotheker:innen etabliert, um die Medikationsprozesse zu verbessern, während die Medikamentenabgabe durch Arztpraxen, auch Selbstdispensation genannt, in diesen Regionen nicht erlaubt ist (Niederhauser et al., 2019, S. 11). Diese kantonalen Vorgaben können dazu beigetragen haben, dass die Zusammenarbeit zwischen den Fachpersonen vor Ort besser etabliert ist (Niederhauser et al., 2019, S. 11). In den meisten Kantonen der deutschsprachigen Schweiz ist die Selbstdispensation verbreitet, gemäss Stellungnahme des Bundesrats vom 25.08.2021 in 17 von 19 Deutschschweizer Kantone (Bundesrat, 2021).

### 3. Herausforderungen in der ärztlichen Versorgung

Im Kapitel 3 werden die aus der Literaturrecherche eruierten Herausforderungen der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen beschrieben sowie werden Lösungsansätze aus verschiedenen Studien präsentiert.

#### 3.1. Herausforderungen

Die Versorgung von Bewohner:innen in Pflegeheimen wird aufgrund der erwarteten demografischen Entwicklung mit zunehmender Überalterung der Bevölkerung, mit deren Auswirkungen auf Morbidität, Pflegebedarf, Fachkräftemangel bei der Pflege und Ärzteschaft vor grosse Herausforderungen stehen (Landgraf, 2017, S. 79). Die wichtigsten Herausforderungen der ärztlichen Versorgung sind in der untenstehenden Tabelle 3 aufgeführt und nach den Themenbereichen «Hausärztliche Zusammenarbeit» und «Strukturelle Problematiken» gegliedert zusammengefasst:

<b>Hausärztliche Zusammenarbeit</b>	
<b>Erreichbarkeit der Ärzt:innen</b>	Die zuständigen Ärzt:innen sind selten im Pflegeheim, sind schwer erreichbar, besonders fehlt schnelle Hilfe in Notfallsituationen (Beske, 2015). Häufig kritisiert wird, dass Gespräche nur mit Sprechstundehilfen stattfinden (Landgraf, 2017, S. 13, 61; van den Bussche, Weyerer, et al., 2009, S. 243).
<b>Visiten-Gestaltung</b>	Die Visiten sind zeitlich begrenzt. Es kommt vor, dass die Ärzt:innen während der Visite nicht direkt Kontakt mit den Bewohner:innen haben, sondern stattdessen nur Informationen von den Pflegekräften einholen (van den Bussche, Weyerer, et al., 2009, S. 243).
<b>Grosse Zahl verschiedener Hausärzt:innen</b>	Die Pflege hat durch die grosse Zahl verschiedener Hausärzt:innen einen erheblichen Koordinationsaufwand. Zudem kennen die Hausärzt:innen die Abläufe und Vorgaben im Pflegeheim zu wenig (Bieri-Brüning, 2018; Kada et al., 2015, S. 3).
<b>Unangemessene Verschreibung von Medikamenten</b>	Ärzt:innen verlassen sich bei der Verschreibung von Medikamenten oft auf die Aussagen und Beobachtungen des Pflegepersonals (Uka, 2013, S. 62). Eine hohe Verschreibungsrate von insbesondere Psychopharmaka deutet darauf hin, dass aufgrund von Zeitmangel eine differenzierte Diagnose häufig nicht möglich ist (Uka, 2013, S. 4). Dies führt auch zur Polymedikation und PIM.

<b>Polymedikation</b>	Auch die Polymedikation hat wie im Kapitel 2.6 beschrieben, stark zugenommen, was die Bewohner:innen gefährden kann, da die Medikamente nicht ausreichend überprüft werden und Wechselwirkungen stattfinden können.
<b>Spitaleinweisungen</b>	Spitaleinweisungen bei Bewohner:innen, vor allem am Lebensende, kommen häufig vor und könnten zum Teil vermieden werden (Kada et al., 2014).
<b>Fehlendes Fachwissen in der Altersmedizin</b>	Ärzt:innen, die Pflegeheime betreuen, weisen oft Defizite im Bereich der Geriatrie, der Gerontopsychiatrie und der Palliativversorgung auf (van den Bussche, Weyerer, et al., 2009, S. 244). In der Schweiz bestehen bislang keine Vorschriften bezüglich spezialisierter Zusatzausbildungen. Es besteht ein grosser Bedarf an Fortbildungen in diesen Bereichen (van den Bussche, Weyerer, et al., 2009, S. 244).
<b>Strukturelle Problematiken</b>	
<b>Hausärztemangel</b>	<p>Eine Arbeitsgruppe vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) und der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz beschreibt gemäss Curaviva (2015b, S. 5) die Lage wie folgt:</p> <p><i>«Der drohende Mangel an ärztlichen Grundversorger/innen zeigt sich u. a. in Form des hohen Durchschnittsalters der praktizierenden Hausärztinnen und -ärzten bei steigender Nachfrage nach hausärztlichen Leistungen.»</i></p> <p>Auch Studien aus Deutschland sprechen von einem sich abzeichnenden Mangel an Hausärzt:innen, welcher die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung, vor allem in ländlichen Gebieten, erschwert (Landgraf, 2017, S. 77).</p> <p>Junge Ärzt:innen ziehen zudem die Facharztmedizin der Hausarztmedizin vor, und das Arbeiten in der Stadt ist für sie attraktiver als auf dem Land (Landgraf, 2017, S. 80).</p>
<b>Unterversorgung durch Fachärzt:innen</b>	Die fachärztliche Betreuung, wie beispielsweise auf dem Gebiet der Gynäkologie oder Urologie, ist häufig nicht ausreichend in Pflegeheimen, wobei dies Hausärzt:innen kompensieren müssen (Landgraf, 2017, S. 8).
<b>Vergütung der hausärztlichen</b>	Hausbesuche sind für Ärzt:innen finanziell nicht besonders attraktiv (Bohnet-Joschko & Stahl, 2019, S. 51), da die Leis-

<b>Leistungen in Pflegeheimen</b>	tungsvergütung mit dem ambulanten Tarif im stationären Setting unzureichend ist. Zudem wird der interdisziplinäre Austausch ungenügend vergütet (Bieri-Brüning, 2018).
-----------------------------------	--

Tabelle 3: Beschrieb der wichtigsten Herausforderungen in der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen

Insgesamt ergeben sich Bedenken, dass die medizinische Versorgung von Heimbewohner:innen im Vergleich zu ihren Mitmenschen in der Gemeinde schlechter organisiert ist (Briggs et al., 2015, S. 401). Chronische Krankheiten werden schlechter überwacht (Briggs et al., 2015, S. 401). Es werden in allen europäischen Ländern neue Konzepte im Gesundheitswesen unter Einbeziehung der verschiedenen Sozialversicherungssysteme benötigt, auch um die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen sicherzustellen, so Landgraf (2017, S. 73).

### 3.2. Lösungsansätze

Der Literatur können die in der Tabelle 4 beschriebenen Lösungsansätze entnommen werden. Sie adressieren die oben genannten Herausforderungen. Sie sind eingeteilt in Ansätze, die die hausärztliche Zusammenarbeit verbessern sollten, sowie in solche, die die strukturellen Probleme reduzieren sollten.

<b>Verbesserung der hausärztlichen Zusammenarbeit</b>	
<b>Visiten-Gestaltung, Erreichbarkeit und Zugang zur elektronischen Pflegedokumentation</b>	<p>Karsch-Völk et al. (2015, S. 575), Kleina et al. (2015, S. 386) sowie van den Bussche, Schröfel, et al. (2009, S. 300) sind sich einig, dass die Visiten regelmässig stattfinden müssen, laut Karsch-Völk et al. in der Regel wöchentlich. Kleina et al. ist der Ansicht, dass auch Sprechstunden in den Pflegeheimen durchgeführt werden sollten.</p> <p>Laut Hibbeler (2014, S. 386) können regelmässige Visiten sowie die Erreichbarkeit der Ärzt:innen in akuten Situationen unnötige und für Bewohner:innen belastende Spitalweisungen verhindert werden.</p> <p>Gemäss Grafen (2017, S. 7) sollte eine interprofessionelle Zusammenarbeit mit Fallbesprechungen und Visiten angestrebt werden. Zudem soll die ärztliche Versorgung ausserhalb der Praxisöffnungszeiten geregelt werden (Grafen, 2017, S. 7).</p> <p>Da diverse Ärzt:innen mit verschiedenen Haltungen und unterschiedlichem Hintergrund Pflegeheime betreuen,</p>

	<p>muss der medizinische Betreuungsbedarf gut koordiniert werden (Bieri-Brüning, 2018).</p> <p>Gemäss Landgraf (2017) und van den Bussche, Schröfel, et al. (2009) sollten die Hausärzt:innen Zugriff haben zur elektronische Pflegedokumentation des Heimes. Dies hilft gemäss van den Bussche, Schröfel, et al. (2009, S. 23) den Hausärzt:innen, um zu entscheiden, ob ein Heimbesuch nötig ist. Die Medikation kann so auch ohne Besuch überprüft und bedarfsweise angepasst werden.</p>
<p><b>Vertiefte Fachkenntnisse in der Geriatrie und Gerontopsychiatrie</b></p>	<p>Beske (2015), Bieri-Brüning (2018) und Curaviva (2015) sind darin übereinstimmend, dass Ärzt:innen, die Pflegeheimbewohner:innen betreuen, Fachkenntnisse in der Geriatrie und Gerontopsychiatrie besitzen müssen oder mindestens solche Spezialist:innen in die Behandlung einbeziehen müssen. Beske (2015, S. 98) sieht eine qualifizierende geriatrische Fortbildung als Voraussetzung für eine Tätigkeit als Heimarzt/Heimärztin an. Curaviva (2015b, S. 7) stuft eine Spezialisierung als wünschenswert, jedoch aufgrund des fehlenden Nachwuchses als nicht realistisch ein.</p>
<p><b>Mehr Bewohner:innen mit Patientenverfügungen</b></p>	<p>Patientenverfügungen könnten Entscheidungen betreffend eines Spitalaufenthaltes erleichtern, jedoch liegen derzeit nur für wenige Bewohner:innen solche vor (Kada et al., 2014, S. 5). Bei Heimeintritt könnte durch bestehende Hausärzt:innen oder Heimärzt:innen das Vorliegen einer Patientenverfügung geprüft und bei Fehlen gegebenenfalls eine erstellt werden.</p>
<p><b>Innovative, mobile Lösungen</b></p>	<p>Eine weitere Möglichkeit die ärztliche Versorgung zu verbessern sind innovative, mobile Lösungen wie zum Beispiel die Implementierung eines mobilen Röntgens, wobei Aufnahmen direkt im Bett der Bewohner:innen getätigt werden können, so dass eine Spitaleinweisung entfällt (Bohnet-Joschko &amp; Stahl, 2019, S. 52).</p>

<b>Verbesserung der strukturellen Probleme</b>	
<b>Einsatz Telemedizin respektive Telegeriatrie</b>	<p>In der Literatur wird Telemedizin respektive Telegeriatrie diskutiert, um einen Beitrag zur Schliessung von medizinischen Versorgungslücken im Bereich der Pflegeheimmedizin zu leisten. Telemedizin ist Medizin über Distanz (Medgate, 2023). Arzt/Ärztin und Patient:in sitzen sich nicht persönlich gegenüber, sondern sind über das Telefon, das Internet oder via Video miteinander verbunden (Medgate, 2023). Gemäss Bohnet-Joschko &amp; Stahl 2019, S. 50–51) bezieht sich Telegeriatrie auf den Einsatz von Telemedizin zur Versorgung alter und hochbetagter Menschen, die Mobilitätseinschränkungen haben, multimorbide und teilweise pflegebedürftig sind. Die Telegeriatrie bietet die Möglichkeit einer engmaschigen Versorgung und Überwachung auch über grosse Entfernungen hinweg und stellt somit einen vielversprechenden Anwendungsbereich der Telemedizin dar, der noch nicht sehr bekannt ist (Bohnet-Joschko &amp; Stahl, 2019, S. 51). Skandinavische Länder wie Norwegen oder Schweden, aber auch die Vereinigten Staaten nehmen als Flächenländer eine Vorreiterrolle ein (Bohnet-Joschko &amp; Stahl, 2019, S. 50).</p> <p>Die Telegeriatrie soll als Ergänzung zur klassischen Gesundheitsversorgung in Pflegeheim betrachtet werden und ist zudem zeit- und kosteneinsparend (Bohnet-Joschko &amp; Stahl, 2019, S. 51) . Sie leistet zudem einen Beitrag zur Optimierung der haus- und fachärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen, welche von sinkenden Ärztezahlen betroffen sind (Riedel, 2017, S. 431). Zur Unterstützung der Pflegeteams können für Fallbesprechungen via telemedizinischen Anwendungen weitere Expert:innen dazugeschaltet werden, was diese bereichern soll (Bohnet-Joschko &amp; Stahl, 2019, S. 52) .</p> <p>Studien aus den USA zeigen, dass in Pflegeheimen, in denen Telegeriatrie regelmässig eingesetzt wird, die Anzahl von Überweisungen in Spitäler signifikant reduziert werden konnte (Riedel, 2017, S. 426). Im amerikanischen Kontext</p>



	<p>waren neben der technologischen Ausstattung begleitende Schulungen des Personals und ein ausreichender Zeitrahmen für die Einführung notwendig (Riedel, 2017, S. 431).</p> <p>Nebst den vielen Chancen gibt es gemäss Bohnet-Joschko &amp; Stahl (2019, S. 53) auch viele Sorgen und Ängste um das Wohl der Bewohnerinnen, wie zum Beispiel die Angst vor Verlust von Nähe, Zuwendung und sensorischen Wahrnehmungen.</p>
<p><b>Einsatz von APNs</b></p>	<p>Advanced Practice Nurses (APNs) sind in der Schweiz Pflegefachpersonen mit einem konsekutiven Masterabschluss (Berner Fachhochschule, 2023). Sie kümmern sich um Patient:innen und Bewohner:innen mit komplexen Krankheitsbildern bis zum Lebensende und verfügen über erweiterte Kompetenzen in der klinischen Untersuchung und Einschätzung (Berner Fachhochschule, 2023). Sie können gemäss der Berner Fachhochschule (2023) auch Arztvisiten in Heimen übernehmen, jedoch dürfen sie keine Verordnungen machen, sondern beraten die Pflegefachpersonen bei der Umsetzung von solchen. Obwohl die gesetzliche Regulierung der APNs nicht vollständig geklärt ist, betont die Berner Fachhochschule (2023) den Einsatz von APNs in der Grundversorgung als wichtigen Schritt in Richtung integrierter Versorgung, wobei eine enge Zusammenarbeit zwischen Pflege, APNs und Ärzteschaft notwendig ist. Curaviva (2015b, S. 8) bestätigt, dass gewisse Aufgaben, die normalerweise Heimärzt:innen erledigen, von spezialisierten Pflegekräften übernommen werden, wobei sie diese Entwicklung positiv bewerten. Es gibt jedoch wenig Studien aus dem deutschsprachigen Raum zum Einsatz von APN's in Pflegeheimen.</p> <p>Eine niederländische Studie aus dem Jahr 2019 untersucht, wie die Substitution von Ärzt:innen in Pflegeheimen durch Nurse Practitioners (NP), Physician Assistants (PA) oder Registered Nurses (RN) beurteilt wird (Lovink et al., 2019). Die Ergebnisse zeigen, dass bei der Substitution mindestens ebenso gute Ergebnisse in der medizinischen</p>

	<p>Versorgung erzielt werden (Lovink et al., 2019, S. 1). Der Hauptgrund für die Beschäftigung dieser neueren Berufsgruppen ist meist der Ärztemangel (Lovink et al., 2019, S. 1). Eine erfolgreiche Substitution hängt vor allem davon ab, ob die Zusammenarbeit auf Vertrauen basiert und organisatorische Faktoren diese unterstützen (Lovink et al., 2019, S. 1).</p>
<p><b>Vergütung der hausärztlichen Leistungen</b></p>	<p>Gemäss Curaviva (2015b, S. 7) sollte es eine Verpflichtung für Pflegeheime geben, heimärztliche Tätigkeiten, die nicht über den ambulanten Tarif Tarmed abgerechnet werden können, angemessen zu vergüten. Diese Vergütung sollte auch die telefonische Erreichbarkeit der Ärzt:innen einschliessen (Curaviva, 2015b, S. 7). Kleina et al. (2015, S. 386) schlägt vor, dass die gesetzlichen Vorgaben im Bereich der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen weiterentwickelt werden sollten. Es sollten Anreizstrukturen geschaffen werden, um eine angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen zu gewährleisten und den erhöhten Versorgungsaufwand in Pflegeheimen zu berücksichtigen (Kleina et al., 2015, S. 386). Auf diese Weise könnten regelmässige Heimbefuche durch Ärzt:innen ermöglicht werden (Kleina et al., 2015, S. 386).</p>

Tabelle 4: Lösungsansätze für eine optimierte ärztliche Versorgung in Pflegeheimen

Um eine einheitliche und angemessene ärztliche Betreuung in Schweizer Pflegeheimen zu gewährleisten, sollten gemäss Curaviva (2015b, S. 7) die Anforderungen gesamtschweizerisch geregelt werden. Eine Verbesserung könnte durch einen Systemwechsel erreicht werden, wie zum Beispiel die Einführung von fest angestellten Heimärzt:innen, wie es in Niederlangen praktiziert wird (Beske, 2015, S. 98). Eine Alternative könnte eine Gruppenpraxis sein, die sich darauf spezialisiert, verschiedene Pflegeheime ärztlich zu versorgen und so attraktive Teilzeitpensen für Ärzt:innen anbieten kann (Bieri-Brüning, 2018).

## 4. Methoden

Im Kapitel 4.1 wird der Interviewleitfaden beschrieben sowie das Sampling der Interviewpersonen bzw. der Pflegeheime dargelegt. Das Kapitel 4.2 widmet sich der Methoden zur Auswertung der erhobenen Daten.

### 4.1. Datenerhebung

Für den theoretischen Hintergrund (siehe Kapitel 2 und 3) wurden eine **unsystematische Literaturrecherche** mittels Handsuche und Rückwärtssuche auf Google Scholar sowie eine unsystematische Suche auf Pubmed durchgeführt. Mittels Dokumentenrecherche wurden öffentlich zugängliche Dokumente wie Geschäftsberichte und weitere Informationen der teilnehmenden Pflegeheime erhoben.

Bei der selbständig durchgeführten Studie handelt sich um eine **multiple Fallstudie**, da mehrere Fälle der ärztlichen Versorgung von Pflegeheimen miteinander verglichen werden (Gehring, 2007, S. 20). Die Informationen werden qualitativ mittels **Experteninterviews** erhoben, da dies ermöglicht spezifisches Wissen zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen von ausgewiesenen Personen abzufragen (Mayer, 2013, S. 38). In der vorliegenden Fallstudie sind dies primär Pflegedienstleitungen oder Heimleitungen. Eine qualitative Erhebung wird ausgewählt, da gemäss Mayer (2013, S. 25–26) die Bedeutung der Antworten interpretativ erschlossen werden muss. Dazu wird ein Interviewleitfaden erstellt, welcher als Anhaltspunkt bei der Gesprächsführung dient. Es handelt es sich um ein **halbstandardisiertes Leitfadeninterview**, wobei der Fragewortlaut und -reihenfolge definiert sind, jedoch keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben sind (Gläser & Laudel, 2010, S. 41). Im Bedarfsfall werden ad-hoc Fragen gestellt. So können weitere informative Ergebnisse in der Arbeit aufgeführt werden. Der Interviewleitfaden stellt somit das Instrument zur Datenerhebung dar. Der Interviewleitfaden ist jeweils in drei Teile gegliedert (Einstieg, Hauptteil, Abschluss) und die Fragen werden in eine dramaturgisch sinnvolle Reihenfolge gebracht (Loosen, 2014, S. 5). Die Themen und Fragen leiten sich aus den Forschungsfragen und dem theoretischen Hintergrund ab (Loosen, 2014, S. 5). Der Hauptteil beinhaltet grob die folgenden Themen:

- Organisation und Aufgaben
- Zusammenarbeit mit den Ärzt:innen
- Notfallversorgung
- Arzneimittelversorgung
- Zusammenarbeit mit weiterem Gesundheitspersonal
- Verträge und Entlohnung

- Qualität
- Herausforderungen

Der Interviewleitfaden ist im Anhang Kapitel 9.1 abgebildet und wurde falls gewünscht den Interviewpersonen vorgängig zugestellt. Die einzelnen Interviews dauern zwischen einer und eineinhalb Stunden und werden nach erfolgter Zustimmung der Interviewpersonen aufgenommen. Als Gedankenstütze wird das Wesentliche auf ein bis zwei Seiten zusammengefasst und das Datenmaterial transkribiert.

Bei dieser Arbeit wird die ärztliche Versorgung in deutschsprachigen Pflegeheimen in der Schweiz anhand einer **Stichprobe** untersucht. Die Auswahl der Fälle erfolgt bewusst, so dass die ausgewählten Pflegeheime verschiedene Organisationsformen der ärztlichen Versorgung in Schweizer Pflegeheimen abdecken.

Die Pflegeheime unterscheiden sich gezielt in ihrer Grösse. Zudem wurde bei der Auswahl auf bestehende Praxiskontakte der Studentin und des Praxispartners zurückgegriffen, da dies die Eruiierung der Interviewpersonen und die Zusammenarbeit erleichtert. Die Pflegeheime befinden sich aus diesen Gründen mehrheitlich im Kanton Zürich. Das Sampling liegt bei  $n=9$ . Tabelle 5 zeigt die Grunddaten der befragten Pflegeheime in anonymisierter Form auf. Diese Grunddaten tragen zur Vergleichbarkeit der Resultate der befragten Pflegeheime bei.

Um den entwickelten Interviewleitfaden zu testen, wird ein Pretest durchgeführt. Nach diesem Interview wird der Interviewleitfaden optimiert. Anschliessend werden die weiteren Experteninterviews durchgeführt. Die Angaben der Pflegeheime werden vertraulich behandelt. Sie werden in anonymisierter Form in der Masterarbeit dargestellt. Um die Vertraulichkeit der Angaben der Pflegeheime zu gewährleisten, wird allen Pflegeheimen eine Vertraulichkeitserklärung abgegeben. Die Vertraulichkeitserklärung ist im Anhang im Kapitel 9.2 dargestellt.

Bezeichnung des Pflegeheims	Ärztliche Versorgung durch	Rechtsform des Pflegeheims	Kanton und Lage	Langzeitaufenthaltsplätze [1-50; 51-100; 101-150; 151-200; 201-250; 251 – 300]	Pflegepersonal in Vollzeit- äquivalenten (VZÄ) exkl. Lernende	Beruf der Interviewperson [Pflegedienstleitung oder Heimleitung]
<b>A</b>	Hausärzt:innen	Stiftung	ZH, Stadt	151-200	105	Pflegedienstleitung
<b>B</b>	Mobile Haus- & Heimärzt:innen sowie Haus-ärzt:innen	Öffentlich-rechtlich (Zweckverband)	ZH, Stadt	51-100	41	Pflegedienstleitung
<b>C</b>	Heimärzt:innen	Öffentlich-rechtlich	ZH, Grossstadt	251-300	Ca. 245	Pflegedienstleitung
<b>D</b>	Mobile Haus- & Heimärzt:innen sowie Haus-ärzt:innen	AG (Gemeinde ist Aktionärin)	ZH, Stadt	51-100	43	Pflegedienstleitung
<b>E</b>	Hausärzt:innen	AG	ZH, Stadt	151-200	133	Pflegedienstleitung
<b>F</b>	Heimärzt:innen	Öffentlich-rechtlich	AG, Stadt	101-150	Ca. 96	Pflegedienstleitung
<b>G</b>	Hausärzt:innen	Verein	ZH, Stadt	101-150	Ca. 45-48	Heimleitung
<b>H</b>	Integrierte Hausarztpraxis	Öffentlich-rechtlich	BE, Dorf	1-50	20.2	Pflegedienstleitung
<b>I</b>	Versorgung durch Spital und Gruppenpraxis	Stiftung	ZH, Dorf	51-100	Ca. 61	Pflegedienstleitung

Tabelle 5: Sampling der befragten Pflegeheime inklusive Kennzahlen

## 4.2. Datenauswertung

Der Interviewleitfaden, welcher als Instrument zur Datenerhebung gedient hat, kann auch als Instrument zur Datenauswertung genutzt werden. Die transkribierten Daten aus den Interviews sowie die erhaltenen Dokumente und gefundene pflegeheimspezifische Literatur werden anhand der **qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring** ausgewertet. Die Abbildung 4 zeigt das Vorgehen schematisch auf. Diese Methodik wurde gewählt, da damit übergreifende Gemeinsamkeiten bzw. vorhandene Unterschiede der verschiedenen Modelle der grundärztlichen Versorgung systematisch ausgewertet werden. Dafür werden vor den Interviews deduktiv an den theoretischen Hintergrund angelehnt Haupt- und Unterkategorien erstellt (Mayring & Fenzl, 2019, S. 636). Diese

## 4 Methoden

Haupt- und Unterkategorien stellen den Kodierleitfaden dar. Dieser wird nach den Interviews sowie nach einem ersten Test induktiv ergänzt und weiterentwickelt (Mayring & Fenzl, 2019, S. 638). Danach werden die Textstellen aus den Interviews den Kategorien zugeordnet (Mayring & Fenzl, 2019, S. 636). Für das Kodieren wird das Programm MAXQDA verwendet. Die Abbildung 2 zeigt den Kodierleitfaden respektive das Codesystem aus MAXQDA. Die rot markierten Codes sind deduktiv entstanden, die grün Markierten induktiv nach dem Codieren der ersten paar Interviews. Rechts ist jeweils ersichtlich, wie viele Stellen mit dem entsprechenden Code markiert worden sind.

Codesystem		678		
Organisation der ärztlichen Versorgung		3	Pflege, Spezialistinnen und div. Gesundheitspersonal	15
Heimarztmodell		11	Vorteile	4
Vorteile		9	Nachteile	6
Nachteile		2	mit Fachärztinnen	32
Pensum der Heimärztinnen		5	mit Augenärztinnen	8
Hausarztmodell		6	mit Zahnärztinnen	13
Vorteile		3	mit Physio- und Ergotherapeuten	14
Nachteile		23	weiteres Gesundheitspersonal	17
Anforderungen an Hausärztinnen		7	Notfallversorgung	2
Anzahl verschiedener Hausärztinnen		9	Ablauf bei Notfällen	20
Modell Mobile Haus- und Heimärztinnen		15	Ansprechpartner bei Notfällen	11
Vorteile		27	Erreichbarkeit und zeitnahe Intervention	22
Nachteile		2	Spitaleinweisungen	10
Modell Integrierte Hausarztpraxis		1	Arzneimittelversorgung	0
Vorteile		3	Organisation der Arzneimittelversorgung	24
Nachteile		1	Vorteile	4
Modell Versorgung durch benachbartes Spital		5	Nachteile	6
Vorteile		5	Zusammenarbeit Pflege, Ärzteschaft und Apotheke	15
Nachteile		1	Medikationsüberprüfungen	14
Aufgaben der Heimärztinnen		13	Selbstdispensation der Hausärztinnen	7
Vertragliche Aspekte		22	Verblisterung der Medikamente	10
Vergütung		21	Polymedikation	3
Zusammenarbeit der ärztlichen Versorgung		1	Bedürfnisse zur Arzneimittelversorgung	4
Ablauf der Visite		23	Qualität der medizinischen Versorgung	12
Intervall		16	Herausforderungen	0
Vorteile		7	Herausforderung der ärztlichen Versorgung	20
Nachteile		13	Hausärztemangel	12
Pflege und Haus- und Heimärztinnen		20	Herausforderungen der pharmazeutischen Versorgung	4
Vorteile		6	Einsatz von Advanced Practice Nurses	15
Nachteile		4	Einsatz von Telemedizin	12
Fallbesprechungen		14	Chancen der digitalen Technologien und Innovationen	16
Angehörigengespräche		10	Lösungsansätze	18

Abbildung 2: Codesystem

Die Abbildung 3 zeigt beispielhaft, wie den Textpassagen Codes im MAXQDA zugeordnet werden.

## 4 Methoden

The screenshot shows a list of topics on the left side of a page, with brackets indicating their location in a text snippet on the right. The topics are: **..Hausärztemangel** (blue), **..Intervall** (orange), **..Ablauf der Visite** (orange), **..Modell Integrierte H** (blue), and **..Ablauf bei Notfällen** (green). The text snippet on the right is partially visible and contains the following text:   
19 ...   
20 ...   
21 ...

Abbildung 3: Ausschnitt aus einem codierten Interview

Die Ergebnisse (Kapitel 5) werden in Form von Fliesstext zusammengefasst und gewisse Teile werden originalzitiert. Im Diskussionsteil (Kapitel 6) werden die Ergebnisse beigezogen, um diese mit der Literatur abzugleichen und um die Forschungsfrage zu beantworten.

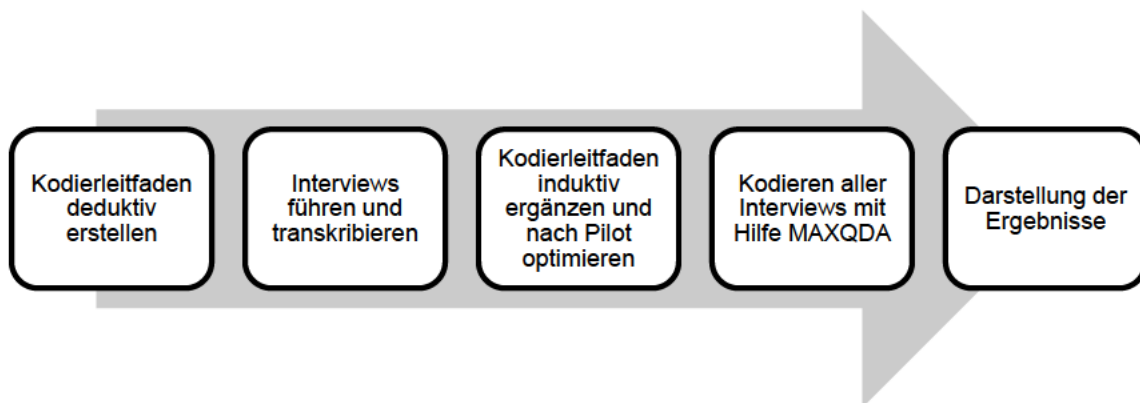


Abbildung 4: Vorgehen der Datenauswertung (eigene Darstellung)

## **5. Ergebnisse**

Im vorliegenden Kapitel werden die Ergebnisse der neun Interviews dargestellt. Dabei wird zunächst die Organisation der ärztlichen Versorgung in den befragten Pflegeheimen dargelegt, gefolgt von der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege, der Notfall- und Arzneimittelversorgung sowie den Herausforderungen und möglichen Lösungsansätzen aus Sicht der Befragten. Die neun befragten Pflegeheime lassen sich in fünf verschiedene Modelle einteilen, darunter drei mit einem Hausarztssystem, zwei mit einem Heimarztssystem, zwei mit mobilen Haus- und Heimärzt:innen, ein Pflegeheim mit integrierter Hausarztpraxis sowie ein weiteres, welches durch ein Spital betreut wird.

### **5.1. Organisationsmodelle der ärztlichen Versorgung**

#### **5.1.1. Beschrieb der angewendeten Organisationsmodelle**

Die Organisationsmodelle der ärztlichen Versorgung der befragten Pflegeheime sind, wie in Kapitel 4 umschrieben, bereits einem der fünf verschiedenen Modelle zugeteilt. Die Pflegeheime beschreiben ihr Organisationsmodell wie folgt.

##### **Hausarztssystem Pflegeheime A, E und G**

In diesen Pflegeheimen sind die Hausärzt:innen für die ärztliche Versorgung der Bewohner:innen zuständig. Im Pflegeheim A gibt es am Hauptstandort und am zweitgrössten Standort etwa zehn bis 15 Hausärzt:innen. Im Pflegeheim E betreuen insgesamt 25 Hausärzt:innen die Bewohner:innen, davon sind sieben regelmässig im Heim tätig. Im Pflegeheim G sind vier bis fünf Hausärzt:innen aktiv.

In zwei der drei Pflegeheime werden Hausbesuche von den Hausärzt:innen erwartet, ansonsten müssen die Bewohner:innen den/die Hausarzt/Hausärztin wechseln. Im Pflegeheim G ist dies oft notwendig, da Bewohner:innen aus den Nachbargemeinden eine/n andere/n Hausarzt/Hausärztin suchen müssen. Allerdings empfiehlt das Pflegeheim G seinen Bewohner:innen, die bei der Gesundheitsdirektion gemeldeten Heimärzt:innen zu wählen. Die drei Pflegeheime haben mit den Hausärzt:innen Vereinbarungen wie Heimarztverträge oder Zusammenarbeitsverträge getroffen, wobei die heimärztlichen Aufgaben entweder pauschal oder auf Stundenbasis erstattet werden.



### **Heimarztsystem** Pflegeheime C und F

Die Pflegeheime C und F setzen auf ein reines Heimarztsystem. Beide Einrichtungen verwenden dieses Modell seit 18 bis 20 Jahren. Vor acht Jahren hat sich das Pflegeheim C neu aufgestellt und den Fachbereich Gerontopsychiatrie integriert. Hier sind etwa 13 Heimärzt:innen angestellt, wobei die führenden Ärzt:innen Teil des Pflegeheim-Kaders sind und alle unter der Chefärztin des Geriatrischen Dienstes der Stadt arbeiten. Im Pflegeheim F ist eine Heimärztin zu 0.8 FTE als Mitglied der Geschäftsleitung angestellt und teilt die Position der Heimleitung gemeinsam mit der Leitung Pflege und Therapien und der Leitung Dienste und Projekte. Eine weitere Ärztin ist zu 0.3 FTE angestellt und betreut täglich die Übergangsstation. Die Pflegeheime informieren ihre Bewohner:innen über das Heimarztsystem und dessen Vorteile. Während die Bewohner:innen des Pflegeheims C ihre/n Hausärzt:in aufgeben müssen, lässt das Pflegeheim F den Kontakt zu den Hausärzt:innen zu. Interviewperson F gibt an, dass die Kosten für das Personal im Arztdienst vollständig durch die Vergütungen der Krankenkassen gedeckt sind und sogar ein kleiner Gewinn erzielt wird.

### **Mobile Haus- und Heimärzt:innen** Pflegeheime B und D

Die Pflegeheime B und D setzen auf mobile Haus- und Heimärzt:innen und beziehen diese Dienstleistung von der Firma Age Medical, wobei es auf dem Schweizer Markt noch einige weitere Anbieter dafür gibt. Im Pflegeheim B betreut die Ärztin der mobilen Haus- und Heimarztfirma etwa ein Drittel der Bewohner:innen, während die restlichen Bewohner:innen von sieben verschiedenen Hausärzt:innen betreut werden. Ähnlich verhält es sich im Pflegeheim D. Im Pflegeheim D sind noch fünf weitere Hausärzt:innen aktiv. Die zuständigen Pflegefachpersonen, Abteilungsleitungen oder Fachverantwortlichen in beiden Pflegeheimen arbeiten eng mit der mobilen Ärztin hinsichtlich der hausärztlichen Betreuung zusammen. Beide Pflegeheime haben mit der mobilen Haus- und Heimarztfirma einen Vertrag abgeschlossen, der die haus- und heimärztlichen Tätigkeiten beinhaltet. Die Interviewperson B stuft die Kosten für das Pflegeheim als eher hoch ein. Mit den weiteren Hausärzt:innen gibt es keine Verträge.

### **Integrierte Hausarztpraxis** Pflegeheim H

Im Pflegeheim H gibt es eine Hausarztpraxis mit drei Ärzt:innen, die einmal pro Woche Visite im Pflegeheim durchführen. Ursprünglich war die Hausarztpraxis Teil des Pflegeheims, seit kurzem ist sie jedoch eigenständig. Bei der Aufnahme ins Pflegeheim können Bewohner:innen entscheiden, ob sie ihre bestehenden Hausärzt:innen behal-

ten oder zur integrierten Hausarztpraxis wechseln möchten. Die meisten Bewohner:innen entscheiden sich im Laufe der Zeit für die Hausarztpraxis im Pflegeheim, da dies einfacher ist. Von insgesamt 46 Bewohner:innen haben Sechs davon Hausärzt:innen ausserhalb des Pflegeheims. Mit diesen Hausärzt:innen gibt es keine Vereinbarungen.

### **Spitalversorgung** Pflegeheim I

Die ärztliche Versorgung im Pflegeheim I wird durch ein benachbartes Spital sichergestellt. Dafür gibt es einen Dienstleistungsvertrag mit einer Pauschale für die heimärztlichen Tätigkeiten wie Sitzungen, Schulungen etc. Zwei leitende Ärzte der Akutgeriatrie mit Fachkenntnissen in Palliativmedizin sind für die Betreuung der Bewohner:innen zuständig und vertreten sich gegenseitig. Zusätzlich gibt es eine Gruppenpraxis, mit welcher das Pflegeheim eine einfache Vereinbarung abgeschlossen hat. Hausärzt:innen dürfen im Pflegeheim I nur Bewohner:innen betreuen, wenn sie mindestens alle zwei Wochen persönlich im Heim eine Visite durchführen. Ein Drittel der Bewohner:innen werden vom Heimarzt vom Spital versorgt, ein weiteres Drittel von der Gruppenpraxis. Das letzte Drittel der Bewohner:innen sind nur für begrenzte Aufenthalte wie beispielsweise Ferien im Heim.

### **5.1.2. Beurteilung der angewendeten Organisationsmodellen**

In Bezug auf die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohner:innen gibt es verschiedene Modelle, von denen jedes Vor- und Nachteile aufweist. Deckend mit der vorgängigen Literaturrecherche werden in den Interviews als Nachteile des Hausarztssystems die teils schwierige Zusammenarbeit und schlechte Erreichbarkeit betont, als Vorteil aber die geringeren Kosten; als grösster Nachteil der anderen Systeme wird der teils erforderliche Hausarztwechsel genannt, und als klaren Vorteile die Verfügbarkeit sowie gute Abdeckung von Pikett- und Notfalldiensten. Insgesamt wurde das Hausarztmodell am schlechtesten bewertet. Untenstehend werden die von den Befragten genannten Vor- und Nachteile je Organisationsmodell im Detail beschrieben.

#### **Hausarztssystem** Pflegeheime A, E und G

Vorteile: Pflegeheime A und G sehen keine Vorteile im Hausarztssystem, während Pflegeheim E die Möglichkeit schätzt, den vertrauten Hausarzt/Hausärztin der Bewohner:innen beizubehalten. In diesem Modell trägt die Pflege eine grosse Verantwortung, was als Vorteil angesehen wird, da sie ihre Fachkenntnisse einsetzen kann, um eine hochwertige Versorgung sicherzustellen.

Nachteile: Alle Pflegeheime mit Hausarztssystem nennen etliche Nachteile. Pflegeheim E kritisiert, dass nicht alle Hausärzt:innen dieselben Richtlinien einhalten, was zu Verhandlungen führen kann. Zudem sind die Verfügbarkeit und Visitenzeiten der Hausärzt:innen unterschiedlich, was zu Wartezeiten des Pflegepersonals führen kann. Pflegeheim E berichtet von folgender Problemstellung:

*«Die schwierigste Situation haben wir, wenn wir Verordnungen nachrennen müssen. Wenn wir ein Problem haben, eine Verordnung bräuchten, aber die Hausärzte nicht erreichen – das ist eine Hauptproblematik. Diese ist bei einem Teil der Hausärzte gegeben.»*

Die administrative Arbeit wie E-Mail-Korrespondenz mit den Ärzt:innen kann zeitaufwändig sein und eine Verordnung kann erforderlich sein, auch wenn die zuständigen Hausärzt:innen nicht erreichbar sind. Pflegekräfte spüren, dass die Hausärzt:innen wenig Zeit haben und überlastet sind. Interviewperson A bemängelt, dass einige Hausärzt:innen unregelmässig auf die Visite kommen oder sich vor Ort nicht bei der Pflege anmelden:

*«Das ist dann nicht ganz optimal, weil der eine Arzt, der kommt schon regelmässig auf Visite, da ist ein guter Austausch da und der andere Arzt kommt vielleicht nicht regelmässig auf die Visite. Oder man sieht, dass der Arzt auf der Visite war, wenn man die leere Spritze auf dem Tisch sieht. Alles auch schon erlebt.»*

Man erkenne bei Ärzt:innen, die keine Zeit für regelmässige Visiten haben, eine Zweiklassengesellschaft und Praxispatient:innen werden oft höher priorisiert. Zeitmangel führt dazu, dass Probleme oft telefonisch oder per Mail geklärt werden, ohne direkte körperliche Untersuchung der Bewohner:innen, was die Versorgungsqualität beeinträchtigen kann. Die Pflege muss alle Informationen einfordern, da oft nur die Bewohner:innen oder Angehörigen informiert werden.

### **Heimarztssystem** Pflegeheime C und F

Vorteile: Pflegeheim C erachtet es als vorteilhaft, dass die Heimärzt:innen täglich die Bewohner:innen besuchen und sie dadurch gut kennenlernen. Eine rasche Reaktionsmöglichkeit bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist durch den Pikettdienst am Abend und am Wochenende gewährleistet. Im Pflegeheim F schätzen es die Bewohner:innen, dass die Heimärzt:innen vor Ort sind.

Nachteile: Als einziger Nachteil des Heimarztsystems wird genannt, dass es gelegentlich bei einem Arztwechsel zu Beschwerden komme.

#### **Mobile Haus- und Heimärzt:innen** Pflegeheime B und D

Vorteile: Pflegeheim B und D sehen diverse Vorteile in der Zusammenarbeit mit mobilen Haus- und Heimärzt:innen. Bei Pflegeheim B fühlt sich das Personal besser eingebunden und die Pflege ist professioneller auf Visiten vorbereitet. Auch der Triageprozess wurde verbessert. Pflegeheim D konnte die Anzahl verschiedener Hausärzt:innen deutlich reduzieren und erhält geriatrische Unterstützung sowie Visitenberichte von den mobilen Ärzt:innen. Mobile Praxen sind flexibel und können bei Bedarf ausserplanmässige Besuche durchführen und bei Abwesenheiten der Ärzt:in eine Stellvertretung schicken. Beide schätzen die Möglichkeit von weiteren Dienstleistungen wie geriatrischen Abklärungen und Fortbildungen. Regelmässige Hausärzt:innen-Treffen werden durch die mobile Haus- und Heimarztfirma implementiert.

Nachteile: Beide Pflegeheime haben keine Nachteile erwähnt.

#### **Integrierte Hausarztpraxis** Pflegeheim H

Vorteile: Die Hausärzt:innen befinden sich im gleichen Gebäude und sind schnell vor Ort.

Nachteile: Die Hausarztpraxis bietet keinen Pikettdienst an Wochenenden oder in der Nacht an.

#### **Spitalversorgung** Pflegeheim I

Vorteile: Die Versorgung durch das Spital ist äusserst zufriedenstellend und praktikabel, insbesondere die zuverlässige Vertretung bei Abwesenheit sowie eine rund um die Uhr verfügbare Notfallversorgung.

Nachteile: Die befragte Person bevorzugt es, wenn alle Bewohner:innen ausschliesslich vom Heimarzt des Spitals betreut werden würden. Diese berichtet von Schwierigkeiten bei der telefonischen Erreichbarkeit der Ärztinnen in der Gruppenpraxis und dass es sehr lange dauert, bis sie per E-Mail eine Antwort erhält.

## **5.2. Zusammenarbeit zwischen Pflege und Heim- und Hausärzt:innen**

Die Bewertung der Zusammenarbeit zwischen Pflege und Ärzteschaft variiert je nach Modell, wobei Pflegeheime mit Heimarztsystem, mit mobilen Haus- und Heimärzt:innen

sowie mit Spitalversorgung die Zusammenarbeit als sehr gut bewerten. Auch hier schneidet das Hausarztssystem ungenügend ab. Besonders kritisiert wird schlechte Erreichbarkeit der Hausärzt:innen sowie das fehlende Fachwissen im Bereich Palliative Care und Gerontopsychiatrie.

Bei der Organisation von Fallbesprechungen und Angehörigengesprächen gibt es Unterschiede in der Regelmässigkeit und Beteiligung von Ärzt:innen, wobei Pflegeheime mit APN's oder Pflegeexperten diese häufiger selbst leiten. Auch bei Fallbesprechungen beteiligen sich Hausärzt:innen weniger als Heim- und Spitalärzt:innen.

### **5.2.1. Beschrieb des Visitenprozesses**

Im folgenden Unterkapitel werden die verschiedenen Visitenprozesse der befragten Pflegeheime dargelegt.

#### **Hausarztssystem Pflegeheime A, E und G**

Im Pflegeheim A wendet sich die Pflege telefonisch oder per Mail an die Hausärzt:innen, wenn eine Visite benötigt wird. Die Hausärzt:innen haben jedoch nicht immer zeitnah Kapazität und es kann vorkommen, dass Entscheidungen ohne persönlichen Kontakt getroffen werden müssen. Es kann zu Verzögerungen kommen, wenn die Ärzt:innen zu spät erscheinen oder während der Mahlzeiten oder spät am Abend kommen. Es finden Kardex- respektive Verlaufsvisiten und Visiten im Bewohnerzimmer statt. Unter Kardexvisiten versteht sich die Besprechung eines Bewohners/einer Bewohnerin nur zwischen Ärzteschaft und Pflege ohne Besuch des Bewohners/der Bewohnerin. Die Verordnungen und Anweisungen werden im Stationszimmer besprochen und von zwei Ärzt:innen direkt ins Dokumentationssystem eingetragen, während die Pflege die Eintragungen für die anderen Ärzt:innen übernimmt. Manche Hausärzt:innen würden nur schnell vorbeischauchen, um die Leistungen abrechnen zu können, anstatt eine qualitativ gute Visite zu machen.

Im Pflegeheim E kommen zwei Hausärzt:innen regelmässig am Montag und Dienstag vorbei. Die anderen Hausärzt:innen besuchen das Heim in der Regel an einem festen Tag, aber unregelmässig. An Dienstagen und Donnerstagen ist eine Pflegefachperson im Spätdienst eingeteilt, da die Ärzt:innen spät kommen. Ausserhalb dieser Zeiten steht ein 24-Stunden-Pikettdienst der Pflege für ausserplanmässige Besuche zur Verfügung. Zwei Hausärzte haben direkten Zugriff auf das Dokumentationssystem und können Verordnungen elektronisch vornehmen. In 80% der Fälle verläuft die Visite reibungslos.

Im Pflegeheim G kommt der gemeldete Heimarzt jeden Donnerstagsmorgen auf Visite und die anderen Hausärzt:innen kommen unregelmässig, aber angemeldet. Die Pflege ist vorbereitet und nimmt in der Regel an der Visite bei den Bewohner:innen teil. Die Verordnungen werden im Anschluss von der Pflege im elektronischen Dokumentationssystem erfasst.

### **Heimarztsystem** Pflegeheime C und F

Im Pflegeheim C gibt es durch die Heimärzt:innen tägliche Kardex- und bei Bedarf Visiten direkt bei den Bewohner:innen und einmal pro Woche eine grössere Visite bei den Bewohner:innen. Die Pflege stellt ihre Fragen im elektronischen System vorab und die Ärzt:innen passen die Verordnungen auch dort an. Die Visiten laufen gut, wenn die Ärzt:innen gut vorbereitet sind und Antworten liefern können.

Im Pflegeheim F gibt es ein elektronisches Dokumentationssystem, das von den Ärztinnen und der Pflege genutzt wird. Alle sieben Wochen gibt es eine grosse Visite direkt bei den Bewohner:innen mit interdisziplinärem Rapport, gefolgt von Besuchen der einzelnen Bewohner:innen von der Heimärztin und der Pflege. Die Heimärztin geht auch auf die medizinische Morgenrunde an drei Tagen die Woche, besucht jedoch nicht alle Bewohner:innen.

### **Mobile Haus- und Heimärzt:innen** Pflegeheime B und D

Im Pflegeheim B werden Fragen an die mobilen Heimärzt:innen per Mail vorab gesendet und bei der Visite besprochen. Die mobile Heimärztin erstellt einen Visitenbericht und hat Zugang zum elektronischen Dokumentationstool. Angehörige können auf Anmeldung mit auf die Visite gehen. Bei Abwesenheiten der mobilen Heimärztin kommt einmal in der Woche eine Vertretung von der mobilen Haus- und Heimarztfirma. Bei Besuchen anderer Hausärzt:innen begleitet die Pflege, wobei diese oftmals erst um 18 Uhr kommen, was für die Pflege schwierig organisierbar ist. Es handelt sich um eine Mischform zwischen Kardexvisiten und Visiten direkt bei den Bewohner:innen. Zudem gibt es Probleme bei Vertretungen, da die MPA der Vertretungspraxis nicht immer informiert ist und die Ärzt:innen die Bewohner:innen nicht kennen. Es gibt ein einheitliches Verordnungsformular, welches die Pflege mit dem Vieraugenprinzip im System einträgt.

Im Pflegeheim D findet die wöchentliche Visite der mobilen Heimärztin am Freitag statt. Die Heimärztin erstellt Verordnungen direkt vor Ort. Ein niedergelassener Hausarzt kommt auch einmal in der Woche auf Visite und die anderen Hausärzt:innen werden

per Mail kontaktiert. Besuche der weiteren Hausärzt:innen sind oft schwierig zu organisieren und falls sie kommen, kommen sie erst spät abends nach ihrer Sprechstunde, wobei die Pflege dann reduziert arbeitet. Es kommt vor, dass sie nach dem Besuch der Bewohner:innen ohne Informationen an die Pflege das Heim verlassen.

### **Integrierte Hausarztpraxis** Pflegeheim H

Im Pflegeheim H hat jeder Hausarzt einen definierten Visitentag ohne geplante Sprechstunden. Es handelt sich um Visiten vor Ort bei den Bewohner:innen. Die Pflege trägt Fragen schriftlich im elektronischen Dokumentationssystem ein und die Ärzte haben von der Praxis aus Zugang dazu. Die Pflege trägt Verordnungen, die Medikation und weitere wichtige Informationen ins System ein. Für die Medikation gilt das Vieraugenprinzip.

### **Spitalversorgung** Pflegeheim I

Der Heimarzt führt wöchentlich eine Visite durch, während die Gruppenpraxis alle zwei Wochen präsent ist. Die Befragte stuft das Zweiwochen-Intervall als knapp ein. Fragen an die Ärzt:innen müssen am Vortag bis 16.30 Uhr per E-Mail gestellt werden. Es sind meistens Kardexvisiten im Stationszimmer, und falls erforderlich, werden danach die Bewohner:innen besucht. Die Dokumentation erfolgt durch die Ärzt:innen entweder in ihrem eigenen elektronischen Dokumentationssystem oder in dem des Spitals, was es dem medizinischen Jourarzt sowie allen Ärzt:innen des Notfallteams ermöglicht, auf die Akten zuzugreifen. Die Pflege im Heim arbeitet derzeit noch auf Papier, da die elektronische Pflegedokumentation noch nicht ausgereift genug ist. Zwischen den Visiten gibt es eine Kommunikation per E-Mail, aber beim Spital gibt es auch ein festes tägliches Zeitfenster, in welchem die Pflege den Heimarzt anrufen kann.

### **5.2.2. Beurteilung des Visitenprozesses durch die Interviewpersonen**

Aus den Interviews ergeben sich die Vorteile, dass die Visiten mit Heimarztsystem, mit mobilen Haus- und Heimärzt:innen, der integrierten Heimarztpraxis sowie des Spitals regelmässig erfolgen und besser planbar sind als mit den Hausärzt:innen. Als Nachteile beim Hausarztmodell werden genannt, dass die meisten Hausärzt:innen keine fixen Visitentage definiert haben und Besuche aktiv von der Heimpflege eingefordert werden müssen. Da die Besuche meistens nach den Sprechstunden in den Praxen stattfinden, wenn das Pflegepersonal reduziert ist, wurde von einem Pflegeheim deshalb einen Pflege-Pikettdienst für Visiten zu Randzeiten eingeführt. Es kommt auch vor, dass Hausärzt:innen ohne Absprache mit der Pflege zu den Bewohner:innen gehen und das Heim ohne Rückmeldung wieder verlassen. Bei Abwesenheit der Hausärzt:innen gibt

es manchmal Probleme mit der Vertretungspraxis, welche bei der Versorgung durch die mobilen Haus- und Heimbärzt:innen, bei der integrierten Hausarztpraxis sowie bei dem Spital nicht auftreten.

### **5.2.3. Beurteilung der Zusammenarbeit durch die Interviewpersonen**

Meinungen zur Zusammenarbeit in Pflegeheimen mit Hausarztsystem sind uneinheitlich. Einige Interviewte bemängeln Schwierigkeiten Hausärzt:innen telefonisch zu erreichen und fehlendes Fachwissen im Bereich Palliative Care oder Gerontopsychiatrie, was dazu führe, dass schmerzlindernde Medikamente im palliativen Stadium zu spät verordnet werden. Zudem bewerten sie negativ, dass einige Hausärzt:innen keine Besuche im Pflegeheim machen und zum Teil Verordnungen nicht übermitteln. Allerdings loben sie die Kollegialität der Hausärzt:innen, wenn ein Bewohner eines anderen Hausarztes einen Notfall hat.

Pflegeheime mit Heimarztsystem bewerten die Zusammenarbeit als sehr gut und schätzen den interdisziplinären Austausch. Zudem pflegt die Leitung Pflege & Betreuung mit der Heimbärztin einen wöchentlichen Austausch sowie einen informellen Austausch, zum Beispiel beim gemeinsamen Mittagessen.

Pflegeheime mit mobilen Haus- und Heimarztpraxis bewerten die Zusammenarbeit als sehr gut und konnten standardisierte Prozesse einführen. Die Zusammenarbeit mit den weiteren Hausärzt:innen hat sich, seit die mobile Haus- und Heimarztfirma im Haus aktiv ist, verbessert. Es findet zweimal jährlich ein Hausarzttreffen mit der mobilen Haus- und Heimarztfirma statt.

Das Pflegeheim mit einer integrierten Hausarztpraxis stuft die Zusammenarbeit als gut ein und schätzt die häufige Präsenz der Hausärzt:innen und den informellen Austausch.

Das Pflegeheim, das von dem benachbarten Spital versorgt wird, bewertet die Zusammenarbeit mit sowohl dem Spital als auch der Gruppenpraxis als äusserst positiv.

### **5.2.4. Organisation von Fallbesprechungen und Angehörigengespräche**

Interdisziplinäre Fallbesprechungen werden bei allen Pflegeheimen ausser dem Pflegeheim A durchgeführt, jedoch mit unterschiedlicher Regelmässigkeit und Beteiligung von Ärzt:innen. In Pflegeheimen mit APN's oder Pflegeexperten werden Fallbesprechungen häufig von diesen geleitet, wobei die Ärzt:innen bei Bedarf dabei sind. Es ist schwierig, Fallbesprechungen mit dem Hausarztsystem zu organisieren, aber in dem



Pflegeheim mit integrierter Hausarztpraxis können diese zeitnah stattfinden. Das Pflegeheim A kann sich die Einführung von Fallbesprechungen vorstellen, wenn die Zusammenarbeit mit den Ärzt:innen verbessert wird. Für gerontopsychiatrische Problemstellungen werden bei einem Pflegeheim Fallbesprechungen mit einer Psychiaterin geplant.

Bei allen Pflegeheimen finden Angehörigengespräche statt, aber nicht jeder/jede Hausarzt/Hausärztin führt diese durch. Die Gespräche werden in der Regel von Ärzt:innen oder Pflegekräften geführt. In einem Pflegeheim kommt es vor, dass die Hausärzt:innen nach einem Angehörigengespräch ohne Beteiligung der Pflege diese nicht informieren.

### **5.2.5. Heimärztliche Aufgaben der Ärzteschaft im Pflegeheim**

Die benannten Heimärzt:innen sind für die medizinische Belange wie Behandlung, Organisation des Notfalldienstes, Hygiene und Medikamentenverwaltung zuständig. Die Heimärzt:innen haben dementsprechend neben der hausärztlichen Betreuung eine Kontrollfunktion für das Heim.

Aus den Interviews geht hervor, dass einige Heimärzt:innen zusätzlich noch folgende Tätigkeiten übernehmen:

- Schulungen/Weiterbildungen in der Altersmedizin für das Pflegepersonal (zum Beispiel betreffend gewissen Krankheitsbilder wie Demenz)
- Fachlicher Austausch mit anderen Heimärzt:innen, Psychiater:innen und anderen Spezialist:innen, Einholen von Konsilien
- Überprüfen von medizinischen Guidelines und Konzepten im Pflegeheim sowie Beratung des Personal
- Mitglied in verschiedenen Arbeitsgruppen, wie zum Beispiel im Bereich Palliative Care
- Verfassen von Visitenberichten oder Dokumentation im elektronischen Dokumentationssystem

### **5.3. Zusammenarbeit zwischen Pflege und weiteren Spezialist:innen**

In diesem Unterkapitel wird die Zusammenarbeit zwischen der Pflege und weiteren Spezialist:innen beschrieben. Zusammenfassend zeigt sich, dass es keine Unterschiede in der Zusammenarbeit gibt zwischen den verschiedenen Modellen der ärztlichen Versorgung, aber Unterschiede in der Grösse der Pflegeheime beeinflussen die

Verfügbarkeit von internen physiotherapeutischen und ergotherapeutischen Abteilungen sowie von Aktivierungs- und Bewegungstherapien sowie Mal- und Musiktherapien. Einige Pflegedienstleitungen fühlen sich von Fachärzt:innen nicht ausreichend informiert und wünschen sich mehr Austausch.

### **Zahnärzt:innen und Dentalhygieniker:innen**

In allen Pflegeheimen mit Ausnahme eines einzelnen Heims, kommen Zahnärzt:innen und Dentalhygieniker:innen direkt ins Heim, während bei der Ausnahme die Bewohner:innen in eine externe Praxis gehen müssen. Die Zahnärzt:innen und Dentalhygieniker:innen besuchen in der Regel das Pflegeheim zwischen zwei- und dreimal pro Jahr. In einigen Fällen kommen Zahnärzt:innen gemeinsam mit Zahntechniker:innen oder arbeiten eng mit ihnen zusammen. In einem Betrieb gibt es einen Zahnarzt, der eine Praxis direkt im Pflegeheim betreibt, während die meisten anderen mit mobilen Zahnärzt:innen kooperieren.

### **Augenärzt:innen**

Die meisten Pflegeheime nutzen die Dienste eines Augenmobils, das im Heim Sehtests, Augendruckmessungen und ähnliche Untersuchungen durchführt. Das Augenmobil besucht die Heime in der Regel zwischen ein- und zweimal pro Jahr. Bei zwei Pflegeheimen müssen die Bewohner:innen zu einem externen Augenarzt gehen, da sie in der Regel noch ihren eigenen Augenarzt haben. Falls das nicht der Fall ist, wird in einem der beiden Heime eine Überweisung an die Augenklinik des benachbarten Spitals ausgestellt. In einem Pflegeheim gibt es zudem einen Brillenservice.

### **Fachärzt:innen**

Die Hausärzt:innen überweisen in der Regel die Bewohner:innen zu Fachärzt:innen, die normalerweise nicht ins Pflegeheim kommen. Daher werden die Bewohner:innen bei Bedarf von einer Pflegefachperson gegen eine Gebühr begleitet. Einige der Befragten beschreiben den Gang zur Praxis als grosse Herausforderung für die Bewohner:innen. Zudem haben sie oft Schwierigkeiten, die Fachärzt:innen zu verstehen. Einige Befragte geben an, dass gynäkologische und urologische Untersuchungen sehr selten durchgeführt werden. In einem Pflegeheim werden Bewohner:innen bei urologischen und gynäkologischen Themen an das benachbarte Spital überwiesen, während ein anderes Pflegeheim mit einer Urologiepraxis zusammenarbeitet. Einige Hausärzt:innen arbeiten mit Fachärzt:innen aus derselben Stadt zusammen. Zwei Pflegeheime nutzen den Service eines mobilen Röntgens, wobei ein Pflegeheim der Ansicht ist, dass durch das mobile Röntgen viele Spitaleinweisungen vermieden werden können, da schnell

festgestellt werden kann, ob es sich um eine Fraktur handelt oder nicht. Dieses Pflegeheim plant auch die Einführung von mobilen Ultraschalluntersuchungen in der Zukunft.

### **Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen**

Die meisten Pflegeheime arbeiten mit verschiedenen Psychiater:innen zusammen. Das grösste Pflegeheim hat zudem eine Psychologin sowie einen leitenden Arzt mit Fachgebiet Gerontopsychiatrie im Haus. Andere Pflegeheime holen Konsilien bei Psychiater:innen ein oder ziehen mobile Haus- und Heimarztfirmen zur Unterstützung bei. In einem Pflegeheim geht der Psychiater sogar auch auf die Visite mit. Eine Interviewperson spricht jedoch trotzdem von einer Unterversorgung im spezialisierten gerontopsychiatrischen Fachgebiet und ist der Ansicht, dass Hausärzt:innen zu spät Spezialist:innen beiziehen.

### **Physio- und Ergotherapeut:innen**

Die meisten Pflegeheime kooperieren mit einer Physiotherapiepraxis, die regelmässig im Pflegeheim vor Ort die Bewohner:innen behandelt. In grösseren Pflegeeinrichtungen gibt es auch eine eigene Physiotherapie-Abteilung, die auch für externe Patient:innen zugänglich ist. Ein Pflegeheim vermietet Räumlichkeiten an eine Physiotherapiepraxis, während ein anderes Heim plant, der Physiotherapiepraxis einen zusätzlichen Praxisstandort im Heim zu vermieten. In der Regel kommen auch Ergotherapeut:innen direkt ins Pflegeheim, aber grössere Einrichtungen haben auch ihre eigene Ergotherapie-Abteilung. Einige Pflegeheime schicken ihre Bewohner:innen zu einer nahegelegenen externen Praxis.

### **Weiteres Gesundheitspersonal**

In den grösseren Pflegeheimen sind Podologen fest angestellt, während kleinere Heime regelmässige Besuche von externen Podologen haben. Zudem arbeiten viele Pflegeheime mit Fusspflegern zusammen. Grössere Einrichtungen bieten intern auch Aktivierungs- und Bewegungstherapien sowie Mal- und Musiktherapien an. Einige Heime bieten zudem einen mobilen Hörservice an, während ein anderes die Bewohner:innen zu Akustiker:innen ausserhalb des Heims schickt. Zwei Pflegeheime nutzen eine Wundsprechstunde, während andere mobile Palliative-Care-Spezialisten hinzuziehen. Eine Interviewperson äussert grosse Mühe Logopäd:innen zu finden, die Heimbesuche tätigen.

### **5.3.1. Beurteilung der Zusammenarbeit mit Spezialist:innen**

Einige Pflegeeinrichtungen bewerten die Zusammenarbeit als gut, besonders wenn es standardisierte Prozesse gibt. Für Pflegeheim F ist es von Vorteil, dass die Hausärztin in der Regel die Bewohner:innen an das benachbarte Spital überweisen kann, da sie dort gut vernetzt ist und schnell Rückmeldungen erhält. Eine Einrichtung erachtet es als wichtig, mobile Dienste zu engagieren. Mehrere Pflegeheime streben eine kontinuierliche Erweiterung des Angebots an Spezialist:innen und anderem medizinischem Personal an.

Mehrere Befragte gaben an, dass sie sich von Fachärzt:innen nicht ausreichend informiert fühlen oder in manchen Fällen überhaupt nicht informiert werden. Normalerweise werden die Berichte zunächst an die Hausärzt:innen weitergeleitet, und es vergeht viel Zeit, bis die Pflegekräfte durch die Hausärzt:innen informiert werden. Die Pflege ist gezwungen, aktiv und beharrlich bei der Ärzteschaft nachzufragen. Einige Fachärzt:innen geben aufgrund von Datenschutzbedenken keine Informationen weiter. Die meisten Interviewten wünschen sich mehr Austausch mit den Fachärzt:innen, und eine Person ist der Meinung, dass das elektronische Patientendossier (EPD) hierfür sehr nützlich wäre. Eine der Befragten äusserte starke Kritik am Schweizer Gesundheitssystem aufgrund der unzureichenden fachärztlichen Versorgung von Heimbewohner:innen.

### **5.4. Notfallversorgung**

Im folgenden Kapitel wird die Notfallversorgung der befragten Pflegeheime je Organisationsmodell beschrieben. In allen befragten Pflegeheimen wird bei schwerwiegenden medizinischen Notfällen umgehend die Ambulanz verständigt. Bei den Pflegeheimen mit Hausarztssystem wird bei Nichterreichbarkeit der Hausärzt:innen zur Beratung auf Notfallärzt:innen zurückgegriffen, wie beispielsweise die «SOS AERZTE» oder das «AERZTEFON». Wenn in der Nacht oder bei generellen Nichterreichbarkeit der Hausärzt:innen im betreffenden Pflegeheim Entscheidungen getroffen werden müssen, ob eine Spitaleinweisung notwendig ist oder ob Notfallärzt:innen kontaktiert werden sollten, wird dies von erfahrenen Pflegefachkräften, oder nach Möglichkeit von Pflegeexpertinnen oder APNs entschieden. Mit Ausnahme des grössten befragten Pflegeheims mit Heimarztssystem sowie des Pflegeheims mit geriatrischer Spitalversorgung gibt es keinen ärztlichen Pikettdienst in der Nacht oder am Wochenende. Das Pflegeheim mit geriatrischer Spitalversorgung kann zu jeder Tages- und Nachtzeit den Jourarzt/die Jourärztin der Notfallstation des Spitals kontaktieren. In einem der interviewten Pflegeheime mit Heimarztssystem wird vermutet, dass durch dieses Modell Spitaleinweisungen vermieden werden können. Ein anderes Pflegeheim glaubt, dass durch ein mobiles

Röntgen und durch gute Präventionsmassnahmen im Pflegebereich ebenfalls Spital-einweisungen vermieden werden können.

### **Hausarztsystem** Pflegeheime A, E und G

Die drei Pflegeheime haben einige Gemeinsamkeiten in der Herangehensweise bei Notfallsituationen. In allen Fällen wird bei schwerwiegenderen medizinischen Notfällen (wie beispielsweise einem Schlaganfall) sofort die Ambulanz gerufen. Im Pflegeheim G kommt es auch vor, dass die Bewohner:innen durch Angestellte ins Spital gefahren werden. Auch bei Ferien oder Abwesenheiten der Hausärzt:innen wird in allen drei Pflegeheimen auf Notfallärzt:innen wie der «SOS AERZTE» oder das «AERZTEFON» zurückgegriffen. Im Pflegeheim A und E besitzt die Pflege von einigen wenigen Hausärzt:innen noch die private Handynummer. Im Pflegeheim G wird das nicht mehr so gehandhabt; vor mehreren Jahren hatten sie aber noch Nacht- und Wochenendpikett durch die Ärzt:innen. Im Pflegeheim E steht ein 24-Stunden-Pikettdienst der Pflege zur Verfügung, der kontaktiert werden kann, wenn Unsicherheiten bezüglich einer möglichen Spitaleinweisung bestehen. Darüber hinaus unterstützen spezialisierte Pflegeexpertinnen den Tag über bei der Entscheidungsfindung.

Auch gibt es Unterschiede in der Verfügbarkeit von «SOS AERZTE». Während im Pflegeheim E «SOS AERZTE» rund um die Uhr zur Verfügung stehen, muss im Pflegeheim G bei Notfällen in der Nacht oder am Wochenende eine Stunde auf die «SOS AERZTE» gewartet werden. Im Pflegeheim A wird bei weniger schwerwiegenden Situationen der Notfallarzt kontaktiert, der entweder telefonisch berät oder für eine Beurteilung vor Ort vorbeikommt.

### **Heimarztsystem** Pflegeheime C und F

In beiden Pflegeheimen mit Heimarztsystem sind diese für medizinische Entscheidungen und Überweisungen ins Spital verantwortlich. Bei beiden Pflegeheimen sind die Heimärzt:innen tagsüber immer vor Ort und können bei Bedarf sofort kontaktiert werden. Jedoch gibt es Unterschiede in der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Heimärzt:innen in der Nacht.

Im Pflegeheim C gibt es einen ärztlichen Pikettdienst in der Nacht und am Wochenende. Die Entscheidungen zur Überweisung ins Spital werden immer von einem/einer Heimärzt:in getroffen, und die Pflegekräfte warten bei weniger akuten Situationen bis zum nächsten Morgen. Interviewperson C vermutet, dass es mit dem Heimarztsystem weniger Spitaleinweisungen gibt als mit einer anderen Organisation der ärztlichen Versorgung.

Im Pflegeheim F ist die Heimärztin nur tagsüber unter der Woche verfügbar. Es gibt keinen Pikettdienst. Bei Abwesenheit der Heimärztin übernimmt die medizinische Praktik Koordinatorin die Visiten, und es gibt eine zweite Ärztin im Hintergrund, die bei komplexen Problemstellungen unterstützt. Bei akuten Situationen nach der Dienstzeit der Heimärztin und am Wochenende wird die Ambulanz kontaktiert.

### **Mobile Haus- und Heimärzt:innen** Pflegeheime B und D

Die Pflegeheime B und D rufen bei klar medizinisch indizierten Notfalleinweisungen wie einem Schlaganfall unabhängig von der Uhrzeit die Ambulanz. Der Wille der Bewohner:innen wird dabei zuerst überprüft. Bei unklaren Situationen wird das «AERZTE-FON» oder die «SOS AERZTE» kontaktiert. In beiden Pflegeheimen gibt es Triageanleitungen, um Entscheidungen bei solchen Situationen zu erleichtern.

Die Haus- und Heimärzt:innen werden im Pflegeheim B und D versucht zu kontaktieren, aber aufgrund der begrenzten Kapazitäten können die Hausärzt:innen nicht immer schnell reagieren. Von der mobilen Haus- und Heimarztfirma erhalten sie unter der Woche den Tag durch schnell einen Rückruf. Beide Pflegeheime haben keinen Pikettdienst durch die mobile Haus- und Heimarztfirma in der Nacht, aber in definierten Ausnahmefällen darf die Heimärztin telefonisch kontaktiert werden.

Bei Abwesenheiten von Hausärzt:innen werden diese durch andere Hausärzt:innen oder durch andere Ärzt:innen der mobilen Haus- und Heimarztfirma vertreten. Im Pflegeheim B gibt es rund um die Uhr eine erfahrene Pflegefachperson für Triageentscheide, während im Pflegeheim D am Tag zusätzlich eine APN oder eine Abteilungsleitung hinzugezogen werden kann. In der Nacht trifft immer eine diplomierte Pflegefachperson die Entscheidung.

Das Pflegeheim B vermutet, dass durch die Inanspruchnahme eines mobilen Röntgens und eine aktive Präventionsarbeit der Pflege Spitaleinweisungen reduziert werden können.

### **Integrierte Hausarztpraxis** Pflegeheim H

Im Pflegeheim H kann das Personal tagsüber unter der Woche bei der Hausarztpraxis anrufen, um bei Notfällen eine Entscheidung über eine Spitaleinweisung oder Überweisung zu treffen. In der Nacht gibt es keinen Pikettdienst und das Personal muss selbst entscheiden, ob die Ambulanz oder ein/e Notfallärzt:in gerufen werden muss. Bei Abwesenheit vertreten sich die Ärzt:innen der Hausarztpraxis gegenseitig.

## **Spitalversorgung** Pflegeheim I

Für Bewohner:innen, die durch das Spital hausärztlich versorgt werden, steht während eines festgelegten Zeitfensters täglich die Möglichkeit zur Verfügung, den Heimarzt bei nicht akuten Situationen zu kontaktieren. Für den Fall, dass der Heimarzt abwesend ist, zum Beispiel bei Ferien, gibt es eine Stellvertretung. Ausserhalb der Arbeitszeiten des Heimarztes, wie in der Nacht oder am Wochenende, wird der medizinische Jourarzt der Notfallstation des Spitals kontaktiert, der auf die Krankengeschichte zugreifen kann. Wenn die Gruppenpraxis geschlossen ist, wenden sie sich entweder an die «SOS AERZTE» oder den Rettungsdienst. Die Notfallversorgung durch die Gruppenpraxis wird von der Befragten als wesentlich schlechter bewertet.

### **5.5. Arzneimittelversorgung**

Im folgenden Kapitel wird die Arzneimittelversorgung in den befragten Pflegeheimen je Organisationsmodell beschrieben. In drei von neun befragten Pflegeheimen werden Medikamente von Hausärzt:innen direkt geliefert und von der Pflege für die Bewohner:innen vorbereitet. Diese Pflegeheime befinden sich alle im Kanton Zürich, wo die Hausärzt:innen gemäss den geltenden Bestimmungen Medikamente selbst verkaufen dürfen. Die Befragten gaben an zu vermuten, dass die Hausärzt:innen Medikamente verkaufen wollen, um ihre Kosten für Hausbesuche im Heim zu decken. Drei Pflegeheime bestellen ihre Medikamente direkt bei einer Apotheke und richten sie ebenfalls selbstständig. Ein Pflegeheim bestellt seine Medikamente direkt beim Grosshändler. In drei weiteren Pflegeheimen werden die Medikamente für die einzelnen Bewohner:innen und Einnahmezeitpunkte verblistered von der Apotheke oder einem Blisterunternehmen geliefert. Zwei Pflegeheime, die ihre Medikamente von einer Apotheke beziehen, planen zukünftig eine maschinelle Verblisterung zu prüfen, da das manuelle Richten der Medikamente für die Pflege sehr aufwändig ist. Allerdings wird kritisiert, dass die Kosten für diesen Service vom Pflegeheim selbst getragen werden müssen. Medikationsüberprüfungen finden in unterschiedlichen Abständen oder sogar gar nicht statt. In Pflegeheimen, die Medikamente verblistered erhalten, werden die Medikationsüberprüfungen von Apotheker:innen oder in Zusammenarbeit mit Hausärzt:innen durchgeführt, während in anderen Pflegeheimen die Ärzteschaft dafür zuständig ist.

#### **Hausarztsystem** Pflegeheime A, E und G

Im Pflegeheim A werden die Medikamente grösstenteils bei Hausärzt:innen bezogen, die diese liefern müssen. Selbstdispensation macht gemäss Interviewperson A aus Be-

handlungssicht keinen Sinn. Medikationsüberprüfungen sind selten, aber Polymedikation ist ein grosses Thema. Ein Apotheker aus dem Spital könnte in Zukunft Medikamente liefern und regelmässig Medikamentenlisten prüfen. Es gibt einen Interessenskonflikt bezüglich verkaufter Menge an Medikamenten durch Hausärzt:innen. Überlegungen zu einer Kooperation mit dem benachbarten Spital sind in Planung.

Im Pflegeheim E bestellt die Pflege Medikamente bei einer externen Apotheke, die dann in dem hausinternen Medikamentenlager gelagert werden. Die Verantwortung für die Heimapotheke liegt beim externen Apotheker. Die Medikationen werden halbjährlich durch die Hausärzt:innen geprüft, wobei dies auch eine APN übernehmen könnte. Das Richten der Medikamente durch die Pflege ist ressourcenintensiv und es wird über eine Verblisterung durch eine Apotheke nachgedacht, wobei in diesem Fall die Kosten durch das Heim getragen werden müssten. Die Zusammenarbeit zwischen Pflege, Ärzteschaft und Apotheke ist gut, aber Lieferengpässe sind eine Herausforderung.

Im Pflegeheim G werden die Medikamente bei Hausärzt:innen bestellt, da die Selbstdispensation erlaubt ist. Es gibt einen Dienstleistungsvertrag mit der Dorfapotheke, aber es gibt keine regelmässigen Medikationsüberprüfungen durch die Apotheke. Die Bewohner:innen haben bis zu zwölf verschiedene Medikamente, verschiedene Ärzt:innen wissen nicht Bescheid. Eine Medikamentenabgabe über die Apotheke wäre wünschenswert, aber da wäre eine Änderung der kantonalen Vorgaben nötig. Eine durch das Pflegeheim eingeleitete Änderung würde gemäss Einschätzung des Befragten die Hausärzt:innen verärgern, und diese würden dann möglicherweise keine Hausbesuche mehr machen.

### **Heimarztsystem** Pflegeheime C und F

Im Pflegeheim C werden die Medikamente bei der städtischer Zentralapotheke bestellt, von Pharmaassistent:innen in der eigenen Apotheke fachgerecht gelagert, von der Pflege gerichtet und von Ärzt:innen alle vier Wochen überprüft. Dadurch wurde die Polymedikation gesenkt.

Im Pflegeheim F werden die Medikamente von der Firma Medifilm verblister bezogen. Die Heimarztin trägt die verordneten Medikamente in die Pflegedokumentation ein und die Apotheker:innen aus dem benachbarten Spital validieren die zusätzlichen Medikamente und bestellen die Wochenblister bei Medifilm. Eine Apotheke des benachbarten Spitals führt mit der Heimarztin alle sechs Wochen genaue Medikationsüberprüfungen durch sowie kontrolliert die Lagerung der Medikamente sowie Schulungen für das Pflegepersonal.



### **Mobile Haus- und Heimärzt:innen** Pflegeheime B und D

Im Pflegeheim B werden die Medikamente von der Dorfapotheke geliefert. Eine Umstellung auf patientenindividuelle Verblisterung soll von der Nachfolge der Pflegedienstleitung geprüft werden, wobei die Meinungen im Heim umstritten sind. Die mobilen Haus- und Heimarztfirmen prüfen auf Visiten die Medikationslisten. Hinweise der Apotheke auf Interaktionen kommen nicht bei allen Hausärzt:innen gut an.

In Pflegeheim D werden die Medikamente von der Apotheke in Wochenblister geliefert, was vor einigen Jahren zu grossen Diskussionen bei der Ärzteschaft führte. Die Verblisterungskosten trägt das Pflegeheim selbst, da die Krankenkassen dies nicht übernehmen. Die Apotheke überprüft die Medikation jedes Bewohners und informiert bei möglichen Wechselwirkungen die Hausärzt:innen. Die Zusammenarbeit zwischen Pflege, Ärzteschaft und Apotheke funktioniert sehr gut.

### **Integrierte Hausarztpraxis** Pflegeheim H

Im Pflegeheim H werden die Medikamente von der Firma Medifilm verblisterung bezogen. Es gibt Bedenken hinsichtlich des hohen Fehlerpotenzials bei der Übertragung der Bestellungen ins System von Medifilm. Die Verblisterung spart Zeit, aber die Pflegekräfte verlieren auch Wissen über die Medikamente. Es gibt unterschiedliche Meinungen zur Verblisterung, wobei die betroffene Interviewperson lieber die Medikamente selbst richten würden. Die Apotheke ist für Medikationsüberprüfungen und die Kontrolle des Umgangs mit den Medikamenten zuständig.

### **Spitalversorgung** Pflegeheim I

Das Pflegeheim I verfügt über eine eigene Heimapotheke mit Pharmaassistent:innen. Die Medikamente werden zentral einmal in der Woche gerichtet. Sie bestellen die Medikamente beim Grossisten. Ein Konsiliarapotheker kommt zweimal jährlich ins Heim und kontrolliert die Standards, wobei auch der Heimarzt/die Heimarztin Kontrollaufgaben beispielsweise bezüglich des Umgangs mit Betäubungsmitteln hat. Der Heimarzt/die Heimarztin bezieht die Medikamente über das Heim. Die Ärztin aus der Gruppenpraxis bringt die Medikamente selbst mit, da sie damit die sonst nicht kostendeckende Visite finanzieren kann. Da die Ärztin der Gruppenpraxis nur alle zwei Wochen ins Heim kommt, muss aufwendig ausgerechnet werden, welche Menge an Medikamenten bei ihr bestellt werden muss, damit es bis zur nächsten Visite ausreicht. Die derzeitige Situation empfindet die betroffene Interviewperson als sehr ineffizient und prüft eine alternative Lösung wie eine pauschale Abgeltung, damit die Ärztin die Medikamente auch bei dem Heim bezieht.

## **5.6. Herausforderungen und mögliche Lösungsansätze**

Die Interviewpartner:innen heben klar hervor, dass der Mangel an Hausärzt:innen ein dringendes Problem darstellt, insbesondere in Bezug auf die Betreuung älterer Menschen in Pflegeheimen. Weitere Herausforderungen stellen das mangelnde Interesse von jungen Ärzt:innen an der Pflegeheimmedizin (Geriatric, Gerontopsychiatrie und Palliativmedizin) sowie die finanzielle Unattraktivität von Visiten in Pflegeheimen dar.

Die von den Befragten vorgeschlagenen Ansätze zur Optimierung der ärztlichen Versorgung sind vielfältig und können als Ergänzung oder Alternative zur herkömmlichen Versorgung durch Hausärzt:innen dienen.

Die Nutzung von Telemedizin und die Erweiterung der Kompetenzen von APNs könnten die medizinische Versorgung von Heimbewohner:innen verbessern und auch den Ärzt:innen Zeit und Ressourcen sparen. Auch die Organisation von Hausarztpraxen, die beispielsweise am Nachmittag für Pflegeheime tätig sind, sowie mobile Ärzt:innen, die in diesem Bereich spezialisiert sind, könnten eine Lösung sein. Die Zusammenarbeit mit Spitälern und die Integration von Hausarztpraxen in Pflegeheime könnten ebenfalls zu einer besseren Versorgung beitragen.

Untenstehend werden die genannten Herausforderungen in der ärztlichen Versorgung im Detail beschrieben.

### **5.6.1. Hausarztmangel**

Alle befragten Personen sind sich einig, dass die Pflegeheime unter dem Mangel an Haus- und Heimärzt:innen leiden, da es schwierig ist, Nachfolger zu finden und junge Ärzt:innen weniger Interesse an der Geriatric, Gerontopsychiatrie und Palliativmedizin haben. Die Kommunikation mit ausländischen Hausärzt:innen, die gebrochenes Deutsch sprechen, wird als problematisch angesehen.

### **5.6.2. Strukturelle Problematiken**

Die Interviewten zeigen Bedenken hinsichtlich der ärztlichen Versorgung durch Hausärzt:innen. Eine Interviewperson erkennt das Problem der Betreuung eines grossen Patientenstamms sowie der Heimbewohner:innen, die oft benachteiligt werden. Alle Befragten stimmen darin überein, dass es für Hausarztpraxen nicht rentabel ist, Bewohner:innen zu betreuen, da der Ertragsausfall zu hoch ist. Einige Interviewte zeigen Verständnis dafür, dass Hausärzt:innen aus diesen Gründen keine Pflegeheimbewohner:innen betreuen möchten. Zudem bemängeln sie den Fehlanreiz, mehr Medikamente als nötig zu verkaufen, um eine gewisse Rentabilität zu sichern. Die Strukturen

in der Langzeitpflege in der Schweiz erschweren die Zusammenarbeit zwischen Hausärzt:innen und Pflegekräften, da sich Hausärzt:innen nicht verpflichtet fühlen, Bewohner:innen von Pflegeheimen zu betreuen.

### **5.6.3. Mögliche Lösungsansätze**

Die Interviewpersonen nannten untenstehende Punkte als mögliche Lösungsansätze zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen.

#### **Zusatzqualifikationen in der Geriatrie und Palliative Care**

Mehrere Pflegeheime sind der Ansicht, dass Ärzt:innen mit Zusatzqualifikationen auf der Geriatrie und im Bereich Palliative Care die medizinische Versorgung verbessern sowie dass viele Hospitalisationen von Bewohner:innen dadurch verhindert werden könnten.

#### **Digitale Technologien und Innovationen**

Die Schweiz hinkt gemäss den Befragten im Vergleich zu anderen Ländern in Bezug auf Digitalisierung und Innovationen im Gesundheitswesen hinterher. Der Datenschutz im Gesundheitswesen stellt eine Hürde für viele digitale Technologien dar. Die Befragten sind sich einig, dass ein breit genutztes EPD sinnvoll wäre, halten es aber für nicht funktionsfähig und sehr teuer in der Entwicklung. Die meisten Interviewten wünschen sich, dass Hausärzt:innen Zugriff auf das elektronische Dokumentationssystem des Pflegeheims erhalten und es auch nutzen, aber die Hausärzt:innen sind oft nicht affin bezüglich Informatikmitteln und möchten keinen Zugang haben. Zudem ist gemäss einem Pflegeheim eine Schnittstelle zwischen den verschiedenen Dokumentationssystemen zeiteinsparend.

#### **Einsatz Telemedizin respektive Telegeriatrie**

Die befragten Pflegeheime nutzen Telemedizin aufgrund der technischen Überforderung der älteren Bewohner:innen kaum. Einige Befragte sehen jedoch aufgrund des Ärztemangels, der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens und der stetig sich weiterentwickelnden Beratung aus Distanz auch ein gewisses Potenzial. Es gibt jedoch noch Hürden in der Schweiz, die überwunden werden müssen. Telemedizin könnte Einsparungen bei Einweisungen in den Notfall und den Aufbau eines grösseren ärztlichen Netzwerks ermöglichen. Videokonferenzen erleichtern die medizinische Beratung im Vergleich zu Telefonkonsultationen.

### **Einsatz von APNs und deren Kompetenzerweiterung**

Die meisten Pflegeheime beschäftigen keine APNs, während drei grössere Einrichtungen jeweils eine bis drei APNs einsetzen. Einige Befragte sehen in APN's eine wichtige Rolle zur Verbesserung der medizinischen Versorgung aufgrund des Ärztemangels und fordern, dass APN's zukünftig Verordnungen tätigen und abrechnen dürfen sollten. Gemäss diesen Befragten könnten APN's zur Entlastung von Ärzt:innen und für Präventionsarbeit im Heim eingesetzt. Bei Pflegeheimen ohne APN's besteht Interesse, ein Pilotprojekt durch zu führen.

### **Verstärkte Konzentration auf Pflegeheimbewohner:innen durch Hausärzt:innen**

Ein Problem, das von einigen Interviewpersonen angesprochen wurde, ist, dass es sich für Hausärzt:innen oft nicht lohnt, einzelne Bewohner:innen in Pflegeheimen zu betreuen. Eine mögliche Lösung wäre, dass Hausärzt:innen mehrere Bewohner:innen betreuen und sich die Besuche auf den Nachmittag konzentrieren.

### **Einsatz von mobilen Haus- und Heimärzt:innen**

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, die Betreuung von Pflegeheimbewohner:innen auf mobile Haus- und Heimärzt:innen auszudehnen, um eine höhere Qualität der medizinischen Versorgung zu gewährleisten. Es gibt jedoch Bedenken, dass sich Hausärzt:innen bedroht fühlen könnten, wenn ihnen Aufgaben und Verantwortlichkeiten abgenommen werden.

### **Ausbau der Zusammenarbeit mit umliegenden Spitälern**

Ein weiterer Ansatz zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern ist die Zusammenarbeit mit umliegenden Spitälern, was die Interviewte I aus eigener Erfahrung bestätigen kann. Das Pflegeheim A plant ebenfalls die Implementierung der ärztlichen Versorgung durch geriatrische Ärzt:innen des nahegelegenen Spitals. Die Geriater:innen werden Visiten im Pflegeheim machen, und zudem ist die Versorgung bei Notfällen über das Spital sichergestellt. Die Medikationen sollen auch durch Spitalapotheker:innen überprüft werden. Die Kooperation stellt gemäss des Befragten A für beide Institutionen eine win-win Situation dar, da das Spital dadurch auch mehr Hausärzt:innen ausbilden kann und Assistenzärzt:innen halten kann.

### **Hausarztpraxis im Pflegeheim**

Ein Pflegeheim vermietet seit kurzem Räumlichkeiten an eine Hausarztpraxis mit mehreren Ärzt:innen, wobei die Idee ist, dass diese Praxis die im Kanton Zürich geforderte Heimarztstätigkeit übernimmt. Durch die Hausarztpraxis soll eine engere Zusammenarbeit entstehen.

## **6. Diskussion**

Im vorliegenden Kapitel werden die Ergebnisse, spezifisch die Vor- und Nachteile der ärztlichen Organisationsmodelle, die Organisation der interdisziplinären Zusammenarbeit, die Arzneimittel- und Notfallversorgung sowie Herausforderungen und Lösungsansätzen, im Zusammenhang mit der Literatur diskutiert. Die Ergebnisse stimmen grösstenteils mit der bestehenden Literatur überein. Anschliessend werden die Forschungsfragen beantwortet. Zusammengefasst sind für eine nutzenorientierte und effiziente ärztliche Versorgung in Schweizer Pflegeheimen regelmässige Arztvisiten, klare Abläufe im Notfall, geriatrische Fortbildungen für das Pflegepersonal und die Ärzteschaft, Kooperationen mit externen Fachärzt:innen und Therapeut:innen sowie der Einsatz von Telemedizin, APNs und regelmässigen Medikationsüberprüfungen entscheidend. Es sollen auch Massnahmen ergriffen werden, um Spitalaufenthalte zu vermeiden. Aufbauend auf der Beantwortung der Forschungsfragen werden Handlungsempfehlungen abgeleitet. Die Pflegeheime sollen die ärztliche Versorgungssituation analysieren. Dafür werden Empfehlungen zur Wahl des Modells abgegeben. Zu guter Letzt soll auch die Politik die ärztliche Versorgung in Schweizer Pflegeheimen genauer untersuchen und Massnahmen ableiten.

### **6.1. Diskussion der Ergebnisse im Zusammenhang mit der Literatur**

#### **6.1.1. Übereinstimmung bezüglich der Vor- und Nachteile der Organisationsmodelle**

Die Interviewpersonen stimmen den in Kapitel 2.2 beschriebenen Vor- und Nachteilen der ärztlichen Organisationsmodelle grösstenteils zu. Den zahlreichen Nachteilen des Hausarztsystems stimmen sie uneingeschränkt zu. Trotzdem gibt es in der Schweiz immer noch mehrere Pflegeheime wie A, E und G, die dieses Modell verwenden. Die Mehrheit der Befragten stimmt der Aussage von Bieri-Brüning (2018) zu, dass das Hausarztsystem den aktuellen Herausforderungen aus Sicht der Pflegeheime nicht gerecht wird. Grundsätzlich sind die Befragten mit den im Kapitel 2.2 genannten Vorteilen des Heimarztsystems und der Notwendigkeit einer geriatrischen Ausbildung für Heimärzt:innen einverstanden. Sie nehmen jedoch den in der Literatur beschriebenen Nachteil der Einschränkung der freien Arztwahl beim Heimarztsystem als weniger bedeutsam wahr. Im Gegensatz zu Landgraf (2017), siehe Kapitel 2.2, zeigt sich in der Praxis, dass nicht alle Pflegeheime am Wochenende oder nachts erreichbare Heimärzt:innen haben. Die Interviewpersonen stimmen den im Kapitel 2.2 beschriebenen Vor- und Nachteilen des Modells der integrierten Hausarztpraxis sowie der Versorgung

durch Spitalärzt:innen zu. In der Langzeitpflege in der Schweiz werden auch mobile Haus- und Heimärzt:innenn eingesetzt, um die ärztliche Versorgung sicherzustellen. Im Vergleich zur Literatur gibt es diesen Ansatz ebenfalls.

### **6.1.2. Organisation der interdisziplinären Zusammenarbeit, der Arzneimittel- und Notfallversorgung**

Die Bedeutung eines effektiven, interdisziplinären Austauschs zwischen Pflegekräften, Ärzt:innen und anderen Fachleuten im Gesundheitswesen, wie im Kapitel 2.4 dargelegt, wird von allen Befragten anerkannt. Es wird deutlich, dass dies beim Hausarztssystem am schwierigsten umzusetzen ist (siehe Kapitel 5.2). Die Interviewpersonen betonen, wie in Kapitel 2.4 beschrieben, dass es eine mangelnde fachärztliche Versorgung in den Bereichen Gynäkologie und Urologie gibt. Im Vergleich dazu zeigt sich, dass die augenärztliche Versorgung entgegen den Erkenntnissen aus der Literatur in der Praxis gut organisiert ist.

Die Interviewpersonen stimmen grösstenteils den in Kapitel 2.5 beschriebenen Abläufen in Notfallsituationen bei den Bewohner:innen zu. Eine Interviewperson, die das Heimarztssystem nutzt, vermutet, wie im Kapitel 2.5 dargelegt, dass eine höhere Präsenz von Ärzt:innen, was im Heimarztssystem gegeben ist, zu einer Reduzierung von Spitaleinweisungen führen kann. Im Vergleich zur Literatur zeigt sich, dass auch der Einsatz eines mobilen Röntgendienstes und eine aktive Präventionsarbeit durch Pflegefachkräfte zu einer Verringerung von Spitaleinweisungen beitragen kann (siehe Kapitel 5.4). Wie in der Literatur in Kapitel 2.5 beschrieben, nutzen auch die befragten Pflegeheime Patientenverfügungen. Sowohl die Ergebnisse als auch die Literatur legen nahe, dass deren Einsatz verstärkt werden sollte (siehe Kapitel 2.5 und Kapitel 5.4).

Grundsätzlich stimmen die Interviewpersonen den im Kapitel 2.6 beschriebenen Verantwortlichkeiten und Aufgaben im Zusammenhang mit der Arzneimittelversorgung zu. Pflegeheime, die Medikamente in verblisterter Form beziehen, erkennen die in Kapitel 2.6 beschriebenen Vorteile dieser Methode. Sie betonen, wie in der Literatur erwähnt, dass eine Schnittstelle zwischen den elektronischen Dokumentationssystemen des Pflegeheims, der Apotheke und des Blisterzentrums von grosser Bedeutung ist. Im Gegensatz zur Literatur geben befragte Pflegeheime ohne maschinelle Verblisterung den grossen Nachteil an, dass sie die Kosten für den Verpackungsprozess selbst tragen müssen. Dieser Nachteil wird in der Literatur nicht behandelt.

Die Herausforderungen der Polymedikation, die in Kapitel 2.6 und 3.1 genannt werden, werden auch von den Befragten wahrgenommen. Es fällt auf, dass dies besonders von Pflegeheimen mit Ärzt:innen, die Selbstdispensation betreiben, als stärker ausgeprägt beschrieben wird. Die Interviewpersonen stimmen mehrheitlich den im Kapitel 2.6 beschriebenen notwendigen Medikationsüberprüfungen zu. Sie unterstreichen wie die Literatur, dass diese Überprüfungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in verschiedenen Abständen stattfinden und es keine Einigkeit darüber gibt. Im Gegensatz zur Literatur (siehe Kapitel 2.6) zeigen die Ergebnisse, dass Apotheker:innen selten an den Medikationsüberprüfungen beteiligt sind, es sei denn, es handelt sich um Pflegeheime, die maschinelle Verblisterung nutzen.

### **6.1.3. Herausforderungen und mögliche Lösungsansätze**

Die Interviewpersonen stimmen den im Kapitel 3 beschriebenen Herausforderungen und Lösungsansätzen grösstenteils zu. Die Befragten betonen, wie in der Literatur, dass der Mangel an Hausärzt:innen in Pflegeheimen ein ernstes Problem für die ärztliche Versorgung darstellt. Alle Interviewpersonen bestätigen die in Kapitel 3.1 beschriebene unzureichende Vergütung der ärztlichen Leistungen in Pflegeheimen. Es zeigt sich, dass dadurch der Fehlanreiz für die Ärzt:innen entsteht, mehr Medikamente als nötig zu verkaufen, um die Heimbefuche trotzdem rentabel zu gestalten. Sowohl die Interviewten als auch die Literatur betonen, dass die medizinische Versorgungssituation der Bewohner:innen in Pflegeheimen schlechter sein kann als die der Gesamtbevölkerung.

Die Mehrheit der Interviewpersonen, insbesondere die mit Hausarztssystem, sind wie im Kapitel 3.2 beschrieben der Ansicht, dass der Einsatz von Ärzt:innen mit geriatrischer Fachausbildung die medizinische Versorgung in Pflegeheimen verbessern könnte.

Der in Kapitel 3.2 als vielversprechend bezeichnete Ansatz der Telegeriatrie findet in der Praxis noch wenig Zuspruch, was auch durch die Theorie bestätigt wird. Die Befragten sprechen von einer technischen Überforderung der Bewohner:innen in Bezug auf die Telegeriatrie, wobei auch im Kapitel 3.2 Sorgen und Ängste im Umgang mit dieser Technologie genannt werden. Einige Befragte bestätigen die Aussagen einer amerikanischen Studie, die im Kapitel 3.2 beschrieben ist, wonach die Nutzung der Telegeriatrie zu einer Reduzierung von Spitaleinweisungen führen könnte. Im Vergleich zur Literatur zeigt sich, dass der Einsatz von Telemedizin zudem das Ärztenetzwerk in Pflegeheimen erweitern kann. Die Interviewpersonen, insbesondere die jüngeren Be-



fragten, erkennen mehrheitlich das Potenzial dieser Technologie und sind mit der Literatur darin einig, dass die Nutzung der Telegeriatrie dazu beitragen könnte, die Versorgungslücke zu schliessen (siehe Kapitel 3.2 und 5.6.3).

Neben der Literatur betonen die Befragten, dass ein gut funktionierendes EPD einen Beitrag zu einer nutzenorientierten und effizienten ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen leisten könnte (siehe Kapitel 3.2 und 5.6.3). Die Befragten wie auch die Literatur unterstreichen, dass der Ärztemangel ein wichtiger Grund für die Anstellung von APNs in Pflegeheimen ist (siehe Kapitel 3.2 und 5.6.3).

## 6.2. Nutzenorientierte und effiziente Organisation der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen

In diesem Unterkapitel wird die Forschungsfrage (siehe Kapitel 1.3) mitsamt der vier Unterfragen beantwortet. In der Tabelle 6 sind zentrale Aspekte einer nutzenorientierten und effizienten ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen zusammengefasst. Die eruierten Aspekte spielen bei allen Modellen (siehe 5.1.1 und 5.1.2) eine wichtige Rolle. Es lässt sich feststellen, dass diese beim Hausarztssystem am schwierigsten umsetzbar sind.

Zentrale Aspekte einer nutzenorientierten und effizienten ärztlichen Versorgung
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmässige Arztvisiten</li> <li>• Fallbesprechungen und Angehörigengespräche mit ärztlichem Fachpersonal</li> <li>• Vereinbarungen zur Erreichbarkeit von hausärztlichem Fachpersonal, besonders auch betreffend geplanter Abwesenheiten</li> <li>• Gemeinsame geriatrische Fortbildungen in Pflegeheimen für pflegerisches und ärztliches Fachpersonal</li> <li>• Vereinbarungen mit ambulanten Praxen betreffend Heimbisuchen</li> <li>• Einbezug der Telegeriatrie</li> <li>• Sicherstellung von Patientenverfügungen</li> <li>• Bezug von Medikamenten über Apotheken oder Blisterzentren</li> <li>• Durchführen von regelmässigen Medikationsüberprüfungen</li> <li>• Einsatz von APNs zur Beratung des Pflegefachpersonals und zur Entlastung von Ärzt:innen</li> </ul>

Tabelle 6: Zentrale Aspekte einer nutzenorientierten und effizienten ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen (eigene Darstellung)

Unabhängig vom Modell sollen regelmässige Visiten durchgeführt werden, entweder in Form von Kardex- oder Bewohnervisitationen (siehe Kapitel 3.2 und 5.2.2). Zudem sollten Ärzt:innen für Fallbesprechungen und gegebenenfalls für Gespräche mit Angehörigen beratend zur Verfügung stehen (siehe Kapitel 3.2 und 5.2.4). Es sollen Vereinbarungen getroffen werden, um eine angemessene Erreichbarkeit der Ärzt:innen während des Tages für pflegerische Fragen sicherzustellen (siehe Kapitel 3.2 und 5.2). Es ist

wichtig, dass die Ärzt:innen Ferienvertretungen organisieren und eine kurze Übergabe einplanen (siehe Kapitel 5.2.1). Um die medizinische Versorgung in Pflegeheimen zu verbessern, sollen regelmässige gemeinsame Fortbildungen zu geriatrischen Krankheitsbildern wie Demenz für das Pflegepersonal und die Ärzteschaft organisiert werden, wobei Ärzt:innen generell über Kenntnisse in der Altersmedizin verfügen sollten (siehe Kapitel 3.2 und 5.2). Um die Zusammenarbeit zwischen der Pflege und den verschiedenen (Haus-)Ärzt:innen zu verbessern, sollen regelmässige Ärztetreffen im Pflegeheim stattfinden (siehe Kapitel 5.2.3). Da spezialisierte Fachkräfte in der Regel in ambulanten Praxen tätig sind und für die Bewohner:innen aufgrund ihrer Immobilität ein Besuch schwierig ist, sollen Pflegeheime bestrebt sein, Kooperationen mit externen Fachleuten einzugehen und Heimbesuche voraussetzen (siehe Kapitel 5.3.1). Dabei sind nach Möglichkeit auch telegeriatische Konsultationen vom Pflegeheim anzustreben. Generell soll Telemedizin auch eingesetzt werden, damit die Pflege bei medizinischen Fragen von der Ärzteschaft beraten wird. Es ist unerlässlich, dass das Pflegeheim klare Abläufe für den Notfall definiert und das Personal entsprechend schult, um Spitalaufenthalte möglichst zu vermeiden. Bei Eintritt in das Pflegeheim sollte das Vorhandensein einer Patientenverfügung für alle Bewohner:innen geklärt werden, und falls keine vorhanden ist, sollte in Zusammenarbeit mit den Bewohner:innen und den Angehörigen eine erstellt werden (siehe Kapitel 3.2). Um möglichen Fehlanreizen der Selbstdispensation von Hausärzt:innen entgegenzuwirken und die Patientensicherheit zu erhöhen, sollen die Medikamente über Apotheken oder Blisterzentren, nach Möglichkeit verblisterter, bezogen werden. Regelmässige Überprüfungen der Medikation in Zusammenarbeit mit allen beteiligten Fachpersonen sind notwendig, um die Gefahren der Polymedikation zu reduzieren (siehe Kapitel 2.6, 3.1 und 5.5). Um die Ärzt:innen in der Versorgung von Bewohner:innen zu entlasten, sollen APNs eine wichtige Rolle in Pflegeheimen einnehmen.

### **6.2.1. Modelle der ärztlichen Versorgung in Schweizer Pflegeheimen**

In der Schweiz werden hauptsächlich die im Kapitel 5.1 beschriebenen fünf verschiedene Modelle angewendet. Das Hausarztssystem ist in der Schweiz vorherrschend und am zweithäufigsten kommt Heimarztssystem zum Zuge. Aufgrund des Hausärztemangels (siehe Kapitel 5.6.1) sind die Pflegeheime auf der Suche nach neuen Organisationsmodellen und es kommen neuartigere Geschäftsmodelle wie zum Beispiel mobile Haus- und Heimarztfirmen, die sich auf die Langzeitpflege spezialisieren, zum Einsatz. Aufgrund von Pensionierungen von Hausärzt:innen entwickeln sich neue Ideen (siehe Kapitel 5.6.3). So wird die Versorgung der Anwohner:innen der Gemeinde inklusive der

Pflegeheimbewohner:innen sichergestellt, indem Heime Flächen für externe Hausarztpraxen vermietet oder gar selbst eine Praxis betrieben wird. Einige Pflegeheime, die sich in der Nähe eines Spitals befinden, arbeiten mit geriatrischen Fach- und Assistenzärzt:innen des Spitals zusammen. Bei allen Modellen abgesehen vom Hausarzt- und Heimarztmodell treten in der Regel Mischformen auf, da das Recht auf freie Arztwahl nicht eingeschränkt wird und neben dem angewendeten Modell noch andere Hausärzt:innen zugelassen werden, wobei dort auch wiederum Nachteile des Hausarztsystems beobachtet werden können (siehe Kapitel 6.2.2).

### 6.2.2. Vor- und Nachteile der Modelle der ärztlichen Versorgung

Alle Modelle weisen grundlegende Vor-, aber auch Nachteile auf (siehe 2.2 und 5.1.2.). Die Wichtigsten sind in der Tabelle 7 zusammengefasst. Je nach Grösse und Standort des Pflegeheims fallen diese mehr oder weniger ins Gewicht. Beispielsweise ist der Nachteil der hohen Personalkosten für kleine Pflegeheime beim Heimarztssystem einiges bedeutender als bei Grossen. Zudem befinden sich nicht alle Pflegeheime in der Nähe eines Spitals, wodurch gewisse Vorteile weniger zum Ausdruck kommen könnten.

Modell	Vorteile	Nachteile
<b>Hausarztsystem</b> Verschiedene Hausärzt:innen (HA) betreuen die Bewohner:innen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhaltung der freien Arztwahl</li> <li>• Langjähriges Vertrauensverhältnis zwischen Bewohner:innen und HA's</li> <li>• Kostengünstigstes Modell für Pflegeheim</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoher Koordinationsaufwand für Pflege</li> <li>• Unregelmässige Visiten</li> <li>• Ungenügende Notfallversorgung</li> <li>• Oft kein spezialisiertes gerontopsychiatrisches Fachwissen</li> <li>• Genereller Mangel an HA</li> <li>• Unzureichende Vergütung der HA</li> </ul>
<b>Heimarztssystem</b> Angestellte oder vertraglich gebundene Heimarzt:innen (Vollzeit oder Teilzeit)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmässige ärztliche Präsenz</li> <li>• Schnelle Notfallversorgung</li> <li>• Interprofessionelle Zusammenarbeit erleichtert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschränkung der freien Arztwahl</li> <li>• Hohe Personalkosten</li> </ul>
<b>Mobile Haus- und Heimarzt:innen</b> Mobile, spezialisierte Ärzt:innen, die verschiedene Pflegeheime betreuen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geriatrisches Fachwissen abrufbar</li> <li>• Gute Erreichbarkeit unter der Woche, da kein Praxisalltag</li> <li>• Regelmässige Visiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kostenintensives Modell</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung der Pflege in medizinischen Belangen</li> </ul>	
<b>Integrierte Hausarztpraxis</b> Fest ins Pflegeheim integriert oder Zweitpraxis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schnelle Notfallversorgung während den Praxisöffnungszeiten</li> <li>• Regelmässige Visiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notfallversorgung in der Nacht und am Wochenende nicht geklärt</li> <li>• Weiterhin verschiedene HA im Heim, da freie Arztwahl sicherzustellen ist</li> </ul>
<b>Spitalversorgung</b> Durch die Ärzt:innen der Geriatrie in einem Spital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmässige Visiten</li> <li>• Geriatriische Fachkenntnisse vorhanden</li> <li>• Notfallversorgung 24/7 gewährleistet</li> <li>• Betreuung bei Spitalaufenthalt durch die gleichen Ärzteteams wie im Pflegeheim</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiterhin verschiedene HA im Heim, da freie Arztwahl sicherzustellen ist</li> </ul>

Tabelle 7: Vor- und Nachteile der verschiedenen Modelle der ärztlichen Versorgung in Schweizer Pflegeheimen (eigene Darstellung)

### 6.2.3. Bedürfnisse hinsichtlich der ärztlichen und pharmazeutischen Versorgung

Das Hauptanliegen der Pflegeheime besteht darin, eine langfristig ausgelegte ärztliche Versorgung sicherzustellen (siehe Kapitel 5.6.2). Pflegeheime legen grossen Wert darauf, dass Ärzt:innen Heimbesuche durchführen und die Anzahl der verschiedenen Hausärzt:innen reduziert werden kann (siehe Kapitel 5.3.1). Des Weiteren ist ihnen ein regelmässiger Erfahrungsaustausch mit der Ärzteschaft wichtig, um schnellere Informationen und Verordnungen von Fachärzt:innen zu erhalten (siehe Kapitel 5.3.1 und 6.2). Zudem wünschen sie, dass Ärzt:innen generell mehr Zeit für Visiten mit den Bewohner:innen haben (siehe Kapitel 5.2.2). Ein weiteres Ziel ist die Polymedikation zu reduzieren und insgesamt die Anzahl der Spitaleinweisungen zu verringern (siehe Kapitel 5.4, 5.5 und 6.1.2).

### 6.2.4. Herausforderungen hinsichtlich der ärztlichen Versorgung

Die grösste Herausforderung für die Schweizer Pflegeheime ist der akute Haus- und Heimarztmangel und die damit verbundenen Unsicherheiten, wie die ärztliche Versorgung langfristig sichergestellt werden könnte (siehe Kapitel 5.6.1 und 6.1.3). Durch die schlechte Vergütung werden zukünftig immer weniger Hausärzt:innen bereit sein Bewohner:innen in Pflegeheimen ärztlich zu betreuen (siehe Kapitel 5.6.2 und 6.1.3). Aufgrund der geringeren Anzahl an Hausärzt:innen werden diese auch einen immer grösseren Patientenstamm in der Praxis betreuen müssen. So besteht die Gefahr, dass

sich die medizinische Versorgung der Heimbewohner:innen zukünftig verschlechtern wird (Kapitel siehe 5.1.2 und 6.1.3).

### **6.3. Handlungsempfehlungen hinsichtlich der ärztlichen Versorgung**

Dieses Kapitel enthält drei Handlungsempfehlungen für Schweizer Pflegeheime, von denen zwei auf die Pflegeheime selbst abzielen und eine an die Politik gerichtet ist. Um die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen zu verbessern, wird empfohlen, dass Heim- und Pflegedienstleitungen ihre Organisation überprüfen und mögliche Ärztemangel-Szenarien analysieren. Es werden verschiedene Modelle vorgeschlagen, wie das Heimarztsystem, mobile Haus- und Heimarztfirmen, integrierte Hausarztpraxen und die Versorgung durch Spitalärzt:innen, die den Anforderungen an eine nutzerorientierte und effiziente ärztliche Versorgung gerecht werden. Aufgrund der heterogenen kantonalen Vorgaben ist es wichtig, dass die Politik die medizinische Versorgung genau untersucht, ärztliche Tarife überprüft und Modellprojekte fördert, um Lösungen zu entwickeln, die die Behandlungsqualität und Lebensqualität der Bewohner:innen verbessern. Die drei Handlungsempfehlungen werden in den folgenden Unterkapiteln detailliert beschrieben.

#### **6.3.1. Überprüfung der ärztlichen Versorgungssituation durch Heim- und Pflegedienstleitung**

Um die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen zu verbessern, sollen die Heim- und Pflegedienstleitungen gemeinsam ihre Organisation sorgfältig überprüfen und entsprechende Massnahmen ergreifen, sei es durch einen Modellwechsel oder Optimierungen an der bestehenden Organisation. Es ist ratsam, frühzeitig zu analysieren, welche Ärzt:innen in Zukunft möglicherweise nicht mehr zur Verfügung stehen. Pflegeheime mit einem Hausarztmodell, das eine Vielzahl verschiedener Hausärzt:innen umfasst, sollen sorgfältig abwägen, ob ihre ärztliche Versorgung ausreichend ist. Es wird empfohlen, dass Pflegeheime sich auf ein oder höchstens zwei Organisationsmodelle konzentrieren, um den Aufwand für die Koordination zu minimieren.

#### **6.3.2. Empfehlungen zur Wahl eines geeigneten Modells zur Optimierung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen**

Es lässt sich kein bestimmtes Modell als beste Wahl für alle Pflegeheime identifizieren. Die Modelle mit Heimarztsystem, mobilen Haus- und Heimarztfirmen sowie einer Ver-

sorgung durch Spitalärzt:innen erfüllen die meisten Anforderungen an eine nutzerorientierte und effiziente ärztliche Versorgung. Besonders hervorzuheben ist bei diesen Modellen, dass in der Regel Ärzt:innen mit geriatrischem und teilweise gerontopsychiatrischem Hintergrund die Bewohner:innen betreuen und die Pflegeheime auch in anderen Bereichen gut beraten können, beispielsweise bei ausgereiften Behandlungskonzepten. Diese Modelle haben zwar auch Nachteile, sind aber klar dem Hausarztmodell vorzuziehen. Das Modell einer integrierten Arztpraxis wird ebenfalls besser bewertet als das Hausarztmodell, hat jedoch auch mit den Herausforderungen des Hausarztmangels zu kämpfen.

Grössere Pflegeheime könnten in Erwägung ziehen, das Heimarztmodell zu nutzen, obwohl dabei gewisse Einschränkungen hinsichtlich der freien Arztwahl in Kauf genommen werden müssten. Durch die Abrechnung ärztlicher Leistungen nach Tarmed können diese Pflegeheime kostendeckend arbeiten oder sogar Gewinne erzielen. Bei kleineren Pflegeheimen besteht die Annahme, dass es schwierig sein könnte, kostendeckend zu arbeiten, jedoch könnte die hohe Präsenz zu einer vermutlich höheren Behandlungsqualität beitragen.

Mobile Haus- und Heimarztfirmen bieten ebenfalls eine sehr gute Lösung, da die freie Arztwahl erhalten bleibt und die haus- und heimärztlichen Tätigkeiten in guter Qualität und Regelmässigkeit sichergestellt werden können. Darüber hinaus können sie die Anzahl verschiedener Hausärzt:innen reduzieren und verschiedene Spezialist:innen aus einer Hand anbieten. Sie fungieren auch als Koordinationsschnittstelle zu anderen Ärzt:innen und setzen sich für eine verbesserte ärztliche Zusammenarbeit ein. Je nach Dienstleistungspalette können sie die Pflegeheime auch bei Projekten zur Arzneimittelversorgung sowie bei weiteren Konzepten unterstützen.

Pflegeheime, die sich in der Nähe eines Spitals befinden, sollen Kooperationen mit dem Spital prüfen, um die Zusammenarbeit zu stärken und Synergien zu nutzen. Dadurch wird sichergestellt, dass Bewohner:innen sowohl im Pflegeheim als auch während eines Spitalaufenthalts gut versorgt sind. Eine Zusammenarbeit mit der Spitalapotheke kann ebenfalls in Betracht gezogen werden, um auch die medikamentöse Behandlung zu vereinheitlichen und die Medikationen auf Wechselwirkungen durch Fachpersonal zu prüfen.

Eine Arztpraxis ins Pflegeheim zu integrieren, kann sich als sinnvoll erweisen, ist jedoch auch mit einem grossen Aufwand verbunden. Wenn sie vom Pflegeheim selbst betrieben wird, benötigt es einige rechtliche Abklärungen, zudem wird es auch dort Schwierigkeiten geben die Stellen zu besetzen. Als Betreiber befindet man sich im

Zwiespalt, da die Versorgung der Bewohner:innen sowie der Anwohner:innen der Gemeinde sichergestellt werden muss. Jedoch kann auf diese Weise einen Beitrag zur Deckung der ärztlichen Versorgung in einer kleineren Gemeinde geleistet werden, die ansonsten grosse Mühe hätte Nachfolger:innen für Hausarztpraxen zu finden.

### **6.3.3. Überprüfung und Weiterentwicklung der politischen Vorgaben zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen**

Die heterogenen Vorgaben auf kantonaler Ebene stellen eine zusätzliche Herausforderung für die ärztliche Versorgung in Schweizer Pflegeheimen dar. Das Fehlen einheitlicher schweizerischer Richtlinien für das Fachwissen der Ärzt:innen, die in Pflegeheimen tätig sind, kann sich negativ auf die Behandlungsqualität und somit auf die Lebensqualität der Bewohner:innen auswirken. Zudem variieren die allgemeinen, kantonalen Vorgaben zur ärztlichen Leitung in Pflegeheimen stark, was zu einem erheblichen Handlungsspielraum führt. Daher ist es notwendig, dass die Politik die medizinische Versorgung in Pflegeheimen genauer untersucht, unzureichende ärztliche Tarife und einen möglichen Tarif für die maschinelle Verblisterung von Medikamenten überprüfen und gegebenenfalls anpassen, sowie Modellprojekte fördern, um zukunftsfähige, für die Gesellschaft tragbare Lösungen zu entwickeln.

## 7. Fazit und Ausblick

Diese Arbeit zielt darauf ab, zentrale Aspekte und Herausforderungen zu identifizieren, die mit einer nutzenorientierten und effizienten Organisation der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen einhergehen. Dazu wurden verschiedene Modelle der ärztlichen Versorgung in Schweizer Pflegeheimen untersucht, ihre Vor- und Nachteile analysiert, die Bedürfnisse der Pflegeheime in Bezug auf ärztliche und pharmazeutische Versorgung ermittelt und die Herausforderungen, mit denen Pflegeheime in Bezug auf die ärztliche Versorgung konfrontiert sind, herausgearbeitet.

Der theoretische Hintergrund wurde mittels einer unsystematischen Literaturrecherche erarbeitet. Zudem wurden Experteninterviews mit neun verschiedenen Pflegeheimen, mit Hilfe eines halbstandardisierten Interviewleitfadens durchgeführt. Die Daten wurden anhand eines Codierleitfadens in der Software MAXQDA codiert.

Aus den Daten geht hervor, dass die folgenden fünf verschiedenen Modelle angewendet werden: Hausarztssystem, Heimarztssystem, mobile Haus- und Heimärzt:innen, integrierte Arztpraxis sowie Spitalversorgung. Alle Modelle weisen Vor-, aber auch Nachteile auf, wobei das Hausarztssystem aus Perspektive der Heimorganisation am schlechtesten bewertet wird. Dies hauptsächlich aufgrund der schlechten Erreichbarkeit und dem ungenügenden Fachwissen. Bei der Zusammenarbeit mit weiteren Spezialist:innen lassen sich keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Modellen feststellen. Generell ist wichtig, dass diese Heimbefuche tätigen. Die fachärztliche Versorgung wird als nicht ausreichend wahrgenommen. Die Nichterreichbarkeit der Ärzt:innen in Notfällen stellt ein grosses Problem dar. Die Arzneimittel werden in der Regel durch Hausärzt:innen, Apotheker:innen oder Blisterzentren geliefert und entweder von der Pflege oder durch Blisterzentren gerichtet. Medikationsüberprüfungen finden mehrheitlich, jedoch in unterschiedlichen Abständen, statt und oftmals nicht durch Apotheker:innen. Die grössten Herausforderungen stellen der Hausärztemangel dar sowie Unsicherheiten, wie die ärztliche Versorgung zukünftig organisiert werden kann. Auch strukturelle Probleme wie zum Beispiel die unzureichende Vergütung der ärztlichen Leistungen im stationären Setting beschäftigen die Pflegeheime stark.

Die Fallstudie weist einige Limitationen auf, darunter eine begrenzte Stichprobe von Pflegeheimen aus der Deutschschweiz sowie der fehlende Einbezug von Kosten und Kennzahlen. Diese Limitationen verringern die externe Validität der Ergebnisse und erschweren den objektiven Vergleich der verschiedenen Modelle der ärztlichen Versorgung. Die Erkenntnisse tragen zur Schliessung der Forschungslücke bei, wobei vertiefte Studien und Kosten-Nutzen-Analysen notwendig sind.



## 7.1. Limitationen dieser Fallstudie

Die Generalisierung der Ergebnisse auf Schweizer Pflegeheime ist nur unter Berücksichtigung untenstehender Limitationen möglich.

Der theoretische Hintergrund basiert auf einer begrenzten Anzahl von Schweizer Studien zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Obwohl auch Literatur aus umliegenden Ländern einbezogen wurde, gibt es wenig aktuelle Forschung zu diesem Thema. Dennoch lässt sich anhand der Ergebnisse der Interviews ableiten, dass die ausländische Literatur auch auf die Situation in der Schweiz übertragbar ist. Für diese Arbeit wurden nur Pflegeheime in der Deutschschweiz, genauer gesagt aus drei Kantonen, befragt. Da das Gesundheitswesen in der Schweiz kantonale Unterschiede aufweist, ist es möglich, dass die Ergebnisse nicht auf das gesamte Land übertragen werden können.

Die Stichprobe ist mit  $n=9$  Pflegeheimen klein, wodurch nur ein bis drei Pflegeheime je Modell einbezogen wurden. Dies erschwert den Vergleich von Gemeinsamkeiten und Unterschieden. Zudem könnten andere neuartige Modelle oder Mischformen in der ärztlichen Versorgung von Pflegeheimen in der Schweiz existieren, die nicht berücksichtigt wurden. Des Weiteren basieren die Beschreibungen des Modells der mobilen Haus- und Heimarzt:innen nur auf den Erfahrungen mit der spezialisierten Unternehmung «Age Medical», da ein Pflegeheim das Interview kurzfristig absagen musste. Weitere mobile Haus- und Heimarztfirmen wurden aufgrund des engen Zeitrahmens zur Datenerhebung nicht berücksichtigt. Dadurch könnten einige Aspekte dieses Modells fehlen. Bei den anderen, neuartigen Modellen wurde nur ein Heim befragt, was die Übertragbarkeit der Ergebnisse erschwert. Aufgrund dieser Limitationen ist die externe Validität eher gering einzuschätzen, da die Ergebnisse nur begrenzt auf Schweizer Pflegeheime übertragbar sind.

Es wäre interessant gewesen, auch die Perspektiven von Ärzt:innen und falls möglich von Apotheker:innen sowie der Bewohner:innen und ihren Angehörigen in die Untersuchung einzubeziehen, um die Gesamtproblematik im Gesundheitswesen umfassender darzustellen. Es besteht auch die Möglichkeit, dass Problemstellungen aus der operativen Sicht des Pflegefachpersonals nicht ausreichend berücksichtigt wurden, da nur Führungskräfte befragt wurden.

Des Weiteren wurden keine Kosten zur ärztlichen Versorgung erhoben, wodurch Vergleiche der verschiedenen Modelle subjektiv sind und unklar bleibt, wie viel Geld die

Pflegeheime für die ärztliche Versorgung ausgeben. Zudem wurde wenig auf Kennzahlen eingegangen, was den objektiven Vergleich der Pflegeheime zusätzlich erschwert. Alle Aussagen der Pflegeheime basieren auf subjektiven Angaben.

Die Datenauswertung wurde ausschliesslich von der Autorin selbst durchgeführt und nicht wie üblich bei qualitativen Studien von mehreren Forscher:innen. Daher kann keine Aussage zur Intercoder-Reliabilität getroffen werden.

Daher ist die Generalisierung der Ergebnisse auf Schweizer Pflegeheime nur begrenzt anwendbar. Für ein umfassendes Verständnis werden weitere Analysen empfohlen.

### **7.2. Weiterer Forschungsbedarf und Ausblick**

Weitere Studien sind erforderlich, um abschliessend beurteilen zu können, wie die ärztliche Versorgung in Schweizer Pflegeheimen nutzenorientiert und effizient organisiert sein sollte. Diese Studien sollten klinische Ergebnisse und Kostenaspekte berücksichtigen.

Im Detail schlägt die Autorin vor, Feldexperimente durchzuführen, um die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen mit dem vorherrschenden Hausarztmodell mit anderen Modellen zu vergleichen. Pflegeheime mit dem Hausarztmodell würden als Kontrollgruppe dienen, während Pflegeheime mit Modellen wie dem Heimarztmodell, der Versorgung durch mobile Haus- und Heimarztfirmen, integrierten Arztpraxen oder einem Spital verschiedene Experimentalgruppen darstellen würden. Die Pflegeheime sollten ähnliche Merkmale aufweisen, um aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen. Das Experiment sollte nicht nur auf qualitativen Befragungen basieren, sondern auch verschiedene klinische Behandlungsergebnisse und finanzielle Aufwände messen. Beispielsweise könnten die Anzahl der Spitaleinweisungen vor und nach dem Experiment sowie zwischen den verschiedenen Modellen verglichen werden, wie dies auch schon Forscher:innen aus anderen Ländern gemacht haben. Finanzielle Aufwände könnten die Kosten für Pflegeheime, Bewohner:innen und insgesamt umfassen. Es wäre wichtig, Kosten und Nutzen in Bezug auf die in dieser Arbeit vorliegende Forschungsfrage gegenüberzustellen. Dieser Forschungsbedarf richtet sich an den Staat, insbesondere an das BAG sowie an die Kantone, welche übergeordnet die medizinische Versorgungsforschung koordinieren und sicherstellen müssen.

Die vorliegende Arbeit betrachtet nur die Perspektive des Pflegeheims. Um ein umfassendes Bild zu erhalten, wird empfohlen, auch alle anderen Beteiligten wie Ärzt:innen, Apotheker:innen, Bewohner:innen und Angehörige nach ihrer Sichtweise auf eine optimale ärztliche Versorgung zu befragen und in die Arbeit einzubeziehen. Es könnte

sein, dass die Bewertung der unterschiedlichen Modelle der ärztlichen Versorgung bei Heimbewohner:innen anders ausfallen.

Es sollte auch die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft, Pflege und Apotheke sowie die Prozesse der Arzneimittelversorgung genauer untersucht werden. Auch hier könnten Feldexperimente nützlich sein, um den Nutzen und die Kosten der maschinellen Verblisterung sowie einer engeren Zusammenarbeit der Berufe in Bezug auf die Patientensicherheit nachzuweisen, da bisher keine Studien dazu existieren. Solche Studien sind jedoch für das BAG von wesentlicher Bedeutung, um beispielsweise die Verblisterung in den Leistungskatalog aufzunehmen und Tarife festzulegen.

Die Forschung zur ärztlichen Versorgung in der Schweiz steht noch am Anfang, aber sie ist ein wichtiges Thema nicht nur für die Politik, sondern auch für die gesamte Bevölkerung, da alle sich im Alter eine angemessene medizinische Versorgung wünschen.

## 8. Literaturverzeichnis

- Bader, A., Auf dem Keller, S., Puteanus, U., & Wessel, T. (2003). Erhalten die Bewohner von Pflegeheimen vor Ort die richtigen Arzneimittel? Zur Qualität beim Stellen von Arzneimitteln in Pflegeheimen. *Das Gesundheitswesen*, 65(4), 236-242. <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-2003-39026.pdf>
- Bell, J. S., Johnell, K., Wimmer B.C. & Wiese, M.D. (2013). Multidose drug dispensing and optimising drug use in older people. *Age and Ageing*, 42, 556-558.
- Berner Fachhochschule (2023). AP Pflege. <https://www.bfh.ch/gesundheit/de/ueber-das-departement-gesundheit/advanced-practice/ap-pflege/>
- Beske, F. (2015). *Perspektiven des Gesundheitswesens*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-48941-3>
- Bieri-Brüning, G. (2018). Ärztliche Versorgung in Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz. <https://www.gerontologieblog.ch/aerztliche-versorgung-in-alters-und-pflegeheimen-in-der-schweiz-2/>
- Bienstein, C., Hallauer, J., Lehr, U. & Rönsch, H. (2005). SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. VINCNETZ NETWORK Marketing Service. <https://docplayer.org/7768209-Saevip-studie-zur-aerztlichen-versorgung-in-pflegeheimen.html>
- Bochsler, H. P. (2006). Heimarzt- oder Belegarztmodell in Pflegeheimen? Wer entscheidet darüber, welches System gilt? *Schweizerische Ärztezeitung*, 87(40), 1739–1741. <https://doi.org/10.4414/bms.2006.12250>
- Bohnet-Joschko, S., & Stahl, T. (2019). Telegeriatrie Modelle: Einblick in die Zukunft der Versorgung, *Pflegezeitschrift*, 72, 50-53. <https://doi.org/10.1007/s41906-018->
- Briggs, R., Holmerová, I., Martin, F. C., & O'Neill, D. (2015). Towards standards of medical care for physicians in nursing homes. *European Geriatric Medicine*, 6 (2015), 401–403. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2015.04.008>
- Brühwiler, L., Fischer, S., Niederhauser, A., & Schwappach, D. (2021). Qualitätsstandards für die sicherere und bewohnerorientierte Medikation in Pflegeheimen. [https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user\\_upload/1\\_Pro-](https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/1_Pro-)

jekte\_und\_Programme/progress\_sichere\_med.\_pflegeheime/Abschlusskommunikation\_30.6.2021/\_final\_QS\_Kurzversion\_Medikation\_in\_Pflegeheimen\_DE\_210426.pdf

Brulhart, M. I., & Wermeille, J. P. (2011). Multidisciplinary medication review: Evaluation of a pharmaceutical care model for nursing homes. *Int J Clin Pharm*, 33, 549–557. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11096-011-9506-1.pdf>

Buchinger, S. M. (2012). Verblisterung in der Altenhilfe – Ein Baustein zur Optimierung der Arbeitsbedingungen: Eine morgens, keine mittags, eine abends. *Pflegezeitschrift*, 65(10), 604–605.

Bundesamt für Statistik (2021). Sozialmedizinische Institutionen: Anzahl Plätze. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alters-pflegeheime.assetdetail.24307670.html>

Bundesamt für Statistik (2022). Beschäftigte in Alters- und Pflegeheimen nach Berufsgruppen und Geschlecht. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alters-pflegeheime.assetdetail.23569691.html>

Bundesamt für Statistik (2023). Sozialmedizinische Institutionen: Anzahl Klienten nach Kanton 1). <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alters-pflegeheime.assetdetail.24307669.html>

Curaviva (2015). Medizinische und therapeutische Versorgung in Alters- und Pflegeinstitutionen. [https://www.curaviva.ch/files/3L4M79U/themendossier\\_medizinische\\_und\\_therapeutische\\_versorgung\\_\\_sammelmappe\\_\\_curaviva\\_schweiz\\_2017.pdf](https://www.curaviva.ch/files/3L4M79U/themendossier_medizinische_und_therapeutische_versorgung__sammelmappe__curaviva_schweiz_2017.pdf)

Curaviva (2015). Rolle der Hausärzte & Heimarzte in der Versorgung der Heimbewohner. [https://www.curaviva.ch/files/H CZ6QGQ/rolle\\_der\\_hausaerzte\\_und\\_heimaerzte\\_in\\_der\\_versorgung\\_der\\_heimbewohnenden\\_\\_publikation\\_\\_curaviva\\_schweiz\\_\\_2015.pdf](https://www.curaviva.ch/files/H CZ6QGQ/rolle_der_hausaerzte_und_heimaerzte_in_der_versorgung_der_heimbewohnenden__publikation__curaviva_schweiz__2015.pdf)

Das Schweizer Parlament (2021). Selbstmedikation Arzneimittel. Wo stehen wir heute? <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20213881>

Fasching, P. (2007). Der Heimarzt – Ein Modell zur Verbesserung der ärztlichen Betreuung in Pflegeheimen. *Ethik in der Medizin*, 2007 (4), 313-3193. <https://doi.org/10.1007/s00481-007-0539-x>

- Felski, M. (2013). Vorteile der Verblisterung. *HeilberufeScience*, 4(1), 4–5. <https://doi.org/10.1007/s16024-012-0144-x>
- Gerring, J. (2007). Case study research: Principles and practices. In *Case study research principles and practices*. Cambridge University Press.
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (4. Auflage). VS Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden.
- Grabowski, D. C., & O'Malley, A. J. (2014). Use Of Telemedicine Can Reduce Hospitalizations Of Nursing Home Residents And Generate Savings For Medicare. *Health Affairs*, 33:2, 244-250. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlt-haff.2013.0922>
- Grafen, J. I. (2017). Faktoren für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeheimmitarbeitern. Technische Universität München. <https://mediatum.ub.tum.de/doc/1380322/1380322.pdf>
- Hendrichs, J., Hövel, G., Lohbreier-Dörr, J., Pardieck, A., & Puteanus, U. (2001). Arzneimittelversorgung in Alten- und Pflegeheimen: Chancen durch zukünftige Versorgungsverträge zwischen Heimen und Apotheken. *Das Gesundheitswesen*, 63(8/9), 514–521. <https://doi.org/10.1055/s-2001-16828>
- Hibbeler, B. (2014). Vereinbarung zu Kooperationsverträgen—Mehr Geld für Arztbesuche im Heim. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 111 (Heft 10), 386.
- Kada, O., Janig, H., Hollerer, A., & Isak, A.-M. (2014). Das Phänomen „vermeidbare Krankenhaustransporte aus Pflegeheimen“. Die Notwendigkeit multiperspektivischer Forschung. Tagungsband. 8. Forschungsforum der österreichischen Fachhochschulen, 129-133. Kufstein.
- Kada, O., Janig, H., Likar, R., Cernic, K., & Pinter, G. (2017). Reducing Avoidable Hospital Transfers From Nursing Homes in Austria: Project Outline and Baseline Results. *Gerontology and Geriatric Medicine*, Volume 3, 1-9. <https://doi.org/10.1177/2333721417696671>
- Kada, O., Janig, H., Pinter, G., Cernic, K. & Likar, R. (2015). Innovationen der Versorgungsoptimierung in Pflegeheimen - Eine Projektübersicht. Tagungsband, 9. Forschungsforum der Österreichischen Fachhochschulen Wegbereiter - Karrierepfade durch ein Fachhochschulstudium. <http://ffhoarep.fh-ooe.at/handle/123456789/407>

- Karsch-Völk, M., Lüssenheide, J., Linde, K., Schmid, E., & Schneider, A. (2015). Entwicklung eines Kriterienkatalogs für eine gelungene ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Volume 109, Issue 8, 570-577. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2015.06.008>
- Kehrel, U. (2015). The acceptance of process innovations in drug supply – An empirical analysis of patient-individualized blister packaging in stationary nursing facilities. *International Journal of Healthcare Management*, 8:1, 58-63. <https://doi.org/10.1179/2047971914Y.0000000085>
- Kleina, T., Horn, A., Suhr, R., & Schaeffer, D. (2015). Zur Entwicklung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Das Gesundheitswesen*, 79(5), 382-387. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1549971>
- Landgraf, I. (2017). Strategien zur Verbesserung der Versorgungssituation in stationären Pflegeeinrichtungen unter besonderer Berücksichtigung der Arzneimittelversorgung und Arzneimitteltherapiesicherheit [Dissertation]. Vivantes Klinikum Neukölln Lehrkrankenhaus der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin. <http://dx.doi.org/10.17169/refubium-9210>
- Loosen, W. (2014). Das Leitfadeninterview – eine unterschätzte Methode. In: Averbek-Lietz, S., Meyen, M. (eds) *Handbuch nicht standardisierte Methoden in der Kommunikationswissenschaft*. Springer VS. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-05723-7\\_9-1](https://doi.org/10.1007/978-3-658-05723-7_9-1)
- Lovink, M. H., Laurant, M. G., van Vught, A. J., Maassen, I., Schoonhoven, L., Persoon, A., & Koopmans, R. T. (2019). Substituting physicians with nurse practitioners, physician assistants or nurses in nursing homes: A realist evaluation case study. *BMJ Open*, 2019;9:e028169. <https://bmjopen.bmj.com/content/9/5/e028169>
- Mayer, H. O. (2013). *Interview und schriftliche Befragung—Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung*. (6. Auflage). Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Mayring, P., & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (633–648). Springer Fachmedien Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4\\_42](https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42)

- Medgate (2023). Telemedizin—Behandlung per Telefon und Video. <https://www.medgate.ch/de-ch/fur-patienten/telemedizin>
- Merçay, C., Grünig, A. & Dolder, P. (2021). Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021. Bestand, Bedarf, Angebot und Massnahmen zur Personalsicherung (Obsan Bericht 03/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Neubauer G. & Voss, P. (2012). VERSORGUNGSQUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT DER PATIENTENINDIVIDUELLER ARZNEIMITTELVERBLISTERUNG – AUSWERTUNG UND BEWERTUNG RELEVANTER STUDIEN. Institut für Gesundheitsökonomik München. <https://blisterverband.de/wp-content/uploads/2021/02/29692.pdf>
- Niederhauser, A., Brühwiler, L. D., Fishman, L., & Schwappach, D. L.B. (2019). Ausgewählte sicherheitsrelevante Medikationsprozesse in Schweizer Alters- und Pflegeheimen: Status quo und Optimierungspotenziale. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 146 (2019), 7-14. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2019.06.005>
- Pellegrini, S., Dutoit, L., Pahud, O. & Dorn, M. (2022). Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. Prognosen bis 2040, Obsan Bericht 03/2022. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
- Riedel, M. (2017). Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Health System Watch, Ausgabe III 2017, 417–432.
- Rohan, A. E. (2014). Appropriate use of dose administration aids. Australian Prescriber, Volume 37: Number 2, 46–50.
- Schippinger, W., Hartinger, G., Hierzer, A., Osprian, I., & Bohnstingl, M., Pilgram E.H. (2012). Mobiler geriatrischer Konsiliardienst für Pflegeheime - Untersuchung der Effektivität eines internistisch-fachärztlichen Konsiliardienstes zur medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2012 (8), 735-741. <https://doi.org/10.1007/s00391-012-0395-2>
- Schols, J., Crebolder, H., & van Weel, C. (2004). Nursing home and nursing home physician: The Dutch experience. Journal of the American Medical Directors Association, Volume 5 Issue 3, 207-212. [https://doi.org/10.1016/S1525-8610\(04\)70116-4](https://doi.org/10.1016/S1525-8610(04)70116-4)



- Sinnemäki, J. (2020). *Automated dose dispensing service for primary care patients and its impact on medication use, quality and safety* [Dissertation]. University of Helsinki.
- Steidl, S., & Nigg, B. (2008). *Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie: Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe* (2. Auflage). facultas.
- Turjamaa, R., Kapanen, S. & Kangasniemi, M. (2020). How smart medication systems are used to support older people's drug regimens: A systematic literature review. *Geriatric Nursing*, 41 (2020), 677-684. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.02.005>
- Uhrhan, T., & Schaefer, M. (2010). Arzneimittelversorgung und Arzneimittelsicherheit in stationären Pflegeeinrichtungen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 53, 451–459. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1053-8>
- Uka, M. (2013). *Ärztliche Versorgung in Altenpflegeheimen* [Bachelorarbeit]. Hochschule Mittweida.
- van den Bussche, H., Schröfel, S.-C., Löschmann, C., & Lübke, N. (2009). Organisationsformen der hausärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland und im benachbarten Ausland, *ZFA Z Allg Med*, 85(7), 296–301.
- van den Bussche, H., Weyerer, S., Schäufele, M., Lübke, N., Schröfel, S.-C., & Dietzsche, S. (2009). Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland – Eine kritische Würdigung der vorliegenden Studie. *ZFA*, 240-246. <https://doi.org/10.3238/zfa.2009.0240>
- Wekre, L.J., Melby, L., Grimsmo, A. (2011). Early experiences with the multidose drug dispensing system – A matter of trust? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2011 (29), 45-50.

## 9. Anhang

### 9.1. Interviewleitfaden

#### Einstieg

- Begrüssung und Dank für Bereitschaft
- Vorstellung Forschungsfrage und Ziel der Masterarbeit:  
*Forschungsfrage: Was sind zentrale Aspekte und Herausforderungen einer nutzenorientierten und effizienten Organisation der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen?*  
*Ziel: Die verschiedenen Modelle der ärztlichen Versorgung sowie aktuelle und zukünftige Herausforderungen in der ärztlichen Versorgung in Schweizer Pflegeheimen werden beschrieben, einander gegenübergestellt und analysiert. Dadurch werden zentrale Aspekte und Herausforderungen einer nutzenorientierten und effizienten Organisation der ärztlichen Versorgung in Schweizer Pflegeheime eruiert.*
- Kurzer Beschrieb des Interviewablaufs (Aufbau, Dauer ca. 1 h)
- Vertraulichkeit der Daten (anonymisiert in Masterarbeit und Vertraulichkeitserklärung der Studentin)
- Anfrage für Audioaufnahme

#### A. Allgemeine Infos zum Pflegeheim

- Funktion des Interviewpartners im Betrieb und Bezug zum Interviewthema
- Betrieb inklusive Rechtsform
- Lage der Einrichtung (Land, Kleinstadt, Grossstadt) inklusive Kanton
- Ø Anzahl Bewohner:innen oder Anz. Plätze Langzeitaufenthalt
- Ø Alter der Bewohner:innen
- Pflegepersonal in VZÄ

#### B. Modell der ärztlichen Versorgung

##### Einstieg

- **Wie ist die ärztliche Versorgung in Ihrem Pflegeheim geregelt?**

##### Bedürfnisse & Beurteilung

- Welche Vor- und/oder Nachteile sehen Sie dabei?

##### Organisation und Aufgaben

- Anzahl der verschiedenen Haus-/Heimärzt:innen, die Bewohner:innen betreuen?  
*[in VZÄ sowie in Köpfen]*
  - Bei Heimärzt:innen: Zu welchen Pensen sind diese angestellt?
- Wo ist der/die Ärzt:in organisatorisch im Pflegeheim angesiedelt? Wem ist der/die Ärzt:in unterstellt?
- Welche Aufgaben hat der/die Haus-/Heimärzt:in?

## Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen und Pflege

- **Beschreiben Sie wie die Visite der Ärzt:innen abläuft.**
  - Wie oft finden Visiten statt?
  - Zu festen Terminen, nur nach Absprache oder beides?
  - Wird der/die behandelnde Ärzt:in durch eine Pflegefachkraft begleitet?
  - Wie erfolgt der Informationsfluss von dem/der Ärzt:in zum/zur Bewohner:in sowie zur Pflege sowie zu Angehörigen?
  - Wie erfolgt die Dokumentation der Patientengeschichte (durch die Pflege) im Pflegeheim?
- Gibt es gemeinsame Fallbesprechungen?
- **Wie erfolgen Absprachen zwischen Ärzt:innen und Pflege?**
- Bei welchen Themen zur medizinischen Versorgung erhält der/die Ärzt:in ein Mitspracherecht und wie gross ist dieses?

### Bedürfnisse & Beurteilung

- Was läuft bei den Visiten gut und was läuft weniger gut?
- Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtung (Direktion, Pflegedienstleitung und Pflegefachkräfte) und den betreuenden Ärzt:innen?
- Was braucht es, damit die Kommunikation zwischen Ärzt:innen und Pflege gut funktioniert?

## Notfallversorgung

- **Denken Sie an einen medizinische Notfallsituation eines Bewohnenden zurück. Wie lief die Notfallversorgung ab? Schildern Sie ein Beispiel.**
- Wie läuft es ab, wenn der Notfall weniger gravierend ist und kein Rettungswagen aufgeboden werden muss?
- Wie ist die Versorgung der Bewohner:innen in Notfallsituationen generell geregelt?
  - Tagsüber
  - In der Nacht
  - Bei Abwesenheiten der Ärzt:in (z.B. bei Ferien, Krankheit, Unfall etc.)

### Bedürfnisse & Beurteilung

- Wie beurteilen Sie die Erreichbarkeit der Ärzt:innen im Notfall sowie die Bereitschaft zu einem spontanen Besuch im Pflegeheim im Bedarfsfall?

## Arzneimittelversorgung

- **Wie ist die Versorgung Ihrer Bewohner:innen mit Medikamenten organisiert?**
  - Beschreiben Sie die Zusammenarbeit zwischen den Ärzt:innen, der Apotheker:innen und der Pflege.
  - Welche Aufgaben hat der/die Ärzt:in? Welche Aufgaben hat der/die Apotheker:in?
  - Gibt es eine periodische Medikationsüberprüfung?
  - Welche Massnahmen zur Patientensicherheit werden umgesetzt?

### Bedürfnisse & Beurteilung

- Was funktioniert gut? Was funktioniert weniger gut?
  - Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen, der Apotheker:innen und der Pflege?

- Gibt es noch Bedürfnisse und Wünsche betreffend die Arzneimittelversorgung?

### **Zusammenarbeit mit weiterem Gesundheitspersonal**

- **Wie läuft die medizinische Versorgung Ihrer Bewohner:innen durch Spezialist:innen und Therapeut:innen ab ab? Z.B. mit Zahnärzt:innen, Augenärzt:innen, Akustiker:innen, HNO Ärzt:innen, Dermatolog:innen, Neurolog:innen und Spezialisten der Frauen- und Männerheilkunde, Gerontopsychiater:innen, Psycholog:innen, Therapeut:innen wie Ergotherapie, Physiotherapie, Psychotherapeut:innen.**
  - Erfolgt die Behandlung im Pflegeheim oder in der Praxis?
- Gibt es einen interdisziplinären Austausch zwischen der Ärzteschaft, der Pflege und weiterem Gesundheitspersonal? Wer ist dabei und wie oft findet dieser statt?

### **Bedürfnisse & Beurteilung**

- Was funktioniert gut bei der Versorgung durch weiteres Gesundheitspersonal? Was funktioniert weniger gut?

### **Verträge & Entlohnung**

- **Hat das Pflegeheim Verträge zur ärztlichen Versorgung abgeschlossen?**
  - Falls ja, wer ist Vertragspartner und was wird im Groben vertraglich geregelt?
  - Falls nein, wie ist die Zusammenarbeit zwischen Pflegeheim und Ärzteschaft geregelt?
- **Welche ärztlichen Tätigkeiten (wie z.B. interdisziplinärer Austausch) werden den Ärzt:innen zusätzlich zum ambulant abrechenbaren Tarif (Tarmed) vergütet?**
  - Wie setzen sich diese zusätzlichen Vergütungen zusammen?
  - Falls es keine zusätzlichen Vergütungen gibt, erbringt der/die Ärzt:in dennoch Leistungen in Abwesenheit der Bewohner:innen?
    - Wenn ja, welche?

### **Bedürfnisse & Beurteilung**

- Wie beurteilen Sie die Entlohnung der Ärzt:innen in Pflegeheimen?
- Was halten Sie von der Anwendung des ambulanten Tarifs (Tarmed) bei der Betreuung von stationären Bewohner:innen?

### **Qualität**

- **Welche Qualitätskennzahlen werden neben den medizinischen Qualitätsindikatoren im Bereich der medizinischen Versorgung ausgewertet?**
  - Anzahl Spitaleinweisungen pro Jahr?

### **Bedürfnisse & Beurteilung**

- Wie gut kennen die Ärzt:innen Ihre Bewohner:innen und deren Besonderheiten/Krankheiten?
- Haben die Ärzt:innen genügend Zeit für Ihre Bewohner:innen?
  - Falls nein, wo sehen Sie Defizite/Unterversorgung in der ärztlichen Versorgung?
- Beziehen die Ärzt:innen Wünsche, Bedürfnisse und die Lebenssituation der Bewohner:innen in den Behandlungsprozess mit ein?

- Treten Schwierigkeiten in der Betreuung der Bewohner:innen auf, wenn diese von vielen unterschiedliche Ärzt:innen betreut werden? Wenn ja, welche?
- Gibt es noch Bedürfnisse und Wünsche betreffend die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen, über die wir noch nicht gesprochen haben? Zum Beispiel an die Politik?

### **C. Herausforderungen in der ärztlichen Versorgung**

- **Vor welchen aktuellen und zukünftigen Herausforderungen stehen die Pflegeheime hinsichtlich der ärztlichen und pharmazeutischen Versorgung?**
  - Der Hausarztmangel ist omnipräsent. Welche Auswirkungen hat dieser aktuell und zukünftig für Ihr Pflegeheim?
  - Erachten Sie den Einsatz der neueren Berufsgruppe «Advanced Practice Nurse» (APN) in Pflegeheimen als sinnvoll?
    - Falls ja, aus welchen Gründen?
  - Haben Sie im Betrieb Advanced Practice Nurses (APN) angestellt und falls ja, wie viele? [Anz. VZÄ]
- Wo sehen Sie in der Zukunft Chancen, um die ärztliche und pharmazeutische Versorgung in Ihrem Pflegeheim zu optimieren?
- Welche digitalen Technologien und Innovationen nutzen Sie oder die zuständigen Ärzt:innen bereits?
- Welche bestehenden oder zukünftigen digitale Technologien und Innovationen können aus Ihrer Sicht zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung Ihrer Bewohner:innen beitragen?
  - Wie beurteilen Sie den Einsatz von Telemedizin bei Ihren Bewohner:innen?
- Was muss sich ändern, um (auch) in Zukunft eine bedarfsgerechte ärztliche Versorgung sicherzustellen zu können?
- Gibt es bereits geplante Vorhaben oder Projekte in Ihrem Pflegeheim, um die ärztliche Versorgung zu verbessern? Wenn ja, welche?

### **D. Abschluss**

- Gibt es noch einen Punkt, der noch nicht angesprochen wurde? Haben Sie noch eine Bemerkung?
- Wie lange arbeiten Sie schon im Pflegeheim?

-End of Record-

### **Rückblick**

- Kurze Zusammenfassung des Interviews
- Bedankung

### **Ausblick**

- Information über das weitere Vorgehen
- Angebot, die Masterarbeit digital zur Verfügung zu stellen
- Verabschiedung

## **9.2. Vertraulichkeitserklärung**

Die Studierende der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften erhält im Zusammenhang mit der Erstellung der Masterarbeit «Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen - Zentrale Aspekte und Herausforderungen für eine nutzenorientierte und effiziente Versorgung» Zugang zu vertraulichen Informationen der Pflegeheime. Die Studierende wird diese Informationen streng vertraulich behandeln und darf die Informationen ausschliesslich im Rahmen der Masterarbeit verwenden.

Die Informationen werden in anonymisierter Form für die Masterarbeit verwendet. Falls der Interviewpartner/die Interviewpartnerin einer Audioaufnahme des Interviews zustimmt, wird nur die Studierende die Aufnahme hören und diese nach Fertigstellung der Masterarbeit vernichten. Auch mögliche Veröffentlichungen werden nur anonymisierte Daten enthalten.

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Freienstein, 05.06.2023

Melanie Mäder



Studierende in MSc. Business Administration  
Major Health Economics and Health Care Management