

Swiss Learning  
Health System

# Ambulante Versorgung 2040: Was sich Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen wünschen

Sophie Karoline Brandt, Stefan Essig, Andreas Balthasar

Policy Brief **#17**

## Schlüsselwörter

Ambulante Grundversorgung, Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen, Präferenzen, zukünftige Arbeit

## Autor/in

**Sophie Karoline Brandt, MSc, Doktorandin** - Fakultät für Gesundheitswissenschaften und Medizin, Universität Luzern, Schweiz

**Stefan Essig, Dr. med., Dr. phil.** - Fakultät für Gesundheitswissenschaften und Medizin, Universität Luzern, Schweiz, Interface Politikstudien Forschung Beratung AG, Luzern, Schweiz

**Andreas Balthasar, Prof. Dr.** - Fakultät für Gesundheitswissenschaften und Medizin, Universität Luzern, Schweiz

## Korrespondenzadresse

Sophie Karoline Brandt

Frohburgstrasse 3

Postfach

6002 Luzern

E-Mail: [sophie.brandt@doz.unilu.ch](mailto:sophie.brandt@doz.unilu.ch), [sophie.brandt@bfh.ch](mailto:sophie.brandt@bfh.ch)

## Vorgeschlagene Zitierung

Der Text dieses Policy Briefs darf frei zitiert und gedruckt werden, sofern er entsprechend gekennzeichnet wird.

Brandt, Sophie Karoline; Essig, Stefan; Balthasar, Andreas (2024). Ambulante Versorgung 2040: Was sich Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen wünschen. Swiss Learning Health System, Luzern.

## Inhaltsverzeichnis

Policy Briefs und Stakeholder-Dialoge des Swiss Learning Health Systems.....	4
Kernaussagen.....	5
Hintergrund und Kontext.....	7
Herausforderung.....	8
Resultate.....	9
Empfehlungen .....	11
Empfehlung 1: Nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal die Übernahme der Verantwortung für den Erstkontakt ermöglichen.....	11
Empfehlung 2: Auch nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal die Verantwortung für Behandlungspläne übertragen.....	12
Empfehlung 3: Vermehrt Möglichkeiten zur interprofessionellen Zusammenarbeit schaffen.....	13
Empfehlung 4: Gesundheitsnetzwerke und Gesundheitszentren als Organisationsformen der ambulanten Grundversorgung fördern.....	14
Empfehlung 5: Die Bereitschaft von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen nutzen, sich vermehrt zugunsten von Gesundheitsförderung und Prävention zu engagieren.....	15
Empfehlung 6: Die ausgeprägt hohe Einschätzung der Innovationsfähigkeit der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen nutzen. ....	16
Empfehlung 7: Das Interesse von Apothekerinnen und Apotheker an einer aktiveren Rolle in der künftigen ambulanten Grundversorgung gezielt nutzen.....	17
Danksagung.....	18
Referenzen.....	19

## Policy Briefs und Stakeholder-Einbezug des Swiss Learning Health Systems

Das Swiss Learning Health System (SLHS) wurde 2017 als schweizweites Projekt gegründet. Eines seiner wichtigsten Ziele ist es, eine Brücke zwischen Forschung, Politik und Praxis zu schlagen. Dazu wird eine Infrastruktur bereitgestellt, um Lernzyklen zu unterstützen.

Lernzyklen ermöglichen die laufende Integration von Evidenz in Politik und Praxis durch:

- die kontinuierliche Identifizierung von Problemen und Fragestellungen, die für das Gesundheitssystem relevant sind,
- die Zusammenfassung und Bereitstellung relevanter Evidenz aus der Forschung, und
- das Aufzeigen potenzieller Lösungsvorschläge und Vorgehensweisen.

Die Schlüsselemente der Lernzyklen im SLHS beinhalten u.a. die Entwicklung von **Policy Briefs**.

Ein **Policy Brief** beschreibt das jeweilige Problem oder die jeweilige Fragestellung, indem er die relevanten Kontextfaktoren erläutert und eine Reihe von (evidenzinformierten) Lösungsansätzen oder Empfehlungen beschreibt. Für jeden möglichen Lösungsansatz oder jede Empfehlung beschreibt der Policy Brief relevante Aspekte und potenzielle Barrieren und Erfolgsfaktoren für die Umsetzung.

Der vorliegende Policy Brief basiert auf den Ergebnissen einer Befragung unterschiedlicher Gruppen von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen. Diese wurde in engem Austausch mit einer Begleitgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern des Bundesamts für Gesundheit (BAG), des Competence Network for Health Workforce (CNHW), von Curafutura, des Berufsverbands der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan), der Nationalen Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdaSanté), des Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK-ASI), von Spitex Schweiz, des Schweizerischen Apothekerverbandes (pharmaSuisse), der Pharmaceutical Care Research Group der Universität Basel, der Swiss Young Pharmacists Group und des Zentrums für Hausarztmedizin & Community Care der Universität Luzern vorbereitet, durchgeführt und ausgewertet.

# Kernaussagen

## *Hintergrund und Kontext*

Ein entscheidender Faktor für die nachhaltige Weiterentwicklung der ambulanten Gesundheitsversorgung sind die Präferenzen der darin tätigen Fachpersonen. Ihre Arbeit soll attraktiver gestaltet und an ihren Bedürfnissen ausgerichtet werden, damit sie möglichst engagiert und lange im Beruf aktiv bleiben. Heute fehlen jedoch vertiefte Kenntnisse darüber, welche Präferenzen diese Fachpersonen hinsichtlich der zukünftigen ambulanten Grundversorgung haben. Hier setzt der vorliegende Policy-Brief an. Er fasst die Ergebnisse einer erstmaligen Erhebung zu diesem Thema unter mehr als 4000 Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen und Apothekern, medizinischen Praxisfachpersonen, Mitarbeitenden der Pflege und Physiotherapeutinnen und -therapeuten zusammen.

## *Resultate*

- Die Befragten zeigen eine hohe bis sehr hohe Bereitschaft, vermehrt gesundheitsfördernd und präventiv zu arbeiten.
- Die Befragten zeigen mehrheitlich eine hohe Bereitschaft, vermehrt interprofessionell zusammenzuarbeiten.
- Die Befragten schätzen ihre individuelle Innovationsfähigkeit als hoch ein.
- Für ein untersuchtes Fallbeispiel einer Patientin mit sowohl chronischen als auch akuten Beschwerden favorisieren Befragte aller Berufsgruppen ein Versorgungsmodell, in dem eine Fachperson der jeweils eigenen Berufsgruppe die Verantwortung für den Erstkontakt und für den Behandlungsplan übernimmt.

## *Empfehlungen*

- Nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal die Übernahme der Verantwortung für den Erstkontakt ermöglichen.
- Auch nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal die Verantwortung für Behandlungspläne übertragen.
- Vermehrt Möglichkeiten zur interprofessionellen Zusammenarbeit schaffen.
- Gesundheitsnetzwerke und Gesundheitszentren als Organisationsformen der ambulanten Grundversorgung fördern.
- Die Bereitschaft von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen nutzen, sich vermehrt zugunsten von Gesundheitsförderung und Prävention zu engagieren.
- Die ausgeprägt hohe Einschätzung der Innovationsfähigkeit der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen nutzen.
- Das Interesse von Apothekerinnen und Apotheker an einer aktiveren Rolle in der künftigen ambulanten Grundversorgung gezielt nutzen.

## *Umsetzungsvorschläge*

- Pilotprojekte von Versicherern und Leistungserbringenden ermöglichen, um die Ausgestaltung des Erstkontakts unter Einbezug von nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal zu erproben sowie Chancen und Grenzen der Optionen zu präzisieren.
- Pilotprojekte von Versicherern und Leistungserbringenden zur Erprobung erweiterter Kompetenzen von nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal ermöglichen.

- Die interprofessionelle Zusammenarbeit zur Steigerung der Attraktivität der Berufe und der Tätigkeit in der ambulanten Grundversorgung weiter fördern.
- Das bestehende Engagement von jenen Kantonen und Gemeinden unterstützen, die beispielsweise die ambulante Grundversorgung in peripheren Regionen sicherstellen wollen.
- Aktivitäten in Gesundheitsförderung und Prävention mit gezielten Massnahmen verstärken.
- Fachpersonen aller befragten Medizinal- und Gesundheitsberufe einen einfachen Zugang zu Förderangeboten ermöglichen, die der Umsetzung innovativer Entwicklungsideen dienen.
- Das Vertrauen in die Kompetenzen von Apothekerinnen und Apothekern im Berufsumfeld stärken, um deren Potenzial als Teil der ambulanten Grundversorgung zu nutzen.

Zu den Hindernissen bei der Umsetzung gehören:

- Interprofessionelle Zusammenarbeit wird mit dem aktuell gültigen Tarifsystem nicht genügend abgegolten.
- Versicherte müssen sich heute für eine besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringenden entscheiden, wenn ihnen interprofessionelle Zusammenarbeit besonders wichtig ist.
- Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen, die einer Erweiterung des Aufgabenspektrums gegenüber offen eingestellt sind, haben dafür oft schlicht keine Zeit. Ein wichtiger Grund dafür ist der Fachkräftemangel.

Bereits heute gibt es Anknüpfungspunkte für die Umsetzung der Empfehlungen:

- Es gibt Gefässe, wie die Vereinigung der Jungen Haus- und KinderärztInnen Schweiz JHaS oder der Verband der Schweizer Medizinstudierenden swimsa, die es auch jungen Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen ermöglichen, sich aktiv für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu engagieren.
- In Gesundheitszentren und Gesundheitsnetzwerken erhalten Patientinnen und Patienten leichten Zugang zu einer umfassenden, interprofessionellen und interdisziplinären Beratung und zu entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten.
- Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen können in Gesundheitszentren und Gesundheitsnetzwerken schon jetzt von einem Job Enrichment profitieren.

## Hintergrund und Kontext

Die ambulante Grundversorgung nimmt in der medizinischen Versorgung eine sehr wichtige Rolle ein. Mit Blick in die Zukunft zeichnet sich jedoch die Notwendigkeit substanzieller Veränderungen ab. Der Fachkräftemangel, der zunehmende Pflege- und Therapieaufwand der älter werdenden Bevölkerung bei gleichzeitigem Kostendruck und beschleunigter digitaler Transformation sind bedeutende Ursachen dafür. In der Notwendigkeit von Veränderungen liegen auch Chancen: So können beispielsweise neue Versorgungsmodelle den zunehmenden und sich laufend verändernden Bedarf an Versorgungsleistungen decken. Dabei ist es wichtig, die Einstellungen und Präferenzen der darin tätigen Fachpersonen zu kennen, damit die Arbeit in der ambulanten Grundversorgung auch langfristig attraktiv bleibt.

Hier setzt die vorliegende Studie an: Erstmals wurden die Einstellungen und die Präferenzen der fünf grössten Berufsgruppen des Schweizer Medizinal- und Gesundheitspersonals im Hinblick auf die zukünftige ambulante Grundversorgung umfassend erhoben. Insgesamt mehr als 4000 Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, medizinische Praxisfachpersonen, Mitarbeitende der Pflege und Physiotherapeutinnen und -therapeuten wurden online befragt. Den Zugang stellten Berufs- und Fachverbände, Apotheken- und Praxisnetzwerke, Interessensgemeinschaften, interprofessionelle Organisationen sowie Ausbildungs- und Forschungsinstitutionen der fünf Berufsgruppen sicher. In den Fragebogen wurde ein Discrete-Choice-Experiment (DCE) integriert. Diese Methodik ist für die untersuchungsleitende Fragestellung besonders geeignet, weil bei der Entwicklung von neuen Versorgungsmodellen viele verschiedene Merkmale beachtet werden müssen. Dabei ist es notwendig, unterschiedliche Merkmale gegeneinander abzuwägen. DCE ermöglichen dies und bilden somit die Realität mehrdimensionaler Entscheidungen besonders gut ab [2–4]. Die Studie wurde im Rahmen des universitären Forschungsprojekts «Health2040» von Mitarbeitenden der Universität Luzern und von Interface Politikstudien Forschung Beratung AG realisiert.

Im Zentrum der Studie standen folgende Fragen:

- Frage 1: Inwiefern sind Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen bereit, sich in ihrer täglichen Praxis stärker auf Gesundheitsförderung und Prävention zu fokussieren?
- Frage 2: Inwiefern sind Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen bereit, Verantwortung bei der Entscheidungsfindung in der ambulanten Grundversorgung ihrer Patientinnen und Patienten zu übernehmen oder abzugeben, und inwiefern sind sie bereit, interprofessionell zusammenzuarbeiten?
- Frage 3: Als wie innovationsfähig erachten sich Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen?
- Frage 4: Welche Präferenzen haben Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen hinsichtlich der Ausgestaltung der Verantwortlichkeiten bezüglich Erstkontakt, Entwicklung und Umsetzung von Behandlungsplänen sowie der Art der Entscheidungsfindung und der Organisationsform in der ambulanten Grundversorgung?

Bei der Beantwortung dieser Fragen wurden Unterschiede zwischen den Berufsgruppen, der Ausbildung, der Berufserfahrung sowie demografischen Charakteristiken der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen berücksichtigt. Die Tatsache, dass sich über 4000 Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen an der Befragung beteiligt haben, lässt breit abgestützte Erkenntnisse zu.

## Herausforderung

Bund, Kantone, Forschende sowie verschiedene Organisationen der Leistungserbringenden beschäftigen sich seit vielen Jahren mit neuen Formen der Leistungserbringung. Das Potenzial neuer Leitideen für die Gesundheitsversorgung war bereits 2012 Gegenstand von Diskussionen einer Arbeitsgruppe der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Die Gruppe identifizierte Leitideen als allgemeine Grundlage neuer Versorgungsmodelle [1]. Medizinisch und pflegerisch notwendige sowie sich am Bedarf der Patientinnen und Patienten orientierende Leistungen sollen im geeigneten Setting und von geeigneten Leistungserbringenden erbracht werden. Neue Versorgungsmodelle sollen neben Verbesserungen in der Zusammenarbeit auch die Arbeits- und Kompetenzverteilung, den sogenannten Skill-Mix, zwischen den Berufsgruppen optimieren [1]. Dies verlangt nach erweiterten Kompetenzen und der Bereitschaft der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen, neue Modelle zu implementieren. Doch auch die Präferenzen der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen sind für die zukünftige Ausgestaltung der ambulanten Grundversorgung entscheidend. Ihre Arbeit soll attraktiver gestaltet und an ihren Bedürfnissen ausgerichtet werden [1,5].

Bisher fehlten jedoch vertiefte Kenntnisse darüber, welche Präferenzen die Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen hinsichtlich der zukünftigen ambulanten Grundversorgung haben und welche Arbeitsbedingungen sie als attraktiv erachten [6]. Ihre Bereitschaft, in der täglichen Praxis vermehrt gesundheitsfördernd, präventiv und interprofessionell zu arbeiten, wurde in der Schweiz ebenso wenig untersucht wie ihre Offenheit, die Verteilung der Verantwortung unter den Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen zu überdenken. Über das Ausmass der Einschätzung der Innovationsfähigkeit von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen ist bislang wenig bekannt. Um erfolgreiche Versorgungsmodelle zu entwickeln, die eine optimale Versorgung sichern und den Ansprüchen der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen an eine attraktive Arbeitsgestaltung entsprechen, sind vertiefte Informationen zu deren Einstellungen und Präferenzen bezüglich der Ausgestaltung zukünftiger Versorgungsmodelle ambulanter Grundversorgung notwendig.

## Resultate der Umfrage

### Frage 1: Inwiefern sind Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen bereit, sich in ihrer täglichen Praxis stärker auf Gesundheitsförderung und Prävention zu fokussieren?

Die Befragten sehen Gesundheitsförderung und Prävention mehrheitlich als eine ihrer Aufgaben an. Bei allen Berufsgruppen zeigt sich eine hohe bis sehr hohe Bereitschaft, vermehrt gesundheitsfördernd und präventiv zu arbeiten. Sehr hoch ist diese Bereitschaft insbesondere bei Mitarbeitenden der Pflege und den Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Etwas weniger hoch ist die Bereitschaft bei Ärztinnen und Ärzten. Es lässt sich vermuten, dass dies mit dem stark kurativ geprägten Ausbildungs- und Berufsverständnis in der Medizin und mit den darauf ausgerichteten Finanzierungssystemen zur ärztlichen Leistungsvergütung zusammenhängt. Die Befragten zeigen sich interessiert an einer stärkeren Übertragung der Anliegen von Gesundheitsförderung und der Prävention an nicht-ärztliches Gesundheitspersonal.

### Frage 2: Inwiefern sind die Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen bereit, Verantwortung bei der Entscheidungsfindung zur ambulanten Grundversorgung ihrer Patientinnen und Patienten zu übernehmen oder abzugeben und interprofessionell zusammenzuarbeiten?

Die befragten Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen zeigen mehrheitlich eine hohe Bereitschaft, vermehrt interprofessionell zusammenzuarbeiten. Die dafür wichtige Voraussetzung, mehr Verantwortung bei der Entscheidungsfindung zur ambulanten Grundversorgung ihrer Patientinnen und Patienten übernehmen und abgeben zu wollen, ist mehrheitlich gegeben. Besonders die befragten Apothekerinnen und Apotheker, Mitarbeitenden der Pflege und Physiotherapeutinnen und -therapeuten sind der Ansicht, dass sie über das notwendige Wissen und die notwendige Erfahrung verfügen, um mehr Verantwortung zu übernehmen.

Die Studie weist auf grössere Unterschiede zwischen den Berufsgruppen hin. Zwischen rund 75% (Ärztinnen und Ärzte sowie medizinisches Praxispersonal) und 90% (Apothekerinnen und Apotheker) der Befragten beurteilen ihre Bereitschaft, interprofessionell zusammenzuarbeiten, als hoch oder als sehr hoch. Besonders offen zeigen sich diesbezüglich die Mitarbeitenden der Pflege, die Physiotherapeutinnen und -therapeuten und die Apothekerinnen und Apotheker.

### Frage 3: Als wie innovationsfähig erachten sich Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen?

Die Studie hat die individuelle Innovationsfähigkeit der befragten Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen mittels eines verkürzten, in der Forschung häufig genutzten validierten Fragebogens erhoben [7–9]. Dabei zeigt sich, dass die selbst wahrgenommene Innovationsfähigkeit insgesamt als hoch beurteilt wird. Im Vergleich mit den anderen Berufsgruppen schätzen Mitarbeitende der Pflege ihre individuelle Innovationsfähigkeit am höchsten ein. Die Mittelwerte zwischen den Berufsgruppen unterscheiden sich auf einer breiten Skala jedoch nur wenig. Es fällt auf, dass die Mittelwerte der Einschätzung der Innovationsfähigkeit von Ärztinnen und Ärzten mit zunehmendem Alter abnehmen, während sie bei den anderen Berufsgruppen gleichbleiben oder eher zunehmen. Hierfür sind verschiedene Gründe denkbar: Es könnte sein, dass der Innovationsdruck auf ältere Ärztinnen und Ärzte generell weniger hoch ist als auf Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen der anderen Berufsgruppen der gleichen Altersgruppe.

#### Frage 4: Welche Präferenzen haben die Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen hinsichtlich der Ausgestaltung der Verantwortlichkeiten, der Art der Entscheidungsfindung und der Organisationsform in der ambulanten Grundversorgung?

Für ein untersuchtes Fallbeispiel einer Patientin mit sowohl chronischen als auch akuten Beschwerden favorisieren die Befragten aller Berufsgruppen in der Regel ein Versorgungsmodell, in dem eine Fachperson der jeweils eigenen Berufsgruppe die Verantwortung für den Erstkontakt und für den Behandlungsplan übernimmt. Den Apothekerinnen und Apothekern werden die Aufgaben des Erstkontakts und der Entwicklung und Umsetzung eines Behandlungsplans weniger zugetraut als allen anderen Berufsgruppen. Die Apothekerinnen und Apotheker selbst sind jedoch der Ansicht, dass sie die Verantwortung für den Erstkontakt und den Behandlungsplan bei bestimmten Patientengruppen übernehmen können. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass sich insbesondere Apothekerinnen und Apotheker, Mitarbeitende der Pflege und Physiotherapeutinnen und -therapeuten ein Versorgungsmodell wünschen, das vom Status Quo abweicht: Im Vergleich zur heutigen eher Hausarzt-zentrierten Grundversorgung präferieren sie zukünftige Versorgungsmodelle, in denen ihre Berufsgruppen mehr Verantwortung und Aufgaben übernehmen können.

Alle Berufsgruppen bevorzugen für die Zukunft ein Versorgungsmodell, in dem Entscheide gemeinsam von allen beteiligten Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen gefällt werden. Die heutige Struktur und Organisation der ambulanten Grundversorgung bietet jedoch wenig Gelegenheiten für gemeinsames Entscheiden aller beteiligten Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen.

In der Befragung standen drei Organisationsformen für die ambulante Versorgung zur Auswahl: Einzelpraxis, Gesundheitszentrum und Gesundheitsnetzwerk. Den Befragten aller Berufsgruppen erscheint die Einzelpraxis für die Zukunft als das am wenigsten interessante Modell. Die befragten Apothekerinnen und Apotheker präferieren als einzige Berufsgruppe ein Gesundheitszentrum. Im Gegensatz dazu präferieren die Befragten aller anderen Berufsgruppen das Gesundheitsnetzwerk. Möglicherweise hängt dies damit zusammen, dass ihnen die Arbeit in einem Netzwerk, im Gegensatz zu einem Gesundheitszentrum, mehr Freiraum bietet bei ihrer Arbeitsgestaltung.

## Empfehlungen

### Empfehlung 1: Nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal die Übernahme der Verantwortung für den Erstkontakt ermöglichen.

Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Mitarbeitende der Pflege und auch Physiotherapeutinnen und -therapeuten favorisieren ein Versorgungsmodell, in dem eine Fachperson ihrer Berufsgruppe die Verantwortung für den Erstkontakt übernimmt. Dies ist ein zentrales Ergebnis der Befragung. Setzt sich die Politik das Ziel, die Attraktivität der Arbeit in der ambulanten Grundversorgung zu stärken, um das Potenzial der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen zu nutzen, sollte die Übernahme der Verantwortung für den Erstkontakt auch für nicht-ärztliches Gesundheitspersonal erleichtert und gefördert werden.

Umsetzungsvorschlag: Pilotprojekte von Versicherern und Leistungserbringenden ermöglichen, um die Ausgestaltung des Erstkontakts unter Einbezug von nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal zu erproben sowie Chancen und Grenzen der Optionen zu präzisieren.

Wer könnte Vorschlag umsetzen	Chancen	Herausforderungen
Bund, Kantone, Gemeinden	Kantone haben zusammen mit Leistungserbringern die Initiative ergriffen, und entsprechende Pilotprojekte lanciert [10,11]. Der Experimentierartikel bietet neu den Leistungserbringenden eine Möglichkeit, Pilotprojekte zur Erprobung neuer Formen des Erstkontakts zu realisieren. Der Bund kann innovative Projekte bewilligen, welche den Rahmen des KVG sprengen [12].	Der Bund beteiligt sich nicht an den Kosten für Pilotprojekte und deren Evaluationen.
Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen	Teilweise kann nicht-ärztliches Gesundheitspersonal bereits jetzt den Erstkontakt übernehmen. Ein Beispiel dafür ist eine Erstversorgung durch Apothekerinnen und Apotheker bei zahlreichen Gesundheitsbeschwerden [13].	Rechtliche Fragen hinsichtlich der Verantwortung für Folgen nicht angemessener Behandlungen müssen geklärt werden.  Pilotprojekte dürfen die Kosten der obligatorischen Krankenversicherung nicht erhöhen.
Versicherte	Versicherte können auf freiwilliger Basis an Pilotprojekten teilnehmen und deren Erprobung dadurch fördern.	Pilotprojekte haben eine beschränkte Laufzeit, was das Interesse der Versicherten schmälern kann.

## Empfehlung 2: Auch nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal die Verantwortung für Behandlungspläne übertragen.

Apothekerinnen und Apotheker, Mitarbeitende der Pflege und auch Physiotherapeutinnen und -therapeuten erachten die Arbeit in Versorgungsmodellen als besonders attraktiv, in denen eine Fachperson ihrer Berufsgruppe die Verantwortung für den Behandlungsplan übernimmt. Dies lässt sich so interpretieren, dass sich auch das nicht-ärztliche Gesundheitspersonal aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung zutraut, Verantwortung für die Behandlung gewisser Gruppen von Patientinnen und Patienten zu übernehmen. Es kann angenommen werden, dass die Befragten dabei von ihrem fachlichen Kompetenzbereich ausgehen und einschätzen können, wo sie aufgrund ihrer Ausbildung Verantwortung übernehmen können und wo nicht.

Umsetzungsvorschlag: Pilotprojekte von Versicherern und Leistungserbringenden zur Erprobung erweiterter Kompetenzen von nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal ermöglichen.

Wer könnte Vorschlag umsetzen	Chancen	Herausforderungen
Bund, Kantone, Gemeinden	Einzelne Kantone haben die Initiative ergriffen und zusammen mit Leistungserbringenden Pilotprojekte lanciert. Ein Beispiel dafür ist das Gesundheitszentrum Val Müstair (Graubünden) [14].	Aktuell ist der politische Widerstand gegenüber der Verantwortungsübernahme für den Behandlungsplan durch nicht-ärztliches Gesundheitspersonal gross, unter anderem, weil ein Kostenwachstum befürchtet wird.
Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen	Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen können die Verantwortung für die Behandlung teilen. Ein Beispiel dafür ist der gemeinsame Behandlungsplan, den verschiedene Leistungserbringer gemeinsam in Genf umsetzen [15]. Ein weiteres Beispiel ist die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Typ-2-Diabetes durch Medizinischen Praxiskoordinatorinnen und -koordinatoren (MPKs) [16,17].	Akteure der Versorgung sind bezüglich Neudefinition von Rollen und Zuständigkeiten zum Teil skeptisch.  Die Ausbildung der beteiligten Fachpersonen müsste angepasst werden, damit sie die Potenziale und die Grenzen der Kompetenzen unterschiedlicher Berufsgruppen zuverlässig erkennen können.
Versicherte	Resultate einer kürzlich durchgeführten Studie zeigen, dass die Schweizer Bevölkerung in der Regel Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss, Fachpersonen Gesundheit mit Lehrabschluss und auch Apotheken als Alternativen zur Hausärztin oder zum Hausarzt akzeptieren [4].	Vor allem ältere Patientinnen und Patienten legen Wert darauf, dass der Behandlungsplan von ärztlichem Personal erstellt wird [4]. Vorbehalte gegenüber anderen Berufsgruppen müssten überwunden werden.

### Empfehlung 3: Vermehrt Möglichkeiten zur interprofessionellen Zusammenarbeit schaffen.

Ein wichtiges Ergebnis der Untersuchung ist die Tatsache, dass die befragten Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen mehrheitlich eine hohe Bereitschaft haben, vermehrt interprofessionell zusammenzuarbeiten. Die dafür wichtige Voraussetzung, mehr Verantwortung bei der Entscheidungsfindung zur ambulanten Grundversorgung von Patientinnen und Patienten übernehmen und abgeben zu wollen, ist gegeben. Besonders die befragten Apothekerinnen und Apotheker, die Mitarbeitenden der Pflege und Physiotherapeutinnen und -therapeuten sind der Ansicht, dass sie über das notwendige Wissen und die notwendige Erfahrung verfügen, um mehr Verantwortung übernehmen zu können.

**Umsetzungsvorschlag:** Die interprofessionelle Zusammenarbeit zur Steigerung der Attraktivität der Berufe und der Tätigkeit in der ambulanten Grundversorgung weiter fördern.

<b>Wer könnte Vorschlag umsetzen</b>	<b>Chancen</b>	<b>Herausforderungen</b>
Bund, Kantone, Gemeinden	Koordinierte und interprofessionelle Zusammenarbeit ist implizit und auch explizit Bestandteil diverser Gesundheitszentren, welche von der öffentlichen Hand initiiert und zum Teil auch unterstützt werden [18]. Ein weiteres Beispiel ist das Projekt MOCCA des Kantons Waadt, das eine Pflegefachperson in die Hausarztpraxis mit dem Ziel einer interprofessionellen Betreuung integriert [19].	Interprofessionelle Zusammenarbeit wird gemäss den Leistungserbringenden mit dem aktuell gültigen Tarifsystem nicht genügend abgegolten.
Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen	Das Tarifmodell Tardoc steht als Nachfolger des Tarmed bereit [20]. Damit würde die interprofessionelle Zusammenarbeit unter den Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen begünstigt [21].	Interprofessionelle Bildungsformate sollten verbindlich in Curricula integriert werden [22,23]. Zudem muss Interprofessionalität institutionell verankert werden.
Versicherte	Interprofessionelle Zusammenarbeit, welche sicherstellt, dass eine Gesundheitsfachperson die Vorgeschichte einer Patientin oder eines Patienten kennt und Einblick in das Patientendossier hat, ist insbesondere chronisch kranken Personen sehr wichtig. Dies hat eine Bevölkerungsbefragung 2021 ergeben [4]. 83% der befragten chronisch kranken Personen legen bei einer Routineuntersuchung besonderen Wert	Um vermehrt von interprofessionellen Angeboten zu profitieren, müssen sich Versicherte für eine besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringenden entscheiden.

	auf Kontinuität der Behandlungspersonen.	
--	--	--

#### Empfehlung 4: Gesundheitsnetzwerke und Gesundheitszentren als Organisationsformen der ambulanten Grundversorgung fördern.

In der Untersuchung wurde die Attraktivität der Arbeit in Einzelpraxen gegenüber jener in Gesundheitsnetzwerken und Gesundheitszentren ermittelt. Während Gesundheitszentren gesundheitsbezogene Dienstleistungen an einem Standort zusammenfassen, formalisieren Gesundheitsnetzwerke die Kooperation von Organisationen des Gesundheitswesens in Regionen. Es zeigt sich, dass die Einzelpraxis als Organisationsform von allen befragten Berufsgruppen als am wenigsten attraktiv wahrgenommen wird. Apothekerinnen und Apotheker favorisieren Gesundheitszentren, die anderen Berufsgruppen die Gesundheitsnetzwerke. Es kann vermutet werden, dass Apothekerinnen und Apotheker von der Arbeit in Gesundheitszentren mehr gelebte Interprofessionalität erwarten als von der Arbeit in einem Gesundheitsnetzwerk.

**Umsetzungsvorschlag:** Das verstärkte Engagement von jenen Kantonen und Gemeinden unterstützen, die beispielsweise die ambulante Grundversorgung in peripheren Regionen sicherstellen wollen.

Wer könnte Vorschlag umsetzen	Chancen	Herausforderungen
Bund, Kantone, Gemeinden	Der Bund könnte die Kooperation von Leistungserbringenden mit der Einrichtung eines Innovationsfonds für integrierte Versorgungskonzepte fördern. Kantone und Gemeinden können Leistungsaufträge auch an Leistungserbringenden-Gruppen, die eine gemeinsame Trägerschaft bilden, vergeben [24]. Erfahrungen dazu werden beispielsweise bereits im Kanton Graubünden gesammelt [25,26].	Aktuell ist der politische Widerstand gegenüber solchen Neuerungen gross, unter anderem weil Kostenwachstum befürchtet wird.
Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen	Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen können in Gesundheitszentren und Gesundheitsnetzwerken von einem Job Enrichement profitieren.	Der Aufbau von Gesundheitszentren ist kapitalintensiv. Die Realisierung von Gesundheitsnetzwerken braucht viel Zeit und Energie [27].
Versicherte	Wenn medizinische Leistungen koordiniert über eine einzige Organisation erbracht werden, können die Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten optimiert und gleichzeitig die Kostenentwicklung stabilisiert werden.	Die Wahlfreiheit für Versicherte kann eingeschränkt werden, weil sie sich – mindestens für ein Jahr – verpflichten, primär Leistungen einer Organisation zu beziehen.

## Empfehlung 5: Die Bereitschaft von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen nutzen, sich vermehrt zugunsten von Gesundheitsförderung und Prävention zu engagieren.

Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen sehen Gesundheitsförderung und Prävention mehrheitlich als eine ihrer Aufgaben an. Die Bereitschaft, sich in der täglichen Praxis vermehrt auf Gesundheitsförderung und Prävention zu fokussieren, ist bei den Befragten aller Berufsgruppen gegeben. Sie ist bei den befragten Ärztinnen und Ärzten etwas tiefer als bei den anderen befragten Berufsgruppen. Möglicherweise hängt dies mit deren mehrheitlich kurativ-ausgerichteter Aus- und Weiterbildung zusammen.

**Umsetzungsvorschlag:** Aktivitäten in Gesundheitsförderung und Prävention mit gezielten Massnahmen verstärken.

<b>Wer könnte Vorschlag umsetzen</b>	<b>Chancen</b>	<b>Herausforderungen</b>
Bund, Kantone, Gemeinden	<p>In Kooperation mit dem BAG lässt die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz Modelle zur Etablierung von Präventionsaktivitäten entlang der Versorgungskette erproben. Ein Beispiel dafür ist die Informationsplattform für Prävention im Praxisalltag PePra, ein Projekt, das von der FMH und weiteren Organisationen getragen wird [28].</p> <p>Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften prüft aktuell die Idee zur Schaffung eines nationalen Gesundheitsgesetzes, das die Versorgung vermehrt auf Prävention und Gesundheitsförderung ausrichtet [29].</p>	Die nachhaltige Finanzierung derartiger Modelle ist nicht gesichert.
Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen	Indem auf den Wunsch von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen eingegangen wird, sich vermehrt auf Gesundheitsförderung und Prävention zu fokussieren, kann deren Interesse im Beruf zu bleiben, gestärkt werden.	Auch Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen, die einer Erweiterung des Aufgabenspektrums gegenüber offen eingestellt sind, haben dafür oft schlicht keine Zeit. Eine wichtige Ursache dafür ist der Fachkräftemangel.
Versicherte	Prävention und Gesundheitsförderung trägt dazu bei, die Lebensqualität der Versicherten nachhaltig zu stabilisieren oder zu verbessern. Zudem wirken sich diese beiden Folgen kostensenkend aus.	Prävention und Gesundheitsförderung werden von gewissen Kreisen als «bevormundend» wahrgenommen. Diese Gruppen müssen von deren Nutzen überzeugt werden.

## Empfehlung 6: Die ausgeprägt hohe Einschätzung der Innovationsfähigkeit der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen nutzen.

Die in der vorliegenden Studie befragten Berufsgruppen zeigen sich im Durchschnitt als sehr innovationsfähig. Dies gilt – soweit Vergleiche möglich sind – auch im Verhältnis zu ihren Berufskolleginnen und -kollegen im Ausland [30–33]. Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen können somit als wichtige Ressource genutzt werden, um innovative Versorgungsmodelle für die Praxis zu entwickeln und zu verfolgen.

**Umsetzungsvorschlag:** Fachpersonen aller befragten Medizinal- und Gesundheitsberufe einen einfachen Zugang zu Förderangeboten ermöglichen, die der Umsetzung innovativer Entwicklungsideen dienen.

<b>Wer könnte Vorschlag umsetzen</b>	<b>Chancen</b>	<b>Herausforderungen</b>
Bund, Kantone, Gemeinden	Es gibt bereits Gefässe, die es auch jungen Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen ermöglichen, sich aktiv für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu engagieren. Dazu gehören zum Beispiel folgende Organisationen: Junge Haus- und KinderärztInnen Schweiz, Studierendenverband der Schweizer Medizinstudierenden swimsa, Emerging Health Care Leaders [34] sowie die Junge Akademie Schweiz [35], an welcher sich auch die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften beteiligt.	Die aktuell verfügbaren Gefässe werden von Bund, Kantonen und Gemeinden noch zu wenig systematisch in die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens einbezogen.
Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen	Explizit können auch junge Fachkräfte sowie Fachkräfte, die über keinen universitären Abschluss verfügen, die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens beeinflussen und an Einfluss gewinnen, zum Beispiel in Form der Mitwirkung an Round Tables und Projektleitungen von Pilotprojekten.  Indem das Innovationspotenzial junger Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen genutzt wird, kann deren Interesse im Beruf zu bleiben, gestärkt werden.	Junge Fachkräfte sind bereits stark belastet, so dass es oft schwierig ist, sie für zusätzliche Aufgaben zu gewinnen.
Versicherte	Versicherte können von den Potentialen innovativer Versorgungsmodelle profitieren.	Versicherte haben eine Tendenz, den Status Quo gegenüber Neuerungen zu bevorzugen.

## Empfehlung 7: Das Interesse von Apothekerinnen und Apotheker an einer aktiveren Rolle in der künftigen ambulanten Grundversorgung gezielt nutzen.

Die Erhebung macht deutlich, dass sich besonders Apothekerinnen und Apotheker in der künftigen ambulanten Grundversorgung eine aktive Rolle zutrauen. Insbesondere sind sie der Ansicht, dass sie die Verantwortung für den Erstkontakt und den Behandlungsplan bei bestimmten Patientengruppen übernehmen können. Auffällig ist jedoch, dass diese Einschätzung von den Befragten der anderen Berufsgruppen nicht geteilt wird. Diese trauen den Apothekerinnen und Apothekern diese Aufgaben weniger zu als den anderen Berufsgruppen.

**Umsetzungsvorschlag:** Das Vertrauen in die Kompetenzen von Apothekerinnen und Apothekern im Berufsumfeld stärken, um deren Potenzial als Teil der ambulanten Grundversorgung zu nutzen.

Wer könnte Vorschlag umsetzen	Chancen	Herausforderungen
Bund, Kantone, Gemeinden	Der Freiraum bezüglich eigenständiger Abgabe von Medikamenten und weiteren Leistungen durch Apothekerinnen und Apotheker ist bereits hoch. Es besteht zum Beispiel die Möglichkeit einer erleichterten Abgabe von Arzneimitteln der Liste B [36].	Problematisch ist, dass die Apotheken Arzneimittel zwar abgeben, aber nicht direkt über die Krankenversicherung abrechnen können. Die entsprechenden Anpassungen werden diskutiert. Aktuell ist der Widerstand insbesondere der Ärzteschaft gross.
Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen	Vielversprechende Initiativen sind im Gang: z. B. Qualitätszirkel von Hausärztinnen und Hausärzten gemeinsam mit Apothekerinnen und Apothekern; Integration einer Apothekerin/eines Apothekers in ambulante, medizinische Zentren, wie «Medizinische Zentrum gleis d» in Chur [37], «MedZentrum Pfungen» [38] oder «Clinique et Permanence» in Onex [39].	Nach wie vor findet die gemeinsame Ausbildung der anderen Berufsgruppen zu einem weit grösseren Teil entweder im stationären oder im ambulanten Kontext statt – ohne Einbezug der Apothekerinnen und Apotheker.
Versicherte	Versicherte profitieren von der grossen Verbreitung und der leichten Zugänglichkeit von Apotheken	Aktuell ist das Vertrauen der Bevölkerung in die Kompetenz der Apothekerinnen und Apotheken bei der Erstberatung eher klein [4].  Die Kosten für Patientinnen und Patienten sind häufig höher, wenn sie Angebote der Apotheke direkt nutzen.

## Danksagung

Die Studie wurde durch eine Begleitgruppe unterstützt, die aus Vertreterinnen und Vertretern folgender Institutionen besteht: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Competence Network for Health Workforce (CNHW), Curafutura, Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdaSanté), Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK-ASI), Spitex Schweiz, Schweizerischer Apothekerverband (pharmaSuisse), Pharmaceutical Care Research Group der Universität Basel, Swiss Young Pharmacists Group und Zentrum für Hausarztmedizin & Community Care der Universität Luzern. Wir danken an dieser Stelle den Mitgliedern für die wertvolle Unterstützung.

Zudem sind wir den Institutionen und Organisationen, die uns bei der Verbreitung der Online-Befragung unterstützt haben, zu Dank verpflichtet. Neben den genannten Institutionen aus der Begleitgruppe bedanken wir uns insbesondere bei den folgenden Akteuren: Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker (GSASA), Vereinigung der Jungen Haus- und KinderärztInnen Schweiz (JHAS), Vereinigung der Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte Schweiz (mfe), Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM), Universitäre Hausarztinstitute in der Deutsch- und Westschweiz, Schweizerischer Verband Medizinischer Praxisfachpersonen (SVA), l'Association Romande des Assistantes Médicales (ARAM), Organisation der Arbeitswelt Berufsbildung Medizinische Praxisassistentin (Odamed), Interessengruppe Swiss Advanced Nursing Practice (IG swissANP), Verband der privaten Spitex-Organisationen (ASPS), Schweizer Physiotherapie Verband (Physioswiss), l'Association Suisse des Physiothérapeutes Indépendants ASPI, Direktion des Instituts für Physiotherapie der Insel Gruppe AG, Plattform Interprofessionalität, mediX schweiz, Medbase, Sanacare, Galenica Gruppe, Berner Fachhochschule und diverse Berufsfachschulen für medizinische Assistenzberufe.

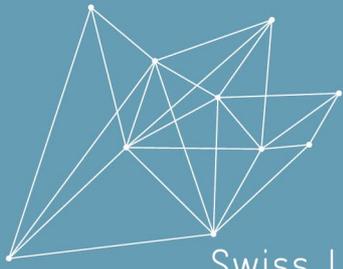
Wir danken allen, die an der Online-Befragung teilgenommen haben, für die wertvolle Unterstützung dieser Studie.

## Referenzen

- [1] GDK, BAG. Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. Bericht der Arbeitsgruppe „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“ von GDK und BAG. 2012;
- [2] Auspurg K, Hinz T. Factorial Survey Experiments. SAGE Publications; 2014
- [3] Hainmueller J, Hopkins DJ, Yamamoto T. Causal Inference in Conjoint Analysis: Understanding Multidimensional Choices via Stated Preference Experiments. *Polit Anal* 2014; 22: 1–30. doi:10.1093/pan/mpt024
- [4] Kaufmann C, Föhn Z, Balthasar A. Zukünftige ambulante Grundversorgung: Einstellungen und Präferenzen der Bevölkerung. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2021
- [5] Giger M, De Geest S. Neue Versorgungsmodelle und Kompetenzen sind gefragt. *Schweiz Ärztztg* 2008; 89: 1839–1843
- [6] Balthasar A, Hanimann A, Strotz C. Ambulante medizinische Grundversorgung 2040: Einstellungen und Präferenzen von Patienten/-innen und Health Professionals, Literaturanalyse. *Interface Politikstudien Forschung Beratung*; 2017
- [7] Brandt SK, Essig S, Balthasar A. Zukünftige ambulante Grundversorgung: Einstellungen und Präferenzen von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen ausgewählter Berufsgruppen. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2023
- [8] Hurt HT, Joseph K, Cook CD. Scales for the measurement of innovativeness. *Hum Commun Res* 1977; 4: 58–65
- [9] Pallister JG, Foxall GR. Psychometric properties of the Hurt–Joseph–Cook scales for the measurement of innovativeness. *Technovation* 1998; 18: 663–675. doi:10.1016/S0166-4972(98)00070-4
- [10] Sottas B, Bischofberger I, Gysin S, et al. ANP Uri: Interprofessionelle Arbeitsteilung zwischen Hausarzt und «Nurse Practitioner» in Uri. Luzern: Institut für Hausarztmedizin & Community Care Luzern; 2020
- [11] Staatskanzlei Luzern. «Luzerner Dialog Gesundheitspolitik»: Kanton Luzern unterstützt das Projekt «Advanced Practice Nurse APN in der Grundversorgung: Luzerner Modell». 2022; Im Internet: [https://news.lu.ch/html\\_mail.jsp?id=0&email=news.lu.ch&mail-ref=000hxqq0000ti000000000000bvbo0v2](https://news.lu.ch/html_mail.jsp?id=0&email=news.lu.ch&mail-ref=000hxqq0000ti000000000000bvbo0v2); Stand: 28.02.2024
- [12] BAG. Krankenversicherung: Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung (Experimentierartikel). 2023; Im Internet: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-pilotprojekte.html>; Stand: 14.08.2023
- [13] Pharma-Info AG. netCare – Das Instrument zur Positionierung der Apotheke als Erstversorger. 2020; Im Internet: <https://www.netcare.pharma-info.ch/>; Stand: 28.02.2024

- [14] Center da sandà Val Müstair. Gesundheitszentrum Val Müstair. 2024; Im Internet: <https://www.csvm.ch/de/>; Stand: 28.02.2024
- [15] Association CARA. Plan de soins partagé. 2024; Im Internet: <https://www.cara.ch/fr/Professionnels/Plan-de-soins-partage/Plan-de-soins-partage.html>; Stand: 28.02.2024
- [16] Ansorg A-K, Jungo KT, Hilfiker E, et al. Quality of chronic care for patients with type 2 diabetes in practices with and without a Clinical Specialized Medical Assistant (CSMA) – a cross-sectional study from Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2022; doi:10.4414/smw.2022.w30180
- [17] Trageser J, Petry C. Wie die Hausärzteschaft bei der Diabetes- Betreuung entlastet werden kann. *Schweiz Ärztztg* 2022; 103: 842–843. doi:<https://doi.org/10.4414/saez.2022.20874>
- [18] Kantonales Gesundheitszentrum Appenzell. Kantonales Gesundheitszentrum Appenzell. 2024; Im Internet: <https://www.gzai.ch/de/kantonales-gesundheitszentrum>; Stand: 28.02.2024
- [19] Direction générale de la cohésion sociale. MOCCA, c'est quoi? | État de Vaud. MOCCA Cest Quoi. Im Internet: <https://www.vd.ch/themes/population/seniors/vieillir-2030-la-politique-cantonale-des-vieillessees-et-des-vieillissements/mocca-cest-quoi>; Stand: 28.02.2024
- [20] FMH. TARDOC. FMH - Berufsverb 2023; Im Internet: <https://www.fmh.ch/themen/ambulante-tarife/tardoc.cfm>; Stand: 10.02.2023
- [21] Luzerner Zeitung. Wie weiter mit dem 12-Milliarden-Deal? Argumente für und gegen den neuen Arzttarif Tardoc. *Luzerner Ztg* 2022;
- [22] BAG. Policy Brief - Interprofessionalität in der Bildung fördern. 2021
- [23] BAG. Policy Brief - Interprofessionalität im Gesundheitswesen - Bildung. Bern; 2021
- [24] fmc. Denkstoff Bund, Kantone und Gemeinden in der Integrierten Versorgung: Rollenszenarien 2026. Schweizer Forum für Integrierte Versorgung fmc; 2018
- [25] Beutler C. Feu vert de l'OFSP pour le nouveau modèle d'assurance de base du «Réseau de l'Arc». *Le Temps* 2023;
- [26] KPMG Schweiz, Mitterlechner M. Vernetzte Gesundheit. Integrierte Versorgungsregionen: Zukunftsweisende Medizin und Pflege im Kanton Graubünden. Studie im Auftrag des Departements für Justiz, Sicherheit und Gesundheit Graubünden (DJSG). 2020
- [27] Kündig J, Hametner H, Höchli D, et al. Erfolgsfaktoren für den Aufbau integrierter Versorgungsmodelle. Bern: Schweizerischer Gemeindeverband; 2019
- [28] FMH. Die Informationsplattform für Prävention im Praxisalltag. PEPrä 2024; Im Internet: <https://www.pepra.ch/de>; Stand: 28.02.2024

- [29] SAMW. Nationales Gesundheitsgesetz. Natl Gesundheitsgesetz 2023; Im Internet: <https://www.assm.ch>; Stand: 14.08.2023
- [30] Sarikose S, Turkmen E. The relationship between demographic and occupational variables, transformational leadership perceptions and individual innovativeness in nurses. *J Nurs Manag* 2020; 28: 1126–1133. doi:10.1111/jonm.13060
- [31] Yigit S, Aksay K. A comparison between generation X and generation Y in terms of individual innovativeness behavior: the case of Turkish health professionals. *Int J Bus Adm* 2015; 6: 106–117
- [32] Polster D, Villines D. An Exploratory Descriptive Study of Registered Nurse Innovation: Implications for Levels of Adoption. *Clin Nurse Spec* 2017; 31: E1–E9. doi:10.1097/NUR.000000000000264
- [33] Stilgenbauer DJ, Fitzpatrick JJ. Levels of Innovativeness Among Nurse Leaders in Acute Care Hospitals. *JONA J Nurs Adm* 2019; 49: 150–155. doi:10.1097/NNA.0000000000000729
- [34] SNSF. Emerging Health Care Leaders. NRP 74 2023; Im Internet: <https://www.nfp74.ch/en/3xBaBO4HKXNM3l0c/page/the-nrp/emerging-health-care-leaders>; Stand: 14.08.2023
- [35] Akademien der Wissenschaften Schweiz. Swiss Young Academy. 2023; Im Internet: <https://swissyoungacademy.ch/de/>, <https://swissyoungacademy.ch/en/>, <https://swissyoungacademy.ch/fr/>, <https://swissyoungacademy.ch/de/>; Stand: 14.08.2023
- [36] BAG. Erleichterte Abgabe von Arzneimitteln der Liste B. 2023; Im Internet: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/medizin-und-forschung/heilmittel/abgabe-von-arzneimitteln.html>; Stand: 14.08.2023
- [37] Medizinisches Zentrum gleis d. Ärztezentrums und Apotheke in Chur. 2023; Im Internet: <https://gleisd.ch/>; Stand: 10.02.2023
- [38] MedZentrum Pfungen. Apotheke und Praxis unter einem Dach. 2023; Im Internet: <https://medzentrum.ch/>; Stand: 10.02.2023
- [39] Clinique et Permanence d'Onex. Clinique et Permanence d'Onex. 2023; Im Internet: <https://cpo.ch/>; Stand: 10.02.2023



Swiss Learning  
Health System