Gesundheit ermöglichen

Ein Praxismodell für integrierte Versorgung

am Beispiel des Gesundheitspunktes Oberägeri

Mit System, Struktur und Haltung:

Patientenzentriert – Interprofessionell – Kommunal verankert

Autoren:

Dr. Emil Schalch

Patricia Pirovino, MPK

Team Gesundheitspunkt Oberägeri

Oberägeri, 2025

„Gesundheit ist nicht das Gegenteil von Krankheit –

sondern die Fähigkeit, mit dem Leben umzugehen.“

Aaron Antonovsky

Dieses Buch ist all jenen gewidmet,

die täglich Versorgung ermöglichen –

***mit Haltung, mit Struktur und mit Herz*.**

Impressum
Titel: Gesundheit ermöglichen – Ein Praxismodell für integrierte Versorgung
Autoren: Dr. med. Emil Schalch, Patricia Pirovino (MPK), Team Gesundheitspunkt Oberägeri
Verlag: Edition Organisierte Verantwortung, Inhaber Dr. med. Emil Schalch, 6315 Oberägeri, Schweiz
Erstveröffentlichung: 2025, vorab veröffentlicht vom Schweizer Forum für Integrierte Versorgung (fmc)
Diese Ausgabe: Edition Organisierte Verantwortung, 2026; kostenlos als PDF unter organisierte-verantwortung.ch
Textstand: 2025; für diese Ausgabe nur sachlich berichtigt (Art. 58a KVG, Tarif).
Kontakt: kontakt@organisierte-verantwortung.ch · www.organisierte-verantwortung.ch
Urheberrecht:
© 2025 Gesundheitspunkt Oberägeri; diese Ausgabe © 2026 Edition Organisierte Verantwortung. Alle Rechte vorbehalten.
Dieses PDF darf unverändert und unentgeltlich weitergegeben werden; jede andere Verwendung bedarf der schriftlichen Zustimmung des Verlags.

Inhalt

Inhalt....3
Vorwort....5
Einleitung: Warum dieses Buch – und für wen?....5
Danksagung....6
Glossar....8
Literatur- und Quellenverzeichnis....10
Kapitel 1: Ursprung, Vision und Verantwortung....11
1.1 Ausgangslage im Ägerital....11
1.2 Vision: Ein neues Versorgungsverständnis....12
1.3 Verantwortung für eine Region....13
Kapitel 2: Integrierte Versorgung verstehen....14
2.1 Was integrierte Versorgung wirklich bedeutet....14
2.2 Versorgung denken, nicht Leistungen zählen....15
2.3 Gesundheitskompetenz als Grundpfeiler....16
Kapitel 3: Rollen, Teamstruktur und Verantwortung....17
3.1 Ärztliche Leitung im Versorgungssystem....17
3.2 MPK-K & MPK-L: Koordination & Struktur....17
3.3 Das Versorgungsteam im Alltag....18
3.4 Zusammenarbeit – strukturiert und geübt....19
Kapitel 4: Prozesse, Tools und Kommunikation im Alltag....20
4.1 Strukturierte Sprechstunden und Raumlogik....20
4.2 Digitale Werkzeuge als Rückgrat....21
4.3 Übergaben & Schnittstellen....22
Kapitel 5: Qualität sichern – Standards, Feedback, Verantwortung. .23
5.1 SOPs: Standards mit Wirkung....23
5.2 Schulung & Audit: Wissen halten....24
5.3 Fehlerkultur & Systemlernen....25
5.4 Qualitätsmessung & Entwicklung als Systemaufgabe....26
Kapitel 6: Chronisch versorgen – Planung, Führung, Netzwerk....28
6.1 Versorgung auf Dauer: Das Chronic Care Model....28
6.2 MPK-K: Fallführung mit Verbindlichkeit....29
6.3 Vernetzt versorgen: Kooperation mit Partnern....30
Kapitel 7: Menschen stärken – Schulung, Beteiligung, Beziehung. . .31
7.1 Edukation als fester Versorgungsteil....31
7.2 Gruppenangebote & digitale Tools....32
7.3 Angehörige als Ressource einbinden....33
Kapitel 8: Team gestalten – Kultur, Führung und Entwicklung....35

8.1 Schulung und Onboarding.....35
8.2 Führung mit Struktur und Haltung.....36
8.3 Zufriedenheit und Entwicklung fördern.....37
8.4 Nachwuchs fördern – Versorgung sichern.....38
Kapitel 9: Versorgung weiterdenken – Politik, Region, Zukunft.....40
9.1 Neue Finanzierung für neue Versorgung.....40
Elemente des Finanzierungsmix:.....40
9.2 Versorgung als Teil des Gemeinwesens.....41
9.3 Modelltransfer – Vom Projekt zur Bewegung.....42
Schlusswort: Versorgung ermöglichen – jeden Tag, für alle.....44
Fazit: Was bleibt – und was kommt.....44
FAQs – häufige Fragen aus der Praxis.....45

Vorwort

Als wir vor einigen Jahren begonnen haben, die medizinische Grundversorgung im Ägerital neu zu denken, war eines von Anfang an klar: Es geht nicht nur um Räume, Tarife oder Technologie – es geht um Menschen. Um Menschen, die versorgt werden wollen. Um Menschen, die versorgen. Und um ein System, das beides möglich machen muss.

Der Gesundheitspunkt Oberägeri ist aus einem praktischen Bedürfnis entstanden: Die bisherigen Strukturen reichten nicht mehr aus, um der steigenden Komplexität von Gesundheitsversorgung gerecht zu werden. Chronische Erkrankungen, soziale Herausforderungen, Fachkräftemangel, Informationsverluste – all das machte uns deutlich: Wir brauchen einen neuen Ansatz. Einen, der über Berufsgrenzen hinweg funktioniert. Einen, der auf Vertrauen statt Zuständigkeit setzt. Einen, der nicht nur reagiert, sondern plant, begleitet und vorausschaut.

Dieses Buch ist das Ergebnis von Jahren des Aufbaus, der Zusammenarbeit und des gemeinsamen Lernens. Es zeigt, wie ein integriertes Versorgungssystem konkret aussehen kann – im Alltag, im Detail, mit Stolpersteinen und Erfolgen. Es ist kein Lehrbuch im klassischen Sinn. Es ist ein Erfahrungsbericht mit System. Und ein Angebot an alle, die sich auf den Weg machen wollen.

Wir danken allen Mitarbeitenden, Partnern und Partnerinnen und den Unterstützenden, die diesen Weg möglich gemacht haben – in Oberägeri und darüber hinaus.

Im Namen des gesamten Teams

Dr. Emil Schalch (Ärztliche Leitung)
Patricia Pirovino (MPK klinischer Richtung)
Gesundheitspunkt Oberägeri, 2025

Einleitung: Warum dieses Buch – und für wen?

Die Gesundheitsversorgung steht an einem Wendepunkt. Während sich die Anforderungen an medizinische und psychosoziale Betreuung ständig erhöhen, geraten viele Praxen, Institutionen und Gemeinden an ihre Grenzen. Chronische Erkrankungen, demografischer Wandel, Fachkräftemangel, psychische Belastungen und fragmentierte Systeme machen es zunehmend schwer, Patient oder Patientinnen zuverlässig, koordiniert und menschlich zu begleiten.

Doch es gibt Lösungen. Der **Gesundheitspunkt Oberägeri** ist eine davon – entstanden aus einem konkreten regionalen Bedarf, getragen von einem interprofessionellen Team, strukturiert durch digitale Werkzeuge, Standards und Beziehungsarbeit.

Ziel dieses Buches

Dieses Buch dokumentiert, wie Versorgung neu gedacht – und konkret umgesetzt – werden kann. Es ist ein Praxisbuch, ein Strukturpapier, ein Reflexionsangebot. Es beschreibt keine Utopie, sondern eine Realität: wie es gelingt, integrierte Versorgung auf lokaler Ebene aufzubauen, zu leben und weiterzugeben.

Es soll dazu beitragen, dass:

- andere Regionen Mut finden, neue Wege zu gehen
- politische und strategische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger die Zusammenhänge verstehen

- Fachpersonen ihre Rolle im System erkennen und aktiv mitgestalten
- Gemeinden, Organisationen und Institutionen gemeinsam Verantwortung übernehmen

Zielgruppen

Das Buch richtet sich an:

- Hausärztinnen und Hausärzte, Pflegefachpersonen, MPAs, MPKs, Sozialarbeitende, Psychologen und Psychologinnen
- Gesundheitsverantwortliche in Gemeinden und Kantonen
- Mitarbeitende von Spitex, Heimen, Apotheken und psychosozialen Diensten
- Bildungsinstitutionen im Gesundheitswesen
- Krankenkassen, Stiftungen und politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger

Wie dieses Buch aufgebaut ist

Der Hauptteil des Buches ist in **neun Kapitel** gegliedert, die systematisch aufeinander aufbauen:

- Ursprung und Vision
- Versorgungslogik
- Team und Rollen
- Prozesse und Tools
- Qualitätssicherung
- Chronische Versorgung
- Aktivierung von Patienten- oder Patientinnen
- Führung und Kultur
- Zukunft und Transfer

Ergänzt wird das Ganze durch Praxisbeispiele, Grafiken, Sprüche aus dem Alltag – und konkrete Handlungsempfehlungen. Ein Glossar, ein Abbildungsverzeichnis und FAQs runden das Buch ab.

Danksagung

Dieses Buch ist nicht das Werk Einzelner – es ist das Ergebnis von gelebter Zusammenarbeit. Es wurde getragen von einem Team, das täglich Verantwortung übernimmt, Strukturen reflektiert und gemeinsam Versorgung gestaltet.

Unser besonderer Dank gilt:

- **allen Mitarbeitenden des Gesundheitspunktes Oberägeri**, die mit ihrer Fachlichkeit, ihrer Geduld und ihrer Haltung dieses Modell erst möglich machen.
- **den Patientinnen und Patienten**, die uns ihr Vertrauen schenken und durch ihr Feedback stetig zur Weiterentwicklung beitragen.

- **der Gemeinde Oberägeri**, die von Anfang an nicht nur mitfinanziert, sondern auch mitgedacht und mitgetragen hat.
- **unseren Partnern und Partnerinnen aus Spitex, Apotheken, Heimen, Psychiatrie und Sozialdiensten**, die täglich mit uns vernetzt und auf Augenhöhe zusammenarbeiten.
- **den Förderstiftungen und politischen Entscheidungsträgern und Entscheidungsträgerinnen**, die integrierte Versorgung nicht als Vision, sondern als Notwendigkeit erkennen.
- **unserem interprofessionellen Netzwerk**, das uns durch Austausch, Inspiration und kritisches Feedback begleitet hat – auch über das Ägerital hinaus.

Ein besonderer Dank geht auch an alle, die an der **grafischen Umsetzung**, der **redaktionellen Bearbeitung** und der **Dokumentation dieses Buches** beteiligt waren.

Möge dieses Buch ein Impuls sein – für andere Orte, andere Teams, andere Wege. Denn was uns gelungen ist, kann auch anderswo Wirklichkeit werden.

Glossar

Angehörigenarbeit

Strukturierte Einbindung von Bezugspersonen in die Versorgung – z. B. durch Gespräche, Schulungen, Informationsaustausch und psychosoziale Begleitung.

CCM (Chronic Care Model)

International anerkanntes Versorgungskonzept für Menschen mit chronischen Erkrankungen. Betonung auf Koordination, Selbstmanagement und interprofessioneller Zusammenarbeit.

Connecteam

Digitales Kommunikationstool im Gesundheitspunkt für Einsatzplanung, SOP-Zugriff, Feedback, Schulung und interne Prozesse. Ergänzt das ePraxis-System als organisatorisches Rückgrat.

ePraxis-System

Elektronisches Krankengeschichtesystem, das zur Dokumentation, Terminsteuerung und Aufgabenverteilung genutzt wird. Zentraler Baustein der digitalen Prozessführung.

Fallführung

Langfristige Begleitung einer Patientin bzw. eines Patienten durch eine definierte Ansprechperson (meist MPK-K), die für die Planung, Koordination und Stabilisierung der Versorgung zuständig ist.

Fehlerkultur

Systematischer Umgang mit Abweichungen, Zwischenfällen oder kritischen Rückmeldungen – mit dem Ziel des Lernens und der kontinuierlichen Verbesserung.

MPA (Medizinische Praxisassistentin)

Fachperson für Diagnostik, Empfang, Terminwesen und medizinische Assistenz. Zentrale Schnittstelle zwischen Team, Patient oder Patientinnen und System.

MPK-K (MPK klinisch)

Medizinische Praxiskoordinatorin mit Fallführungsfunktion. Begleitet Patient oder Patientinnen mit chronischen oder komplexen Erkrankungen über längere Zeit.

MPK-L (MPK leitend)

Medizinische Praxiskoordinatorin mit Leitungsfunktion. Zuständig für Teamführung, Qualitätssicherung, Auditplanung und strategische Entwicklung.

SOP (Standard Operating Procedure)

Verbindliche Verfahrensanweisung für standardisierte Abläufe. Dient der Qualitätssicherung, Schulung und Nachvollziehbarkeit im Versorgungsteam.

Spitex

Ambulanter Pflegedienst. Übernimmt Pflege, Unterstützung im Alltag und medizinische Versorgung im häuslichen Umfeld.

Versorgungsdreieck

Modellhafte Darstellung der Beziehung zwischen Patienten oder Patientinnen, Angehörigen und interprofessionellem Team. Grundlage für partizipative Versorgung.

Wundexpertin

Pflegefachperson mit Spezialisierung auf die Behandlung chronischer und komplexer Wunden – inkl. Schulung, Dokumentation und Koordination mit Ärztinnen und Ärzten.

Literatur- und Quellenverzeichnis

1. WHO (World Health Organization)
Framework on integrated, people-centred health services. Genf: WHO, 2016.
→ Grundlage für die Definition und Bewertung integrierter Versorgungssysteme weltweit.

2. Wagner, E. H. et al.
Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Health Affairs, 20(6), 2001.
→ Theoretische Basis des Chronic Care Models (CCM).

3. Bundesamt für Gesundheit BAG (Schweiz)
Gesundheitsversorgung 2030 – Strategien für eine nachhaltige, koordinierte Versorgung. Bern: BAG, 2020.
→ Politischer Rahmen zur Entwicklung sektorenübergreifender Modelle in der Schweiz.

4. Berchtold, P. & Peytremann-Bridevaux, I.
Integrated care organisations in Switzerland. International Journal of Integrated Care, 2011.
→ Darstellung der Entwicklung integrierter Versorgungsansätze in der Schweiz.

5. NZZ Dossiers / Curafutura / FMH (diverse Publikationen 2019–2023)
→ Analysen zu Tarifpolitik, Ärztemangel, Digitalisierung und Koordination in der ambulanten Versorgung.

6. Interprofessionelle Versorgung in der Schweiz – Bericht der GDK
→ Überblick über Ausbildungsstandards, Versorgungsbedarfe und regionale Beispiele.

7. Eigene SOPs, Protokolle und internen Evaluationsberichte des Gesundheitspunkt Oberägeri (2020–2024)
→ Unveröffentlichte Dokumente zur Prozessentwicklung, Evaluation und Auditierung.

8. Connecteam & ePraxis-System (Tool-Dokumentationen und interne Handbücher)
→ Digitale Plattformen, wie sie im Buch dargestellt und beschrieben sind.

9. Gespräche und Interviews mit Teammitgliedern und Patienten oder Patientinnen (intern dokumentiert)
→ Grundlage für Zitate, Fallbeispiele und Sprüche im Buch.

Kapitel 1: Ursprung, Vision und Verantwortung

1.1 Ausgangslage im Ägerital

Die medizinische Grundversorgung im Ägerital – einer ländlichen, aber wachsenden Region im Kanton Zug – stand an einem Wendepunkt. Ein steigender Anteil älterer Menschen, zunehmende chronische Erkrankungen und der Mangel an Fachkräften machten das traditionelle Hausarztmodell zunehmend untauglich.

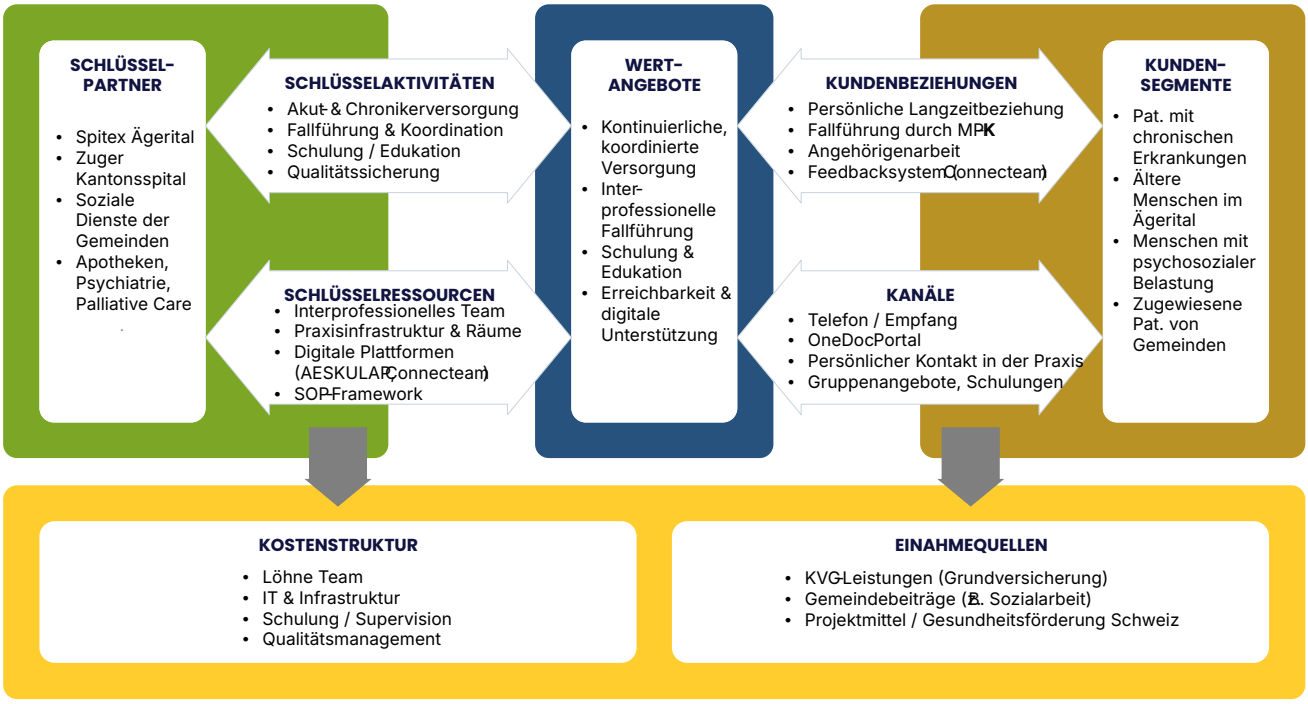
Dr. Emil Schalch und Dr. Joachim Henggeler, zwei erfahrene Hausärzte in der Region, erkannten frühzeitig: Ein einfaches „Weiter so" reicht nicht mehr. Stattdessen brauchte es ein System, das Versorgung systematisch plant, Ressourcen klug nutzt und Patienten ganzheitlich begleitet.

Im Jahr 2020 vereinten sie ihre beiden Praxen zum **Gesundheitspunkt Oberägeri** – einer Einrichtung, die bewusst als **Versorgungsdrehscheibe** statt als Einzelpraxis gedacht wurde.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag":
„Struktur schafft Vertrauen – Zusammenarbeit Gesundheit."

Praxisbeispiel:

Frau M., 82 Jahre, mit Herzinsuffizienz und beginnender Demenz, wurde früher von zwei Ärzten, einer Spitex und dem Sohn „irgendwie" betreut. Seit der Übernahme durch den Gesundheitspunkt gibt es eine Fallführende MPK-K, abgestimmte Medikationspläne, ein digitales Verlaufsdokument und regelmässige Hausbesuche. Frau M. sagt heute: „Ich bin nicht mehr allein mit meinem Durcheinander."



Grafik 1: Versorgung strukturieren – Das Geschäftsmodell des Gesundheitspunktes im Überblick

→ Diese Infografik visualisiert, wie medizinische, organisatorische und psychosoziale Leistungen ineinandergreifen. Sie macht sichtbar, wie systematisch gedacht wird.

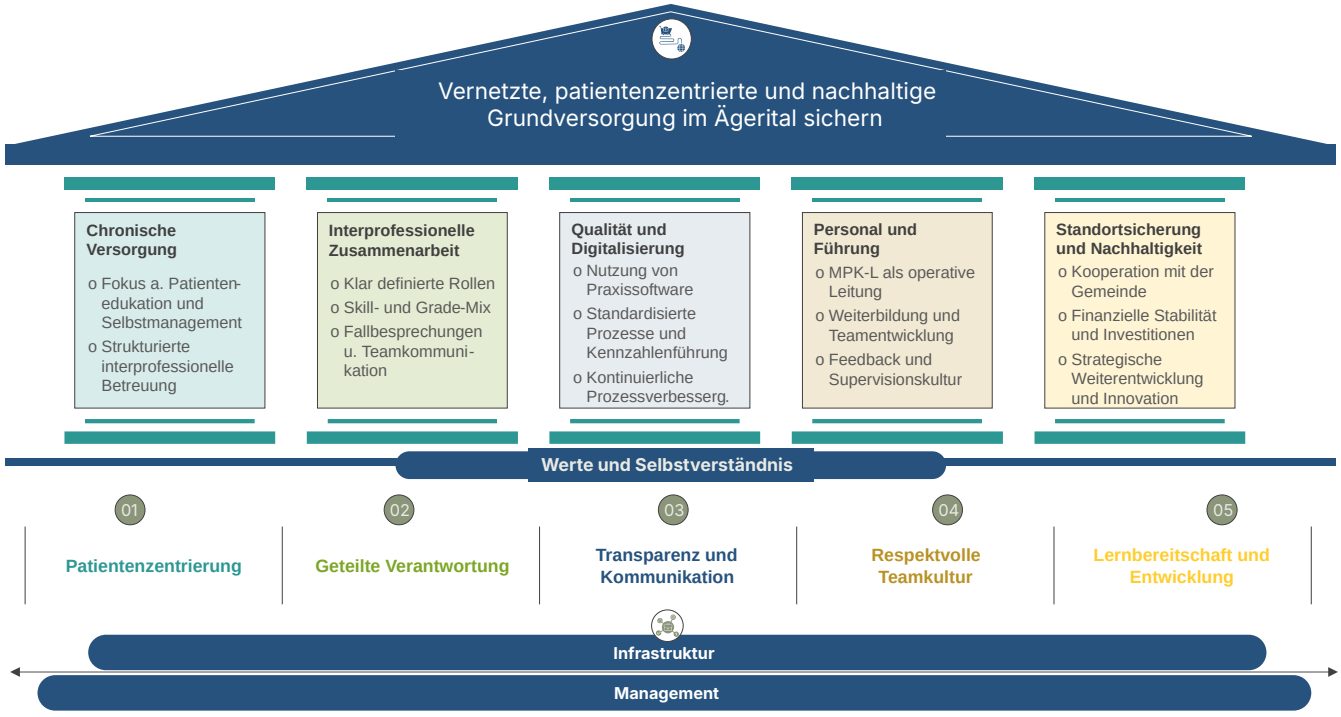
1.2 Vision: Ein neues Versorgungsverständnis

Die Vision des Gesundheitspunktes ist nicht technokratisch, sondern beziehungsorientiert: **Gesundheit wird als Prozess in Beziehung gedacht – nicht als Serie medizinischer Einzelleistungen.**

Fünf Leitsätze prägen die Arbeit:

- **Patientenzentrierung**: Alles beginnt mit der Lebensrealität, nicht mit der Diagnose.
- **Interprofessionalität**: Kompetenzen wirken zusammen – nicht gegeneinander.
- **Verantwortung**: Qualität ist kein Titel, sondern Haltung.
- **Nachhaltigkeit**: Prozesse müssen morgen noch tragfähig sein.
- **Innovation**: Technik ist willkommen – wenn sie dem Menschen dient.

Diese Prinzipien spiegeln sich im sogenannten **„Strategiehaus Gesundheitspunkt“** wider. Die fünf tragenden Säulen (Patientenzentrierung, medizinische Qualität, Teamarbeit, Digitalisierung, Führung) tragen ein gemeinsames Dach: den Anspruch, **Versorgung zu ermöglichen – nicht nur zu verwalten**.



Grafik 2: Strategiehaus Gesundheitspunkt

→ Diese Darstellung zeigt, wie Struktur, Kultur und Vision miteinander verbunden sind.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag“:

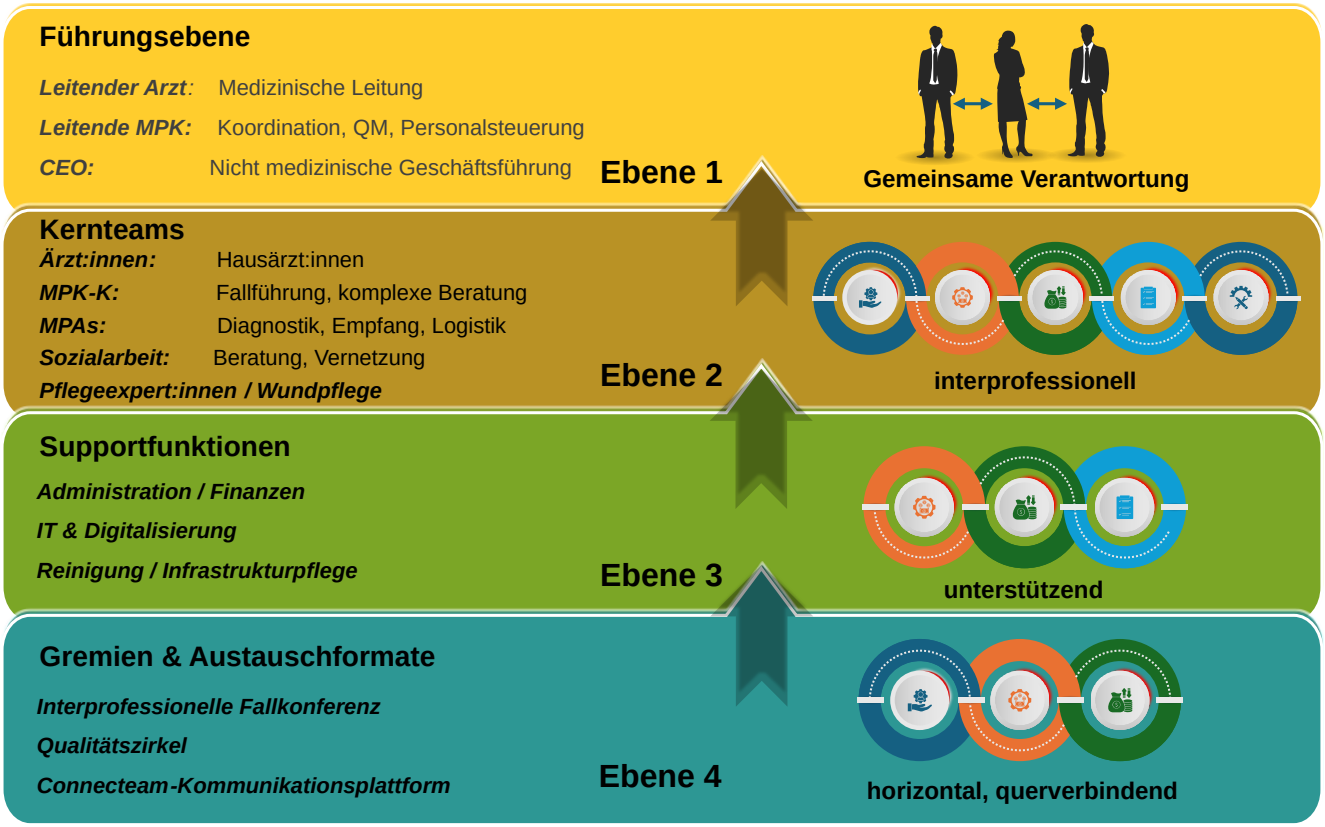
„Wer heute nur verwaltet, steht morgen still – Gesundheit braucht Mut zur Zukunft.“

1.3 Verantwortung für eine Region

Mit über 4.500 aktiv betreuten Patienten oder Patientinnen und über 15.000 Konsultationen pro Jahr übernimmt der Gesundheitspunkt Verantwortung für die Grundversorgung einer gesamten Region. Doch der Anspruch reicht weiter: Es geht um **Koordination, Kontinuität und Klarheit** in einem System mit vielen Beteiligten.

Dazu zählen:

- Langzeitbetreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen
- Schulung und Begleitung von Angehörigen
- Zusammenarbeit mit Spitex, Apotheken, Pflegeheimen und psychiatrischen Diensten
- Früherkennung psychosozialer Belastungen
- Integration von digitalen Tools zur Prozessunterstützung



Grafik 3: Organisationsstruktur – Wer verantwortet was?

→ Diese Grafik visualisiert die Aufbauorganisation des Gesundheitspunktes: klare Rollenverteilung, Leitungskonzept und interprofessionelle Struktur.

Diese Funktionen zeigen: Der Gesundheitspunkt ist nicht Ersatz für das System – **er ist das verbindende Element.**

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag“:

„Gesundheit ist mehr als Behandlung – sie ist Beziehung, Alltag und Selbstwirksamkeit.“

Kapitel 2: Integrierte Versorgung verstehen

2.1 Was integrierte Versorgung wirklich bedeutet

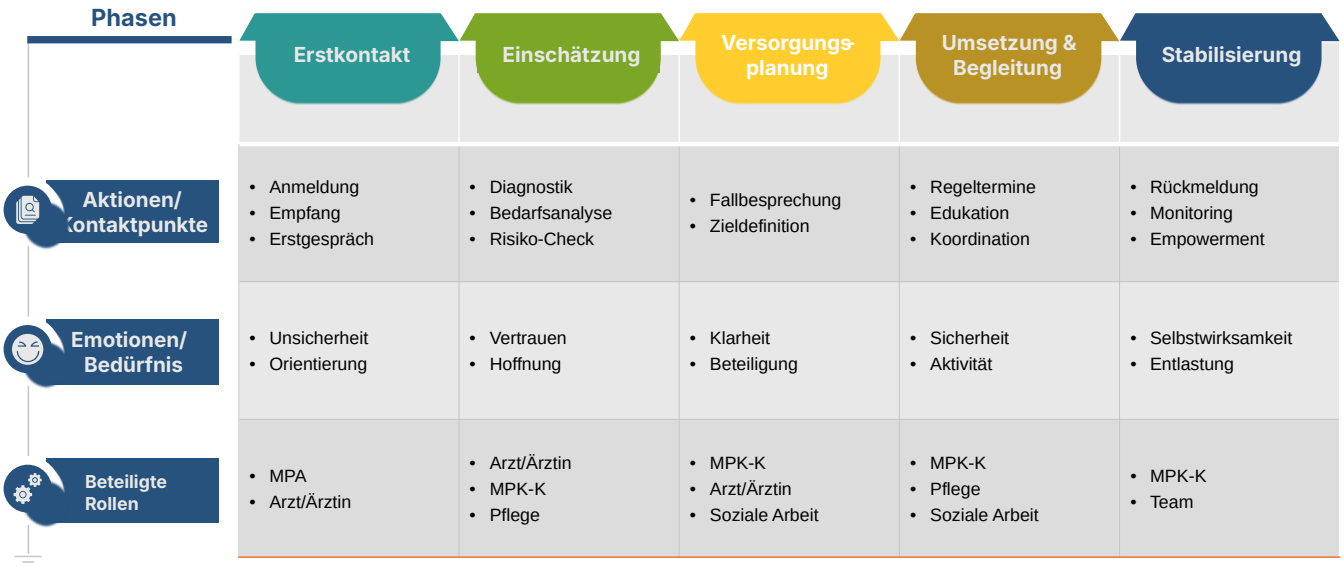
„Integrierte Versorgung“ ist ein Begriff, der oft inflationär gebraucht wird – dabei ist seine Bedeutung glasklar: Es geht um ein System, das **Patient oder Patientinnen entlang ihres individuellen Bedarfs verlässlich, koordiniert und ganzheitlich begleitet**.

Im Gesundheitspunkt Oberägeri bedeutet das:

- **Versorgung statt Leistung**: Nicht was gemacht wurde, zählt – sondern ob es wirksam war.
- **Pfad statt Punkt**: Diagnostik, Therapie, Begleitung – alles als Teil eines Prozesses.
- **Zusammenarbeit statt Zuständigkeitsdenken**: Medizin, Pflege, Sozialarbeit und Administration handeln gemeinsam.

Internationale Modelle (Niederlande, Kanada, Skandinavien) zeigen, dass genau dieser Ansatz zu mehr Effizienz, höherer Patientenzufriedenheit und besserer Ergebnisqualität führt. Die WHO definiert integrierte Versorgung als die „Organisation von Gesundheitsdiensten entlang eines kohärenten Versorgungspfades – unabhängig von Sektor oder Institution.“

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag“:
„Interprofessionell ist besser – denn niemand heilt allein.“



Grafik 4: Patientenweg im Gesundheitspunkt – Weg von der Erstkonsultation zur Stabilität
→ *Diese Darstellung des Patientenweges zeigt die fünf Versorgungsphasen aus Patientensicht – inklusive beteiligter Rollen, Bedürfnisse und Emotionen.*

2.2 Versorgung denken, nicht Leistungen zählen

Das klassische Gesundheitssystem orientiert sich am Leistungszähler: jede Konsultation, jede Laboranalyse – abrechnungsfähig. Doch diese Logik fragmentiert. Sie zwingt Fachpersonen, in Minuten, Tarifen und Einzelaktionen zu denken – statt im Ganzen.

Im Gesundheitspunkt wird daher bewusst **nicht mehr nach Einzelleistungen organisiert**, sondern nach Versorgungspfaden:

- Fallführung über Zeiträume hinweg
- Eingespielte Zusammenarbeit zwischen MPK, Pflege, MPA und Ärztinnen und Ärzten
- Gemeinsame Zielplanung mit Patienten oder Patientinnen
- Vermeidung unnötiger Doppelbehandlungen oder Eskalationen

Praxisbeispiel:

Ein Patient mit Depression, Rückenschmerz und Diabetes würde im alten System drei Fachärztinnen und Ärzten sehen, drei Medikamente nehmen, drei Diagnosen erhalten – aber keine Hilfe im Alltag. Heute hat er eine MPK-K als Fallführerin, eine klare Zielplanung, ein interprofessionelles Team und einen abgestimmten Verlauf.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag“:
„Gute Versorgung beginnt da, wo Berufe sich begegnen – nicht überholen.“



Grafik 5: Wandel gestalten – Vom klassischen System zur Integration
→ *Diese Change-Management-Grafik zeigt fünf Kernveränderungen – von Arztzentrierung zu Teamlogik, von Tarifdenken zu Prozessverantwortung.*

2.3 Gesundheitskompetenz als Grundpfeiler

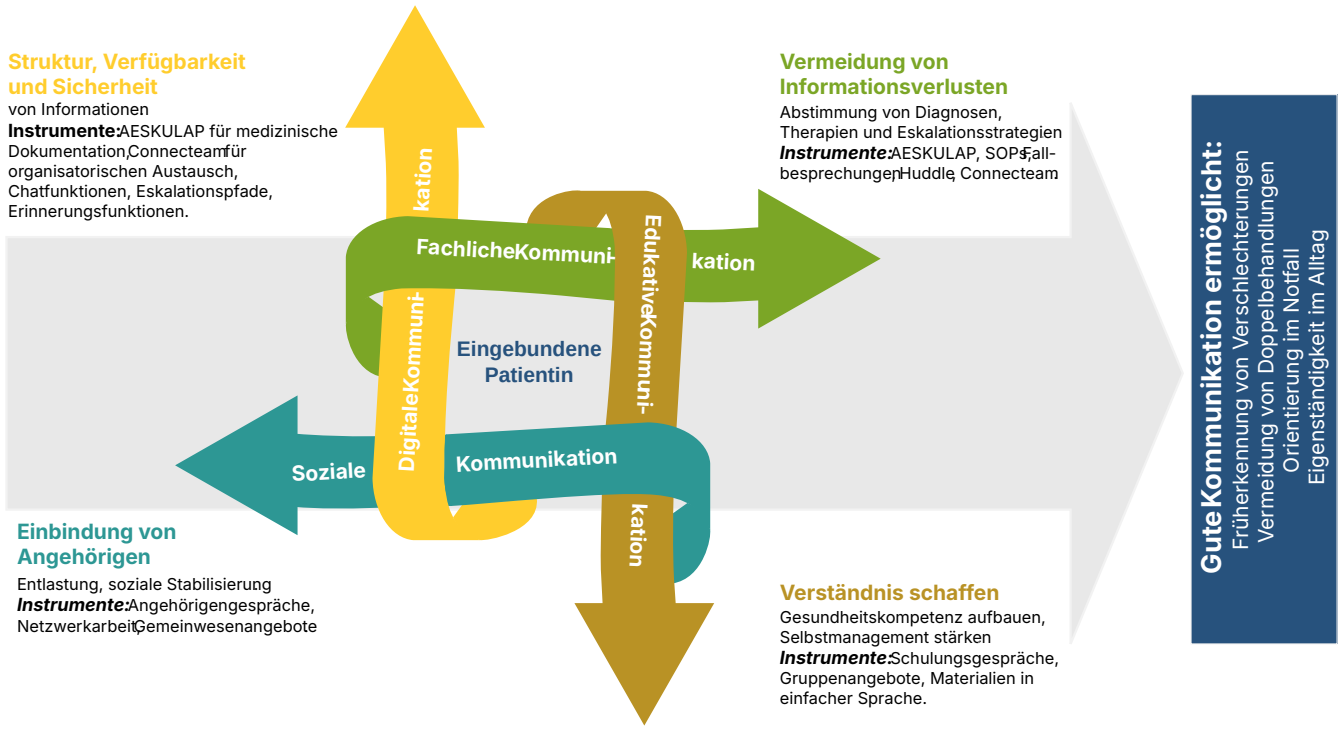
Gute Versorgung funktioniert nur, wenn Patient oder Patientinnen nicht nur betreut, sondern **beteiligt** sind. Deshalb ist **Gesundheitskompetenz** ein strategisches Ziel im Gesundheitspunkt:

- **Verständliche Sprache** – keine Fachsprache, sondern Alltagssprache
- **Edukation als Standard** – jede Konsultation enthält ein Lernmoment
- **Einbindung von Angehörigen** – nicht als „Pflegekraft", sondern als Teil des sozialen Systems
- **Selbstwirksamkeit fördern** – z. B. über Selbstmessung, Zielprotokolle, Eskalationspläne

Praxisbeispiel:

Ein COPD-Patient hat dank Schulung erkannt, welche Atemtechnik in der Krise hilft, wie er seine Medikamente optimiert und wann ein Arztbesuch notwendig ist – das senkt Notfallkontakte und stärkt das Sicherheitsgefühl.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag":
„Wer versteht, kann handeln – Gesundheitskompetenz beginnt mit Wissen."



Grafik 6: Kommunikation rettet Leben – sie verbindet Wissen mit Wirkung
→ *Diese Übersichtsabbildung visualisiert, wie Gesundheitskompetenz systemisch gefördert wird – über Sprache, Schulung, Tools und Beziehung.*

Kapitel 3: Rollen, Teamstruktur und Verantwortung

3.1 Ärztliche Leitung im Versorgungssystem

Die ärztliche Leitung im Gesundheitspunkt Oberägeri ist mehr als medizinische Steuerung. Sie ist **strategischer Taktgeber, Teammitglied und Qualitätssicherer** – gleichzeitig. Anders als im klassischen Modell steht sie nicht über dem Team, sondern **inmitten eines Netzwerks**.

Ihre Hauptaufgaben:

- Supervision komplexer Fälle
- Fachliche Abstimmung bei Diagnostik und Therapie
- Mitwirkung bei SOP-Entwicklung und Schulungen
- Strategische Ausrichtung der medizinischen Leistung
- Qualitätssicherung durch Fallreview, Peer-Feedback und Audits

---

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag“:
„Fachlichkeit ist wertvoll – wenn sie im System wirkt.“

Praxisbeispiel:

Ein multimorbider Patient wird über Wochen durch MPK-K und Pflege betreut. Die ärztliche Leitung wird gezielt zu Kontrollpunkten eingebunden: Diagnoseklärung, Eskalationsentscheidung, Therapieumstellung – alles abgestimmt mit dem Team.

3.2 MPK-K & MPK-L: Koordination & Struktur

Die **Medizinischen Praxiskoordinatorinnen (MPK)** sind das Rückgrat des Gesundheitspunktes – in zwei Rollen:

- **MPK-K (klinisch)**: begleitet Patient oder Patientinnen langfristig, führt Fallgespräche, plant Massnahmen, koordiniert mit Spitex, erstellt Notfallpläne.
- **MPK-L (leitend)**: verantwortet das Team, plant Ressourcen, organisiert Schulungen, sichert SOP-Umsetzung und Audit-Ergebnisse.

Gemeinsam gewährleisten sie, dass Versorgung **vorausschauend, verbindlich und wirksam** bleibt – auch bei komplexer Fall-Lage oder hoher Dynamik.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag“:
„Versorgung braucht Richtung – und Menschen, die sie halten.“

Rolle	Hauptaufgaben	Typische Schnittstellen	Besonderheiten
Arzt / Ärztin	Diagnose, Supervision, medizinische Leitung	MPK-K, Pflege, Spitex	Rückhalt, Eskalation
MPK-K	Fallführung, Planung, Koordination	Ärztin / Arzt, Sozialarbeit, Pflege	Hauptansprechperson
MPK-L	QM, SOPs, Personalsteuerung	Teamleitung, Geschäftsführung	Führungsverantwortung
MPA	Diagnostik, Empfang, Dossierführung	MPK-K, Ärztin / Arzt	„Erstkontakt“ im System
Pflege	Chronische Betreuung, Wundversorgung	MPK-K, Ärztin / Arzt, Spitex	Mobil, mit Spezialwissen
Soziale Arbeit	Beratung, Krisenhilfe, Behördenkontakte	MPK-K, Pflege, Gemeinden	psychosoziale Ressourcen
Administration	Abrechnung, Infrastruktur, IT	MPK-L, Geschäftsführung	systemisch-stützend

Grafik 7: Rollen und Zuständigkeiten – Klarheit im interprofessionellen Team
→ *Diese Matrix zeigt die Hauptaufgaben, Schnittstellen und Verantwortungen der zentralen Rollen: Ärztinnen und Ärzten, MPK-K/L, Pflege, MPA, Sozialarbeit und Administration.*

3.3 Das Versorgungsteam im Alltag

Im Gesundheitspunkt sind **alle Rollen definiert – und aufeinander abgestimmt**. Das ergibt ein stabiles Versorgungsnetzwerk:

- **MPAs**: Empfang, Diagnostik, Terminsteuerung, Schnittstelle zum ePraxis-System
- **Pflege & Wundexpertinnen**: Schulungen, Verlaufskontrollen, Versorgung von Wunden, Unterstützung bei Compliance-Fragen
- **Sozialarbeit**: Beratung bei Krisen, Beratung bei Wohnsituation, Finanzen, Gewalt, Isolation
- **Administration**: Abrechnung, Materiallogistik, Raumplanung – unsichtbar, aber unersetzlich

Praxisbeispiel:

Eine 74-jährige Frau mit beginnender Demenz, Diabetes und sozialer Isolation wird durch MPA, MPK-K, Pflege, Sozialarbeit und Arzt im Wechsel betreut – mit klarer Zuständigkeit, digitalem Kommunikationsfluss und fixen Fallbesprechungen.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag“:
„Niemand ist Hilfspersonal – alle sind Fachpersonen.“

3.4 Zusammenarbeit – strukturiert und geübt

Gute Zusammenarbeit ist keine Laune – sie ist **Trainingssache**. Im Gesundheitspunkt ist sie strukturell verankert:

- **Täglicher Morgenrapport**: 15 Minuten, Prioritäten und Notfälle
- **14-tägige Teammeetings**: Austausch, Schulung, Eskalationen
- **Fallkonferenzen** bei Komplexfällen
- **SOP-Übungen**: Rollenklärung, Ablaufsicherheit
- **Digitale Abstimmung via Connecteam & das ePraxis-System**

Alle Beteiligten kennen ihre Rolle – und die der anderen. Es gibt Eskalationspfade, Reflexionsräume und Feedbacksysteme.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag“:
„Team ist kein Zufall – sondern tägliche Struktur.“



Grafik 8: Zusammenarbeit leben – Team als Versorgernetzwerk
→ Diese Grafik zeigt die Strukturelemente interprofessioneller Zusammenarbeit: Briefings, Meetings, Konferenzen und digitale Werkzeuge im Zusammenspiel.

Kapitel 4: Prozesse, Tools und Kommunikation im Alltag

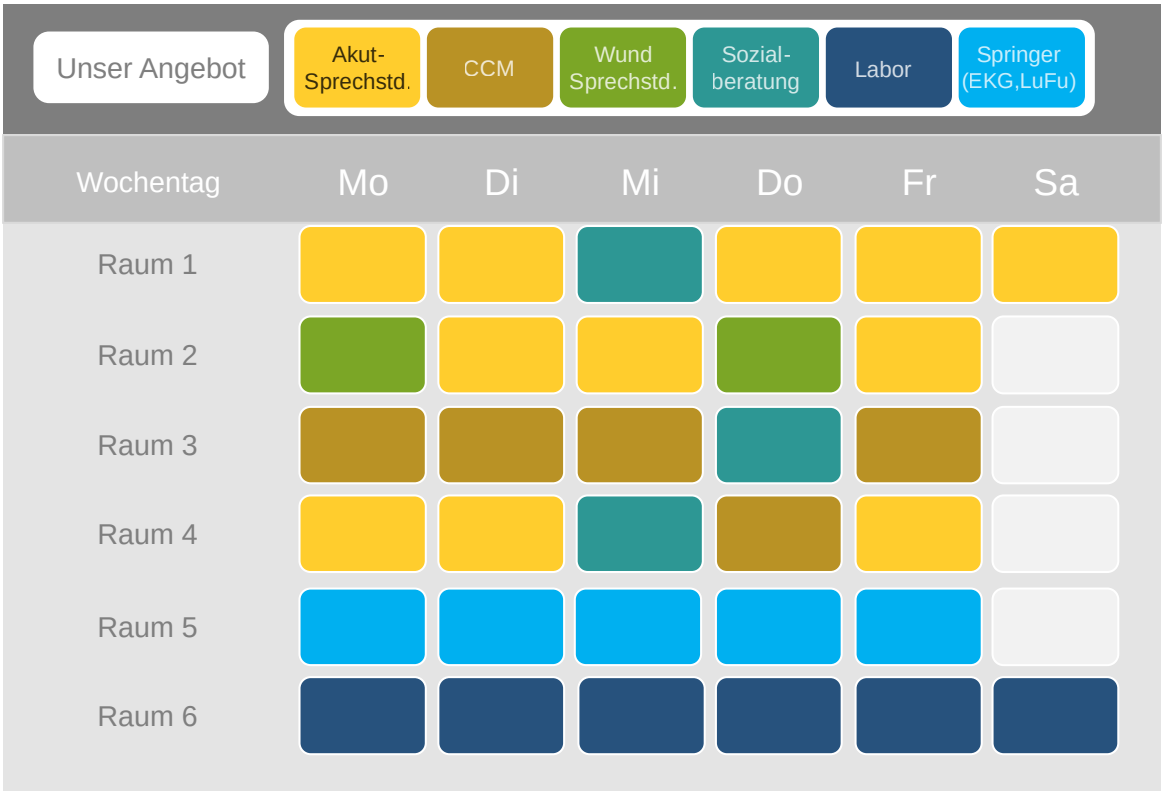
4.1 Strukturierte Sprechstunden und Raumlogik

Der Gesundheitspunkt ist kein Ort für Chaos, sondern ein **System aus klaren Zeit- und Raumstrukturen**. Ziel ist es, sowohl für Patient oder Patientinnen als auch für das Team **Verlässlichkeit, Ruhe und Effizienz** zu ermöglichen.

Es gibt klar definierte Sprechstundenarten:

- **Akutsprechstunden**: kurzfristig, symptomorientiert, meist MPA-koordiniert
- **Chronikertermine**: von MPK-K oder Pflege geführt, mit Verlaufsdokumentation
- **Fallbesprechungsslots**: wöchentlich fixiert, interprofessionell
- **Sozialsprechstunden**: vertrauliche Settings für psychosoziale Themen
- **Technik- und Diagnostikfenster**: EKG, Lungenfunktion, Labor
- **Räume sind rollenspezifisch zugeteilt** – MPK, Pflege, Sozialarbeit verfügen über eigene Beratungsräume mit digitaler Ausstattung. Die Raumvergabe ist im Connecteam-Tool integriert.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag“:
„Was strukturiert ist, wird verlässlich.“



Grafik 9: Sprechstunden- und Raumlogik – Wer arbeitet wann und wo?
→ Diese Tabelle zeigt die Wochengliederung nach Versorgungsfunktion – farblich codiert nach Rollen und Schwerpunkten.

Praxisbeispiel:

Ein Donnerstag: Raum 1 – Akutsprechstunde (MPA + Arzt), Raum 2 – Wundsprechstunde (Wundexpertin) Raum 3 – Chronikergespräch (MPK-K), Raum 4 – Sozialsprechstunde (Sozialarbeit), Raum 5 – Technik (EKG, LuFu), Raum 6 – Technik (Labor). Jedes Teammitglied kennt den eigenen Ablauf, die Eskalationslogik und die Kontaktpunkte.

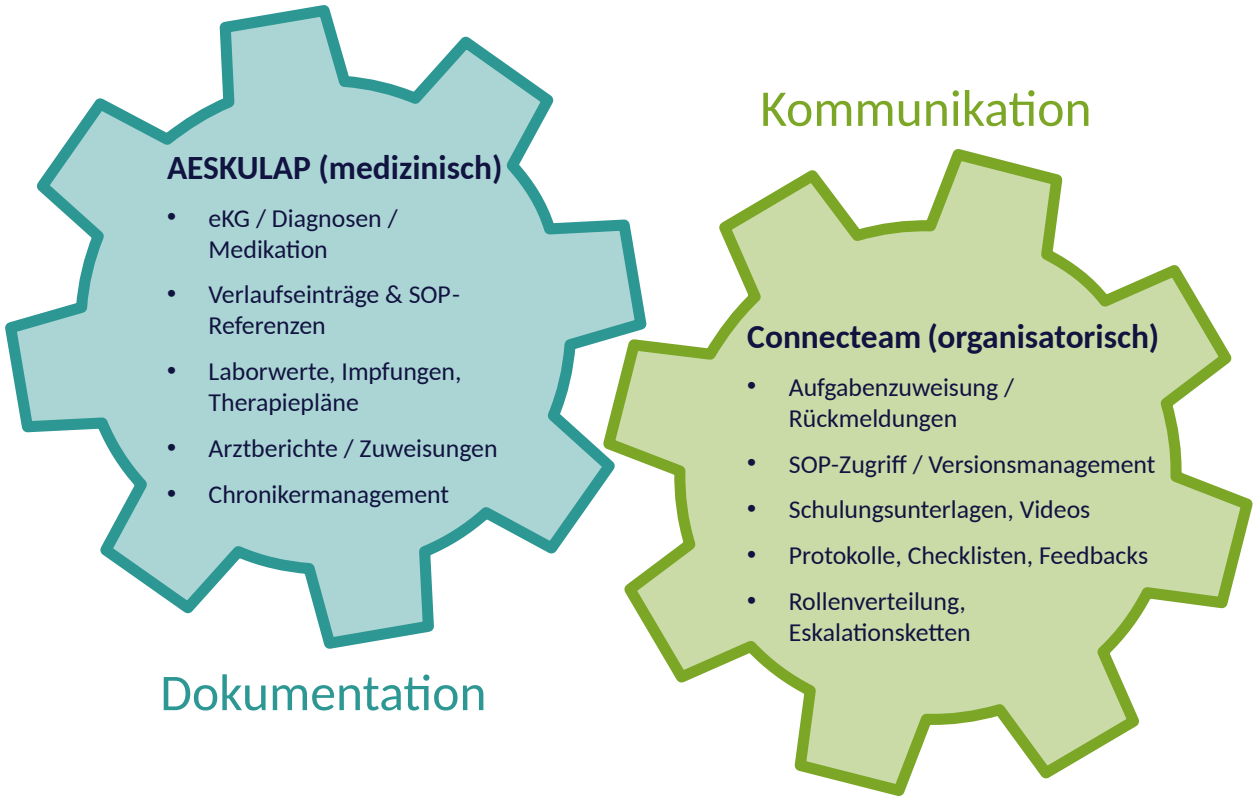
4.2 Digitale Werkzeuge als Rückgrat

Digitale Systeme sind nicht bloss Werkzeuge – sie sind **strukturierende Infrastruktur**. Im Gesundheitspunkt stehen zwei Tools im Zentrum:

- **ePraxis-System** – das elektronische Krankengeschichtesystem
  → für Diagnostik, Verlaufsdokumentation, Terminsteuerung, Aufgabenvergabe
- **Connecteam** – die interne Plattform
  → für Kommunikation, SOP-Zugriff, Raum- und Einsatzplanung, Schulungen

Beide Systeme **greifen ineinander wie Zahnräder** – medizinisch und organisatorisch. Alle Teammitglieder nutzen sie täglich. Neue Mitarbeitende werden geschult, Updates regelmässig intern geübt.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag“:
„Digital ist keine Zusatzaufgabe – sondern Alltag.“



Grafik 10: ePraxis-System & Connecteam – Das doppelte Rückgrat
→ Diese Visualisierung zeigt, wie beide Systeme zusammenarbeiten: Wo laufen welche Informationen? Welche Rolle nutzt welches Tool – und wofür?

Praxisbeispiel:

Eine MPK-K erhält in Connecteam den Hinweis, dass ein Patient nicht erschienen ist. Über das ePraxis-System prüft sie den Verlauf, setzt eine Rückrufaufgabe an das MPA-Team und notiert eine Eskalationsschwelle im Profil.

4.3 Übergaben & Schnittstellen

Übergaben sind die **kritischsten Punkte jeder Versorgung**. Verluste entstehen nicht bei der Therapie – sondern beim Übergang. Im Gesundheitspunkt sind alle Übergaben **prozessual definiert**:

- **MPA an MPK-K**: bei auffälligen Werten, Eskalationsbedarf
- **MPK-K an Arzt**: bei Diagnosefragen, Therapieentscheidungen
- **MPK-K an Sozialarbeit**: bei psychosozialem Bedarf, Isolation
- **MPK-K an externe Dienste**: Spitex, Apotheken, Psychiatrie
- **Ärztinnen und Ärzte an Spitäler**: mit klarer Dokumentation, Rückmeldepflicht

Alle Übergaben laufen über **strukturierte Vorlagen**, mit Verantwortlichen und Rückkanälen – entweder im ePraxis-System (medizinisch) oder Connecteam (organisatorisch).

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag“:
„Gute Übergabe ist gelebte Verantwortung.“



Grafik 11: Schnittstellen & Übergaben – Klarheit im Moment der Verantwortung
→ *Diese Prozessgrafik zeigt typische Übergabesituationen, Dokumentationspfade und Eskalationslinien zwischen internen Rollen und externen Partnern.*

Praxisbeispiel:

Ein Pflegefall wird aus dem Spital entlassen. MPK-K erhält zwei Tage vorher den

Austrittsplan, leitet an Sozialarbeit weiter, terminiert erste Nachsorge und koordiniert mit Spitex – alles dokumentiert im System.

Kapitel 5: Qualität sichern – Standards, Feedback, Verantwortung

5.1 SOPs: Standards mit Wirkung

SOPs (Standard Operating Procedures) sind im Gesundheitspunkt **nicht Papierordner**, sondern **tägliche Realität**. Sie geben dem Team Sicherheit, vermeiden Reibungsverluste und sichern die Kontinuität auch bei Personalwechsel.

Jede SOP beantwortet vier zentrale Fragen:

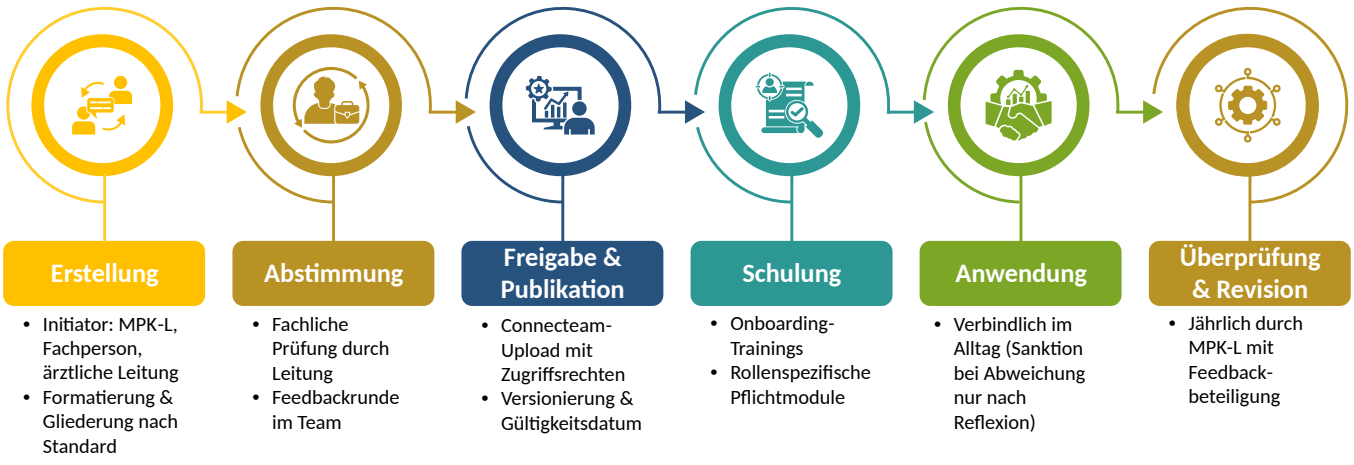
- Was ist das Ziel?
- Wer ist verantwortlich?
- Wie läuft der Prozess?
- Was passiert bei Abweichungen?

Beispiele aus dem Alltag:

- SOP „Antikoagulation“: klare Wertefenster, Eskalationslogik, Rückmeldepflicht
- SOP „Wundversorgung“: Materialwahl, Fotodokumentation, Pflegekommunikation
- SOP „Telefontriage“: Einstufung in Dringlichkeit, Überleitungsentscheidung

---

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag“:
„Standards schaffen Freiheit – weil sie Klarheit bringen.“



Grafik 12: SOP-Zyklus – Entwicklung, Schulung, Anwendung, Revision
→ Diese Grafik zeigt den Lebenszyklus einer SOP im Gesundheitspunkt: Von der Erstellung über die Schulung, Anwendung, Rückmeldung bis zur Überarbeitung.

Praxisbeispiel:

Eine neue MPA übernimmt einen Akutfall mit Husten, Fieber und Schwäche. Dank SOP zur Infektionssprechstunde kennt sie die nötigen Abstriche, Isolationsmassnahmen, Arztkommunikation und Dokumentationspflicht – ohne Rückfragen.

5.2 Schulung & Audit: Wissen halten

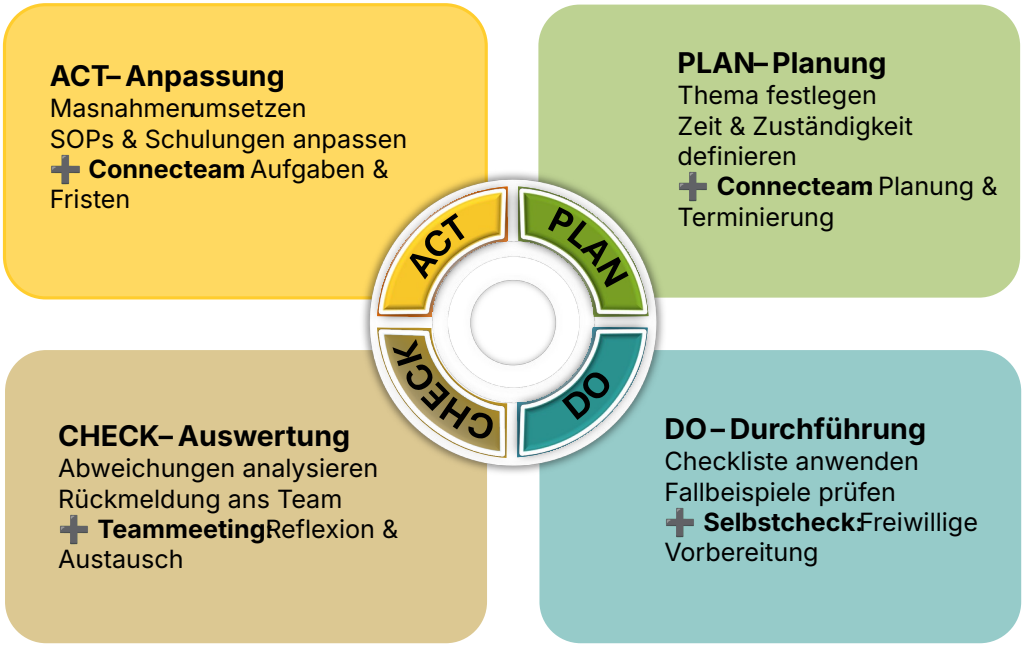
Standards sind nur dann wirksam, wenn sie **verinnerlicht** sind. Deshalb sind Schulungen und Audits im Gesundheitspunkt **verpflichtend – aber niedrigschwellig**.

Strukturierte Formate:

- **SOP-Schulungen** im Team (z. B. alle 6 Wochen)
- **Wissensupdates** per Connecteam
- **Audits durch MPK-L** mit Checklisten
- **Selbstchecks** für neue Mitarbeitende (Onboarding-Modul)
- **Feedback-Auswertung** zur Identifikation von Lernfeldern

Jede SOP hat ein „Reviewdatum" – mindestens jährlich wird sie geprüft, angepasst und neu geschult. Das Audit-System ist kein Kontrollinstrument, sondern ein **Lerninstrument**.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag":
„Qualität ist kein Zustand – sondern Bewegung."



Grafik 13: Auditsystem im Gesundheitspunkt – Prüfen, Lernen, Anpassen
→ Diese Darstellung zeigt die verschiedenen Auditformen (intern, extern, Selbstcheck), den Ablauf und die Einbindung in den Qualitätsregelkreis.

Praxisbeispiel:

Beim Audit der SOP „Übergabe an Spitex" fällt auf: Rückmeldungen fehlen. Das Team überarbeitet die Vorlage, integriert eine digitale Rückmeldemaske – Schulung folgt in der nächsten Teambesprechung.

5.3 Fehlerkultur & Systemlernen

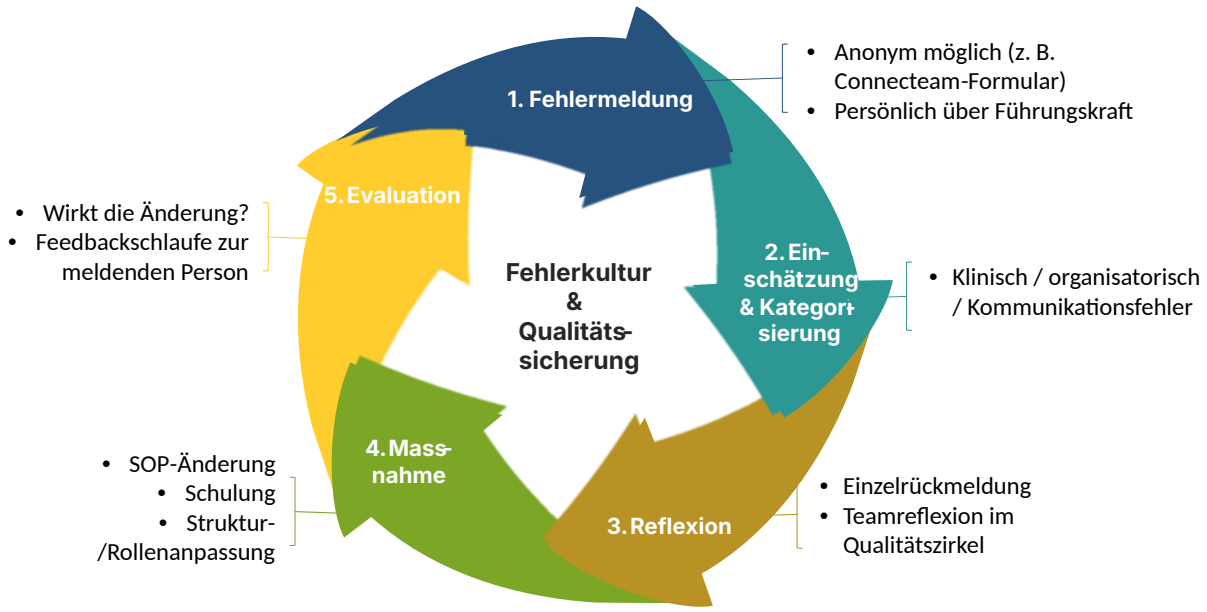
Fehler passieren – entscheidend ist, **wie das System damit umgeht**. Im Gesundheitspunkt gilt: Jede Abweichung ist ein Lernimpuls.

Fehlermanagement im Überblick:

- Anonyme Meldemöglichkeit im Connecteam-System
- Tägliche Fehler-Meldungen im Morgenrapport (10-Sekunden-Format)
- Quartalsweise Auswertung im Qualitätszirkel
- Lessons Learned-Verfahren bei gravierenderen Fällen
- Fehlerampel zur transparenten Kommunikation im Team

Dabei gilt: Niemand wird blossgestellt. Es geht nicht um Schuld, sondern um **Systemreflexion**. Wer einen Fehler meldet, trägt zur besseren Versorgung bei.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag“:
„Fehler sind wie Signallampen – wenn man hinsieht, wird es sicherer.“



Grafik 14: Fehlerkultur im Gesundheitspunkt – Vom Ereignis zur Verbesserung
→ Diese Grafik visualisiert, wie aus Fehlern Massnahmen werden: Meldung – Sammlung – Analyse – Entscheidung – Umsetzung – Schulung.

Praxisbeispiel:

Ein Medikament wurde doppelt verabreicht. Der Vorfall wird anonym gemeldet. SOP „Arzneimitteldokumentation“ wird überarbeitet, ein zweiter Kontrollschritt eingeführt. Kein Schaden – aber ein Lerneffekt

5.4 Qualitätsmessung & Entwicklung als Systemaufgabe

Gute Versorgung ist kein Zufall – sie ist das Resultat bewusster Entwicklung. Im Gesundheitspunkt ist Qualität nicht nur ein Anspruch, sondern ein überprüfbarer Prozess. Dabei geht es nicht um Kontrolle im engen Sinn, sondern um kontinuierliches Lernen, Vergleichen und Verbessern.

Qualitätsentwicklung im System bedeutet:

- Strukturen zu schaffen, die Rückmeldung ermöglichen
- Daten zu erheben, die sinnvoll interpretierbar sind
- Massnahmen umzusetzen, die Wirkung entfalten

Instrumente im Alltag:

- Qualitätszirkel (QZ): Regelmässige interprofessionelle Reflexionsrunden
- Feedbacksysteme: Rückmeldungen über Connecteam, Gespräche oder Audits

- Benchmarking: Vergleich mit anderen Praxen, etwa über EQUAM
- PROMs/PREMs: Mittelfristig geplant zur patientenzentrierten Wirkungsmessung

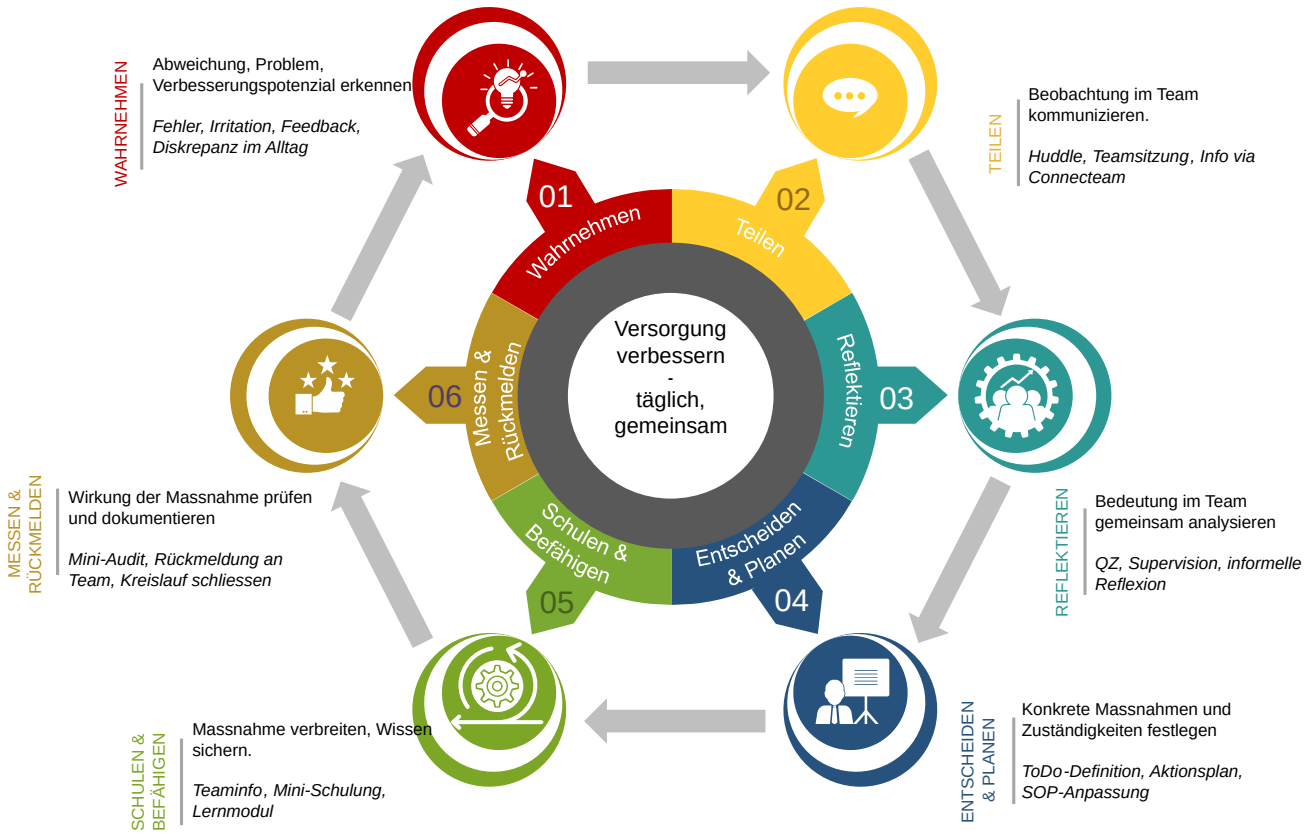
Rechtlicher Rahmen:

Seit der Revision von Artikel 58a KVG im April 2021 sind alle Leistungserbringer verpflichtet, Massnahmen zur Qualitätsentwicklung umzusetzen. Krankenkassen und weitere Stakeholder werden künftig zunehmend qualitative Kriterien in Finanzierungsmodelle integrieren. Wer nicht antizipiert, wird reguliert.

Unsere Haltung:

Im Gesundheitspunkt verstehen wir Qualität als Teil der Versorgung – nicht als Anhang. Deshalb gestalten wir den Prozess proaktiv und transparent. Qualität soll nicht geprüft werden, sie soll spürbar sein – für alle Beteiligten.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag“:
„Qualität ist kein Zertifikat – sondern der Mut, sich zu hinterfragen.“



Grafik 15: Qualitätskultur im Alltag – der Versorgungskreislauf in sechs Schritten
→ Diese Grafik zeigt, wie im Gesundheitspunkt Qualitätsentwicklung als gelebter Kreislauf im Versorgungsalltag verankert ist. Sechs Phasen – von der Wahrnehmung bis zur Wirkungsmessung – strukturieren ein kontinuierliches Systemlernen. Der Fokus liegt nicht auf Kontrolle, sondern auf gemeinsamer Reflexion, Anpassung und Verbesserung im Team.

Kapitel 6: Chronisch versorgen – Planung, Führung, Netzwerk

6.1 Versorgung auf Dauer: Das Chronic Care Model

Chronische Erkrankungen sind im Gesundheitspunkt **keine Ausnahmefälle**, sondern Versorgungsrealität. Etwa 40 % der aktiv eingeschriebenen Patienten oder Patientinnen leben mit mindestens einer chronischen Diagnose – viele mit multimorbiden Verläufen.

Der Gesundheitspunkt orientiert sich dabei am **international etablierten Chronic Care Model (CCM)**. Es verbindet:

- **Proaktive Betreuung** statt reaktiver Intervention
- **Fallführung über Zeiträume** statt Einzelkontakte
- **Zielvereinbarung mit Patient oder Patientin** statt Therapie-Monologe
- **Integration sozialer Unterstützung**, z. B. durch Angehörige oder Sozialarbeit
- Ziel ist **Stabilität durch Struktur** – medizinisch, organisatorisch und emotional.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag“:
„Chronisch heisst nicht hilflos – sondern planbar, wenn das System stimmt.“



Grafik 16: Versorgungspfad chronischer Erkrankungen – Stationen im CCM
→ *Diese Grafik zeigt, wie der Versorgungspfad für chronisch Erkrankte aufgebaut ist: Kontaktaufnahme – Zielplanung – Stabilisierung – Schulung – Eskalationslogik.*

Praxisbeispiel:

Herr T., 66, lebt mit COPD, Adipositas und Depression. Seit zwei Jahren wird er von MPK-K geführt. Er hat feste Kontrolltermine, kennt seine Warnzeichen, nutzt ein digitales Atemtagebuch. Sein Zustand hat sich stabilisiert – und er fühlt sich „nicht mehr ausgeliefert“.

6.2 MPK-K: Fallführung mit Verbindlichkeit

Die MPK-K (Medizinische Praxiskoordinatorin – klinisch) ist im CCM das **Herzstück der Versorgung**. Sie koordiniert – aber nicht nur organisatorisch. Sie begleitet, motiviert, schult und bewertet.

Ihre Aufgaben:

- Erstellen individueller Versorgungspläne
- Planung regelmässiger Verlaufskontrollen
- Durchführung von Edukationsgesprächen
- Einbindung von Angehörigen und externen Partnern
- Eskalationsmanagement bei Verschlechterung
- Verlaufsdokumentation im ePraxis-System

Was sie besonders macht: Die MPK-K ist **konstant präsent**, unabhängig vom ärztlichen Dienstplan. Patient oder Patientinnen kennen „ihre Ansprechpartnerin". Dieses Vertrauen ist Schlüssel zur Langzeitbindung.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag":
„ Fallführung heisst: planen, begleiten, reflektieren – für Qualität im Alltag."



Grafik 17: MPK-K im Netzwerk – Aufgaben, Koordination, Begleitung
→ Diese Rollengrafik zeigt die zentrale Position der MPK-K zwischen dem Patienten oder der Patientin, dem Team und externen Akteuren.

Praxisbeispiel:

Frau B., 72, mit Diabetes Typ 2, lebt allein. MPK-K hat sie in die Schulung integriert, dokumentiert regelmässig Blutzuckerwerte, plant gemeinsam mit der Ärztin

Therapieanpassungen und informiert die Angehörige bei Bedarf. Alle wissen: „Bei Fragen rufen wir die MPK Frau Müller an."

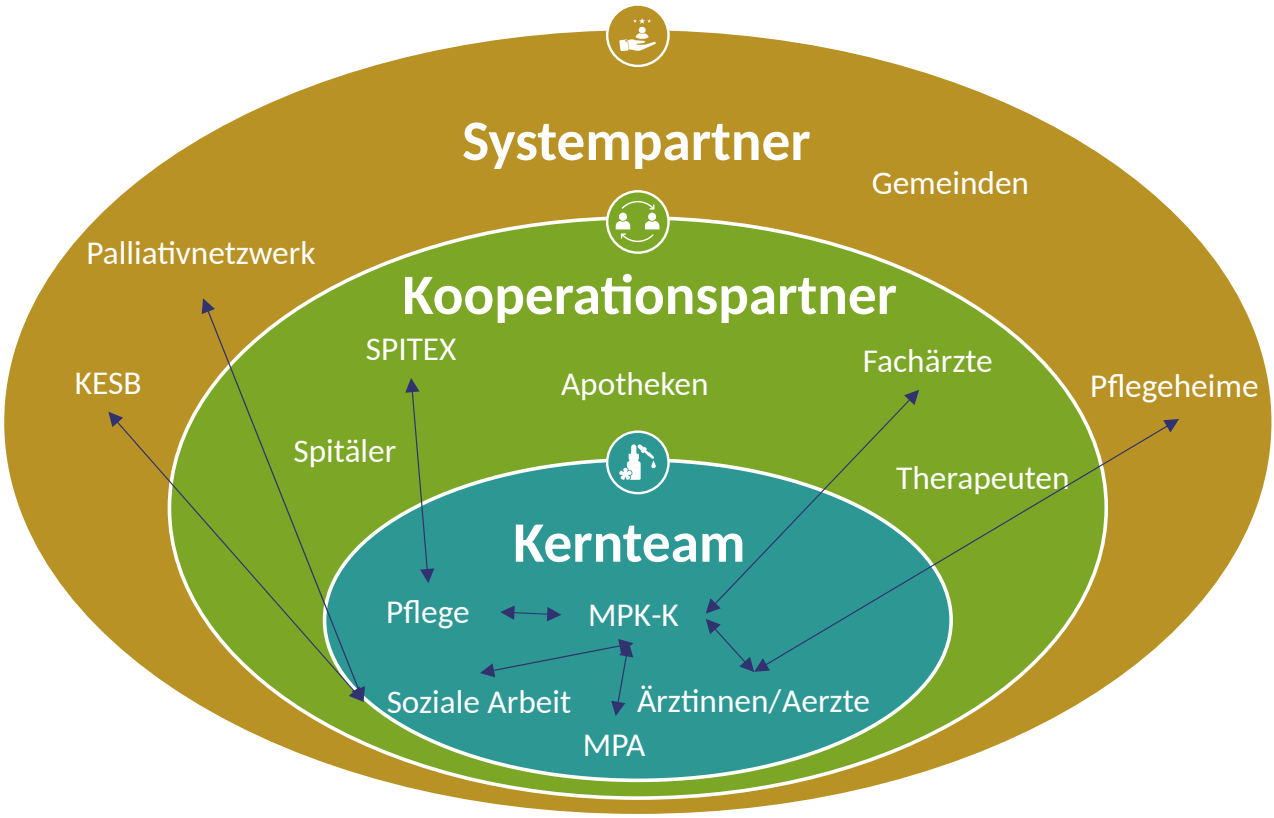
6.3 Vernetzt versorgen: Kooperation mit Partnern

Chronische Versorgung endet nicht an der Praxistür. Sie erfordert **konsequente Zusammenarbeit** mit anderen Akteuren:

- **Spitex**: Wundversorgung, Medikamentengabe, Verlaufsmeldung
- **Psychiatrie**: Bei Depressionen, Abhängigkeit, Doppeldiagnosen
- **Apotheken**: Medikationsabgleiche, Inhalationstraining, Schulung
- **Pflegeinstitutionen**: Übergaben, Visitenplanung, Rückmeldeschleifen

Im Gesundheitspunkt werden diese Schnittstellen **nicht dem Zufall überlassen**. Übergaben sind digital dokumentiert, Rückläufe verpflichtend, Eskalationswege klar.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag":
„Gute Versorgung endet nicht bei uns – sondern verbindet."



Grafik 18: Kooperationsmatrix chronischer Versorgung – Wer spricht mit wem?
→ Diese Matrix stellt dar, wie die Kommunikation mit externen Partnern geregelt ist – geordnet nach Inhalt, Verantwortlichkeit und Dokumentation.

Praxisbeispiel:

Ein Patient mit MS wird vom Spital entlassen. MPK-K erhält den Entlassungsbericht vorab, plant ein Heimmonitoring, koordiniert mit Spitex, stellt Medikamente via Apotheke bereit und

informiert die Angehörigen. Alle Beteiligten arbeiten an einem Strang.

Kapitel 7: Menschen stärken – Schulung, Beteiligung, Beziehung

7.1 Edukation als fester Versorgungsteil

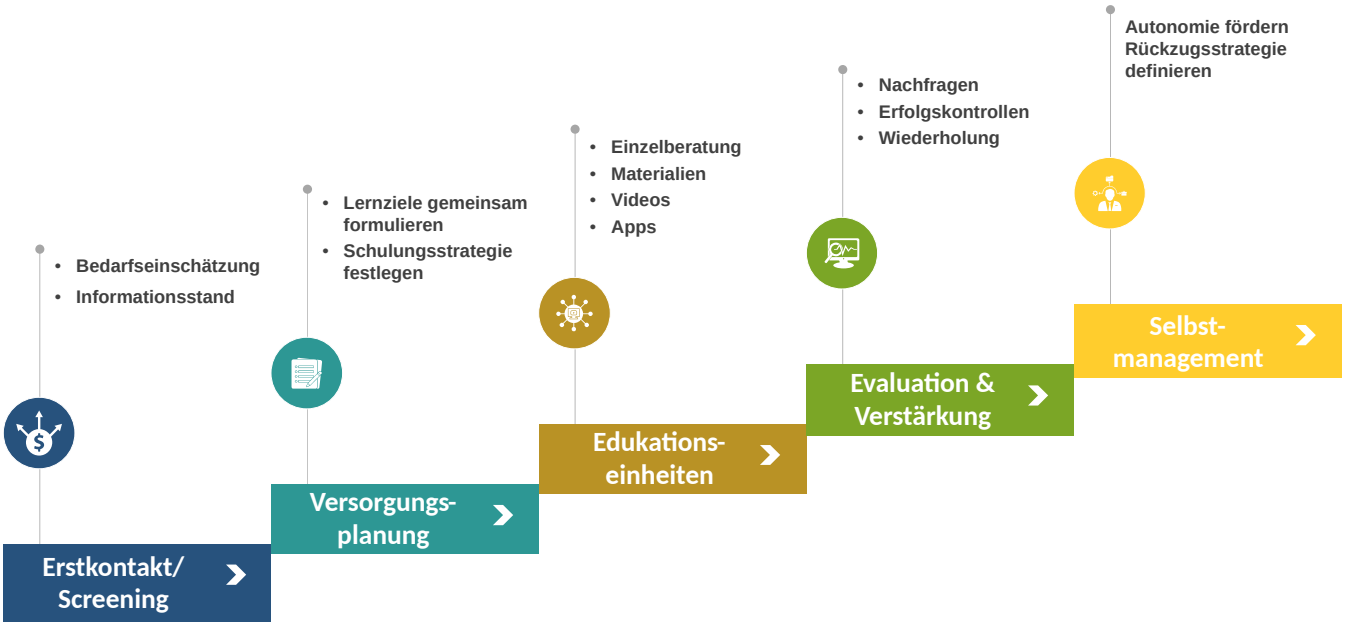
Gesundheitskompetenz fällt nicht vom Himmel – sie muss **geschult, geübt und gestärkt** werden. Im Gesundheitspunkt ist **Edukation kein Nebenschauplatz**, sondern integraler Bestandteil jeder Langzeitversorgung.

Ziel ist es, dass Patienten oder Patientinnen:

- ihre Erkrankung verstehen
- Warnzeichen deuten
- Medikamente korrekt anwenden
- eigenständig im Alltag handeln können

Formate der Edukation:

- **Einzelgespräche** mit MPK-K oder Pflege
- **Thematische Schulungsgruppen** (z. B. „COPD verstehen“, „Leben mit Diabetes“)
- **Selbsthilfematerialien** in einfacher Sprache
- **Digitale Lernmodule** über Connecteam und QR-Codes
- **Messschulungen** (z. B. Blutdruck, Blutzucker, Inhalation)



Grafik 19: Edukationspyramide – Vom Wissen zur Selbstwirksamkeit
→ Diese Pyramide zeigt die Stufen patientenzentrierter Edukation – von Information über Verständnis bis zur Handlungskompetenz.

Praxisbeispiel:

Ein Patient mit Herzinsuffizienz lernt, anhand seines Gewichtes frühzeitig Wassereinlagerungen zu erkennen – und meldet sich bei Anstieg frühzeitig. Er vermeidet damit eine Hospitalisation.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag“:
„Wer versteht, bleibt stabil – und übernimmt Verantwortung.“

7.2 Gruppenangebote & digitale Tools

Gruppenformate schaffen nicht nur Wissen, sondern auch **Gemeinschaft und Normalisierung**. Im Gesundheitspunkt gibt es regelmässig:

- Schulungsgruppen zu COPD, Diabetes, Schmerz, psychischer Belastung
- Bewegungskurse in Kooperation mit lokalen Partnern
- Ernährungsberatung in Gruppensitzungen

Diese Formate verbinden **Wissensvermittlung mit sozialer Stärkung**.

Digitalisierung ergänzt diese Arbeit:

- **Lernvideos** mit Untertiteln
- **Interaktive Quizze** zur Wissensfestigung

- **Apps für Selbstbeobachtung** und Eskalationssignale
- **Digitale Erinnerungshilfen** (z. B. Tabletteneinnahme)

Gruppenangebot	Zielgruppen	Ziel / Inhalt
Leben mit Diabetes	Typ-2-Diabetiker:innen	Ernährung, Bewegung, Blutzuckermanagement
Atemwege stärken	COPD-/Asthma-Patient:innen	Inhalation, Krisenvermeidung, Bewegung
Angehörige begleiten	Pflegende Angehörige	Überlastung, Netzwerk, rechtliche Themen
Demenz verstehen	Betroffene & Angehörige	Umgang, Verhalten, Kommunikation
Gesundheit digital	Alle mit Unsicherheiten	Apps, Blutdruck- & Gewichtstracking, Tools

Grafik 20: „Blended-Care"-Ansatz – Präsenz & Digital im Versorgungspfad
→ *Diese Grafik stellt das Zusammenspiel von persönlicher Betreuung und digitalen Angeboten dar – abgestimmt auf Patiententypen und Schulungsformate.*

Praxisbeispiel:

Eine COPD-Gruppe trifft sich alle zwei Wochen. Dazwischen bearbeiten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen ein digitales Lernmodul zur Inhalationstechnik. Beim nächsten Treffen wird das Wissen überprüft und angewendet.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag":
„Gemeinsam lernen stärkt – digital ergänzt."

7.3 Angehörige als Ressource einbinden

Gesundheitsversorgung betrifft nicht nur einzelne Menschen – sie betrifft ganze Lebenszusammenhänge. Wer chronisch krank ist, betreut wird oder Unterstützung braucht, ist selten allein. Angehörige spielen eine zentrale Rolle: Sie begleiten, unterstützen, motivieren – oft über Jahre. Doch diese Ressource ist nicht unerschöpflich. Angehörige brauchen Klarheit, Schulung und Anerkennung.

Im Gesundheitspunkt verstehen wir Angehörige nicht nur als „Mitbetroffene", sondern als aktive Mitgestaltende des Versorgungspfads – mit eigenen Bedürfnissen und eigener Belastung. Sie werden systematisch eingebunden, informiert und gestärkt.

Im Alltag bedeutet das:

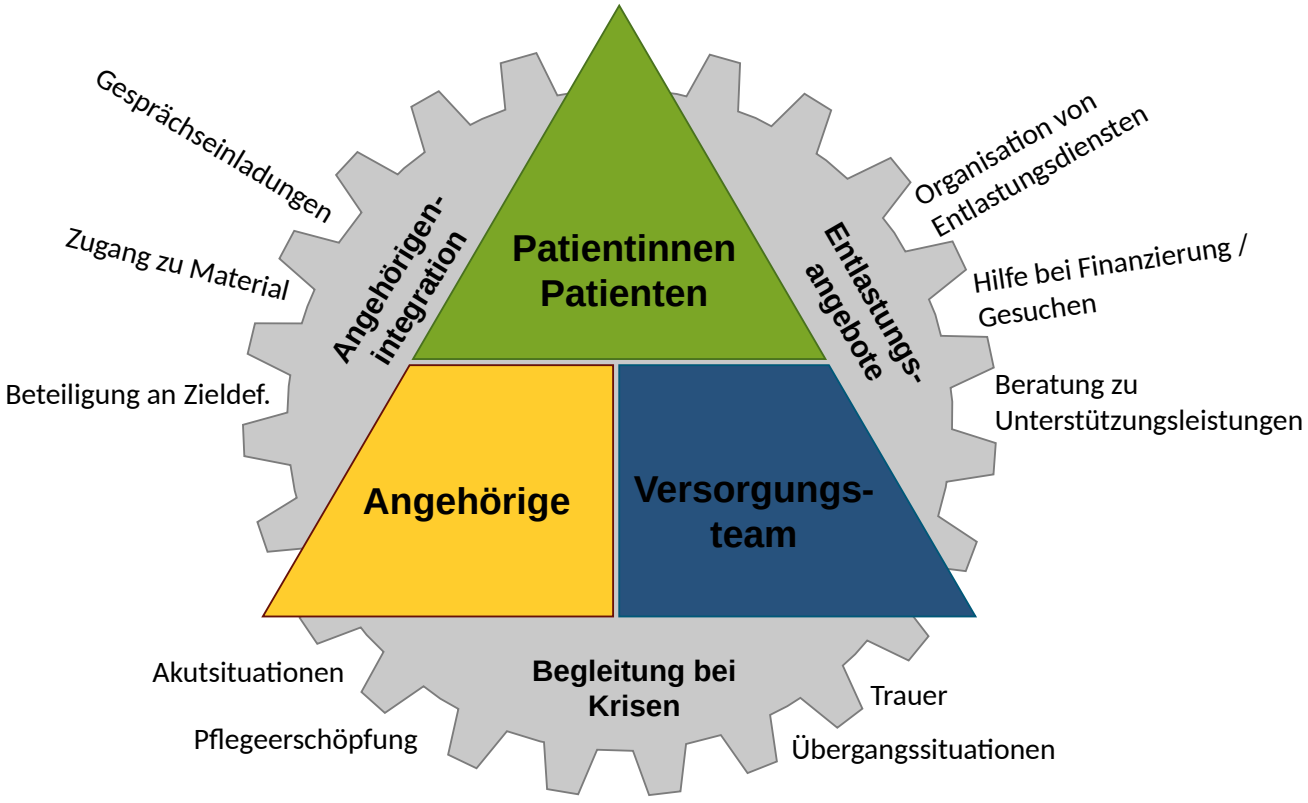
- Einbezug bei Ziel- und Behandlungsplanung, wenn gewünscht

- Begleitgespräche mit MPK oder Sozialarbeit, z. B. bei kognitiven Einschränkungen oder Pflegebelastung
- Gruppenangebote oder Schulungen für Angehörige, z. B. zu Demenz, Medikation oder Kommunikation
- Verweis an spezifische Entlastungsangebote, z. B. Spitex, Tagesstrukturen, Angehörigenberatung

Praxisbeispiel:

Die Tochter eines Patienten mit Alzheimer-Erkrankung meldet sich erschöpft. Statt ihr ein Formular mitzugeben, wird ein kurzes Angehörigengespräch organisiert. Die MPK-L erklärt Strukturhilfen, die Sozialarbeiterin vermittelt einen Entlastungsdienst. Drei Wochen später berichtet die Tochter, sie habe wieder Energie für den Alltag mit ihrem Vater.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag“:
„Wer Angehörige stärkt, stabilisiert das ganze System.“



Grafik 21: Versorgungsdreieck – Patient oder Patientin, Angehörige, Team
→ Diese Beziehungsgrafik stellt dar, wie Angehörige eingebunden werden: kommunikativ, strukturell und emotional.

Kapitel 8: Team gestalten – Kultur, Führung und Entwicklung

8.1 Schulung und Onboarding

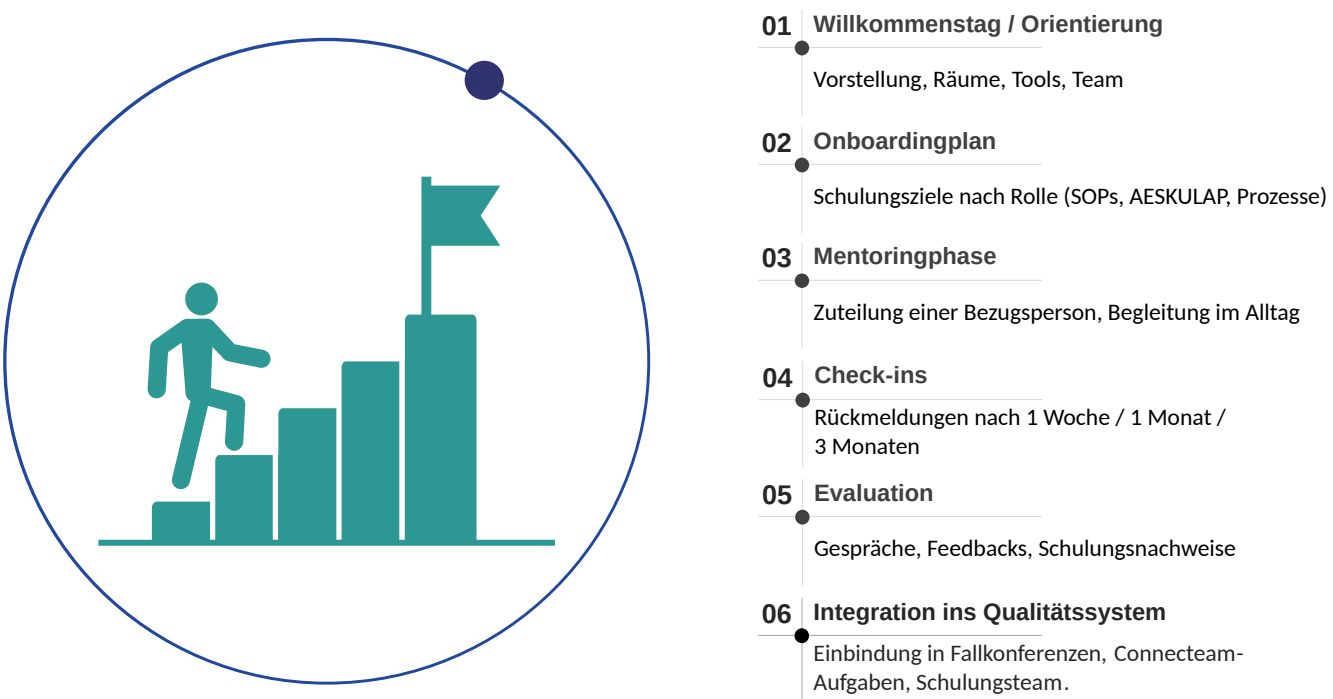
Ein gutes Team entsteht nicht durch Zufall – es wird **systematisch aufgebaut und begleitet**. Im Gesundheitspunkt beginnt jede Mitarbeit mit einem strukturierten Onboarding-Prozess.

Elemente des Onboardings:

- Einführung in die Praxisstruktur (Organigramm, Rollen, Tools)
- Schulung in ePraxis-System, Connecteam und SOPs
- Hospitation in verschiedenen Rollenbereichen
- Mentoring durch erfahrene MPK-K, MPAs oder Pflegekräfte
- Feedback- und Entwicklungsgespräch nach 3 Monaten

Ziel ist es, dass neue Kollegen und Kolleginnen **schnell arbeitsfähig**, aber auch **sozial integriert** sind. Onboarding ist nicht nur Information – es ist **Beziehungsaufbau im System**.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag“:
„Wer neu beginnt, soll begleitet sein – nicht allein.“



Grafik 22: Onboarding-Zyklus – Schritte zur Integration
→ Diese Grafik zeigt den strukturierten Ablauf vom ersten Arbeitstag bis zur vollen Integration: Schulung, Begleitung, Feedback, Reflexion.

Praxisbeispiel:

Eine neue Pflegefachfrau startet. Sie erhält an Tag 1 ihren Ablaufplan, Schulungszugang zu Connecteam, ein Einführungsgespräch mit der MPK-L und hospitiert an Tag 3 bei einer MPK-K-Fallführung. Nach zwei Wochen führt sie ihren ersten Chronikergesprächstermin begleitet von der MPK-K.

8.2 Führung mit Struktur und Haltung

Führung im Gesundheitspunkt ist **kooperativ, dezentralisiert und systemisch**. Die MPK-L trägt die formale Führungsverantwortung für das Gesamtteam – zusammen mit der ärztlichen Leitung und der Geschäftsführung.

Führungsinstrumente:

- **Regelmässige Teamrunden** (wöchentlich)
- **Jahresgespräche** mit individueller Entwicklungsplanung
- **Schulungsplanung** in Abstimmung mit Audit-Feedbacks
- **Konfliktmoderation** bei Bedarf, begleitet durch externe Supervision
- **Mitarbeit in Steuerungsgruppen**, z. B. für Qualität, Digitalisierung oder Edukation

Jede Berufsgruppe hat ihre eigene Leitungsebene – z. B. Pflegekoordination, MPA-Leitung, Sozialarbeitskoordination. Führung ist **nicht autoritär**, sondern **strukturiert, dialogisch und verbindlich**.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag“:
„Führung heisst: Struktur geben – nicht diktieren.“



Grafik 23: Führungsstruktur im Gesundheitspunkt – Überblick der Rollen und Schnittstellen

→ Diese Übersicht zeigt, wie die Führung verteilt ist: MPK-L, Ärztliche Leitung, Bereichsverantwortliche – mit klaren Kommunikationswegen.

Praxisbeispiel:

Im Team kommt es zu wiederholten Konflikten bei Übergaben. Die MPK-L initiiert eine Teammoderation, reflektiert die Kommunikations-SOP, passt die Rollenmatrix an – und sorgt für klare neue Abläufe.

8.3 Zufriedenheit und Entwicklung fördern

Der Gesundheitspunkt will **nicht nur Patienten und Patientinnen halten – sondern auch Mitarbeitende**. Arbeitszufriedenheit ist kein „Extra", sondern **zentrale Ressource** für Versorgung.

Massnahmen zur Zufriedenheit:

- Flexible Arbeitszeiten (Teilzeit, Jobsharing, Homeoffice-Anteile)
- Strukturierte Feedbacksysteme (Teamumfragen, Einzelgespräche)
- Interne Gesundheitsförderung (z. B. Bewegung, Achtsamkeit, Coachingangebote)
- Gemeinsame Teamanlässe (Retraite, Jahresessen, Lerncafés)
- Beteiligung an strategischen Fragen (z. B. über Arbeitsgruppen)

Parallel dazu gibt es **klare Entwicklungspfade** – z. B. von MPA zur MPK.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag":
„Zufriedenheit ist kein Bonus – sondern Voraussetzung für Qualität."



Grafik 24: Zufriedenheit ist systemisch

→ *Diese Matrix zeigt exemplarische Faktoren für Teambindung und Entwicklung*

Praxisbeispiel:

Eine MPA mit 60 % Pensum möchte sich weiterentwickeln. Gemeinsam mit der MPK-L wird ein Bildungsplan erstellt, das Pensum schrittweise aufgestockt und nach zwei Jahren übernimmt sie als MPK-K komplexe Fallführungen.

8.4 Nachwuchs fördern – Versorgung sichern

Eine Versorgung, die Bestand haben soll, braucht nicht nur Strukturen, sondern Menschen, die sie mittragen. Der Fachkräftemangel ist längst nicht mehr abstrakt – er zeigt sich im Alltag: bei unbesetzten Stellen, bei Engpässen in der Betreuung, bei überlasteten Teams. Besonders betroffen ist die ambulante Grundversorgung – ärztlich und nicht-ärztlich.

Der Gesundheitspunkt versteht sich nicht nur als Versorgungsort, sondern auch als Lernort. Die Förderung des Nachwuchses ist für uns keine Zusatzaufgabe, sondern ein zentraler Teil unserer Verantwortung. Denn wer heute ausbildet, sichert die Versorgung von morgen.

Unsere Haltung:

- Wer Wissen weitergibt, schafft Zukunft.
- Wer junge Menschen begleitet, stärkt auch das eigene Team.
- Wer ausbildet, wächst als Organisation.

Konkret bedeutet das:

- Ausbildung von MPAs, inkl. gezielter Einbindung in Versorgungsabläufe
- Praktika für Studierende der Medizin, Pflege oder Sozialen Arbeit
- Anleitung von Assistenzärzt:innen im Praxisjahr oder in Rotationen

- Strukturierte Onboarding-Phasen mit Lernzielen, Feedbackrunden und fester Begleitperson
- Mentor:innenfunktion durch MPK-L oder ärztliche Leitung

Praxisbeispiel:

Eine Studentin der Sozialen Arbeit begleitet im Rahmen eines 3-monatigen Praktikums die MPK-K bei Chroniker-Gesprächen. Nach anfänglicher Zurückhaltung entwickelt sie eine eigene Gesprächsstruktur, bringt Perspektiven zur Selbstwirksamkeit ein und schult später eine MPA-Gruppe zu Grundfragen sozialer Unterstützung. Das Team lernt mit – interprofessionell, auf Augenhöhe.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag“:
„Wer Nachwuchs fördert, heilt nicht nur heute – sondern gestaltet das Morgen.“



Grafik 25: Nachwuchs fördern – Versorgung sichern: vom Arbeitsplatz zum Lernort

→ Fachkräftemangel begegnen heisst: ausbilden, befähigen und weitergeben. Diese Grafik zeigt fünf konkrete Handlungsfelder, wie Versorgungspraxen gezielt zur Nachwuchssicherung beitragen – vom MPA-Lehrling bis zur systematischen Schulung anderer Teams. Das Modell wird als lernende Organisation sichtbar gemacht.

Kapitel 9: Versorgung weiterdenken – Politik, Region, Zukunft

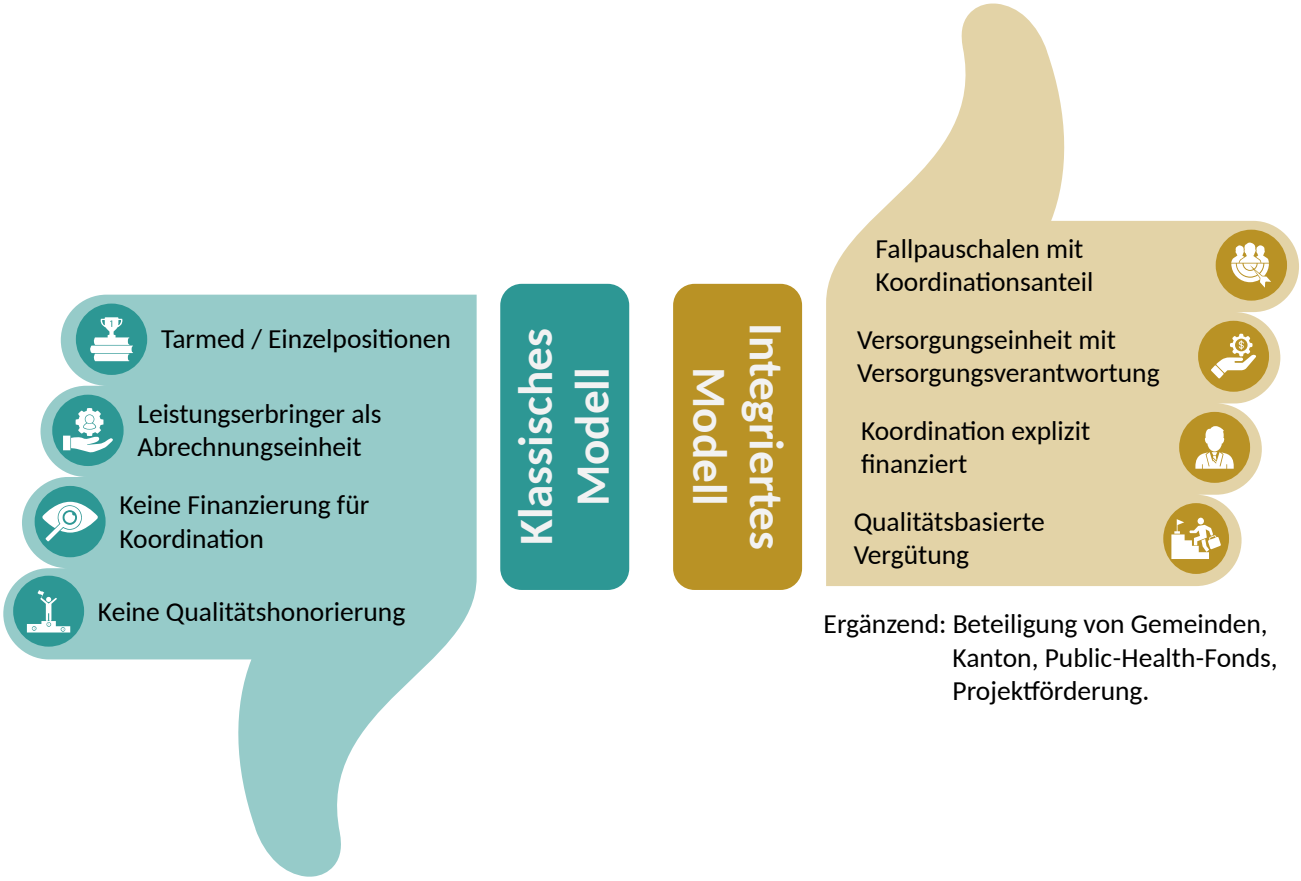
9.1 Neue Finanzierung für neue Versorgung

Integrierte Versorgung scheitert nicht an der Idee – sondern oft an der Finanzierung. Solange das Tarifsystem nur Einzelleistungen abbildet, bleiben Koordination, Beziehungspflege und Langzeitplanung unsichtbar – und damit unterfinanziert.

Der Gesundheitspunkt Oberägeri zeigt, dass ein Finanzierungsmix möglich ist. Dieser muss verschiedene Leistungen abdecken – von der Fallführung über digitale Begleitung bis zur Prävention.

Elemente des Finanzierungsmix:

- **Einzelleistungen nach Tarif (bis 2025 TARMED, seit 2026 TARDOC) und Analysen**
- **Gemeindebeiträge** für koordinative Leistungen (z. B. MPK-K-Funktion)
- **Projektpauschalen** für strukturierte Chronikerversorgung (CCM)
- **Zusammenarbeitsverträge** mit Kassen für integrierte Pfade
- **Beteiligung** an Pilotprogrammen auf kantonaler Ebene.“



Grafik 26: Finanzierungsmix – Bausteine einer tragfähigen Versorgung

→ Diese Infografik visualisiert die verschiedenen Säulen der Finanzierung – aufgeschlüsselt nach Quelle, Ziel und Anteil.

Praxisbeispiel:

Die Gemeinde Oberägeri leistet jährlich einen festen Beitrag zur MPK-Funktion, da klar ist: Wer heute koordiniert, verhindert morgen Notfälle, Fehlbehandlungen und Spitaleintritte.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag“:
„Wer Versorgung neu denkt, muss auch Finanzierung neu verhandeln

---

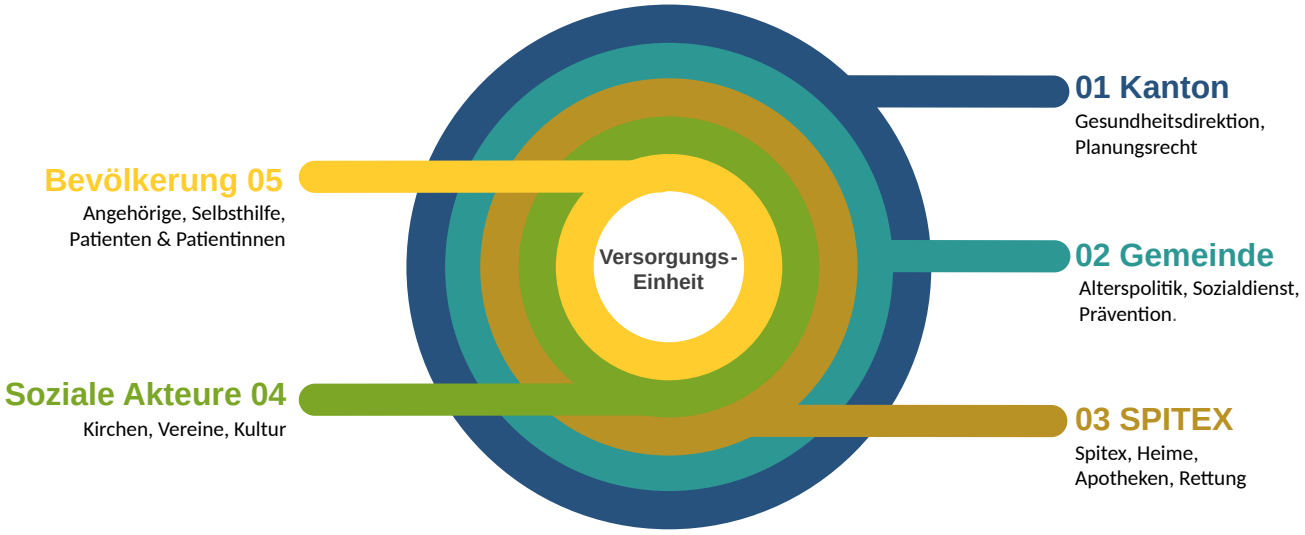
9.2 Versorgung als Teil des Gemeinwesens

Gesundheitsversorgung ist mehr als ärztliche Tätigkeit – sie ist Teil der sozialen Infrastruktur. Der Gesundheitspunkt versteht sich als aktiver Akteur im Gemeinwesen.

Strukturell verankert sind:

- Gemeinsame Plattformen mit Behörden und sozialen Diensten
- Netzwerktreffen zu Demenz, Armut, häuslicher Gewalt
- Gesundheitsbildung an Schulen
- Altersstrategien mit Gemeinde (z. B. Fachstelle Alter)
- Sozialberatung und MPK als Schnittstelle zum Alltag

Diese Gemeinwesenorientierung erhöht die Resilienz der Region.



Grafik 27: Versorgungslandschaft Ägerital – Partner & Ankerpunkte
→ Diese Netzwerkkarte zeigt, wie der Gesundheitspunkt mit Gemeinde, Spitex, Heimen, Schulen, Apotheken und Vereinen verbunden ist.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag“:
„Versorgung ist Daseinsvorsorge – kein Nebengeschäft.“

Praxisbeispiel:

Die Fachstelle Alter Ägerital wurde 2025 gegründet. Der Gesundheitspunkt ist Kooperationspartner, identifiziert Risikopatientinnen und -patienten, bietet Hausbesuche an und stimmt sich mit Spitex und Apotheken ab.

9.3 Modelltransfer – Vom Projekt zur Bewegung

Der Gesundheitspunkt Oberägeri ist mehr als ein Praxisstandort – er ist ein Lern- und Entwicklungsmodell. Was hier gelingt, kann auch andernorts gelingen – wenn Strukturen, Haltung und Ressourcen stimmen. Der Transfer eines Versorgungsmodells braucht jedoch mehr als gute Absichten: Es braucht Begleitung, Dokumentation, Wirkungsmessung und Verbündete.

Kernbausteine unseres Transfers:

- SOPs und Prozesshandbücher, die klar beschreiben, was funktioniert
- Schulungsteams, die andere begleiten (MPK, Ärzt:innen, IT, Sozialarbeit)
- Kooperationsvereinbarungen mit Gemeinden oder Kassen
- Pilotierung mit Wirkungsmessung (z. B. PROMs/PREMs)
- Workshops, Onboarding-Kits und Austauschformate

Beitrag der Stakeholder zur Förderung integrierter Versorgung

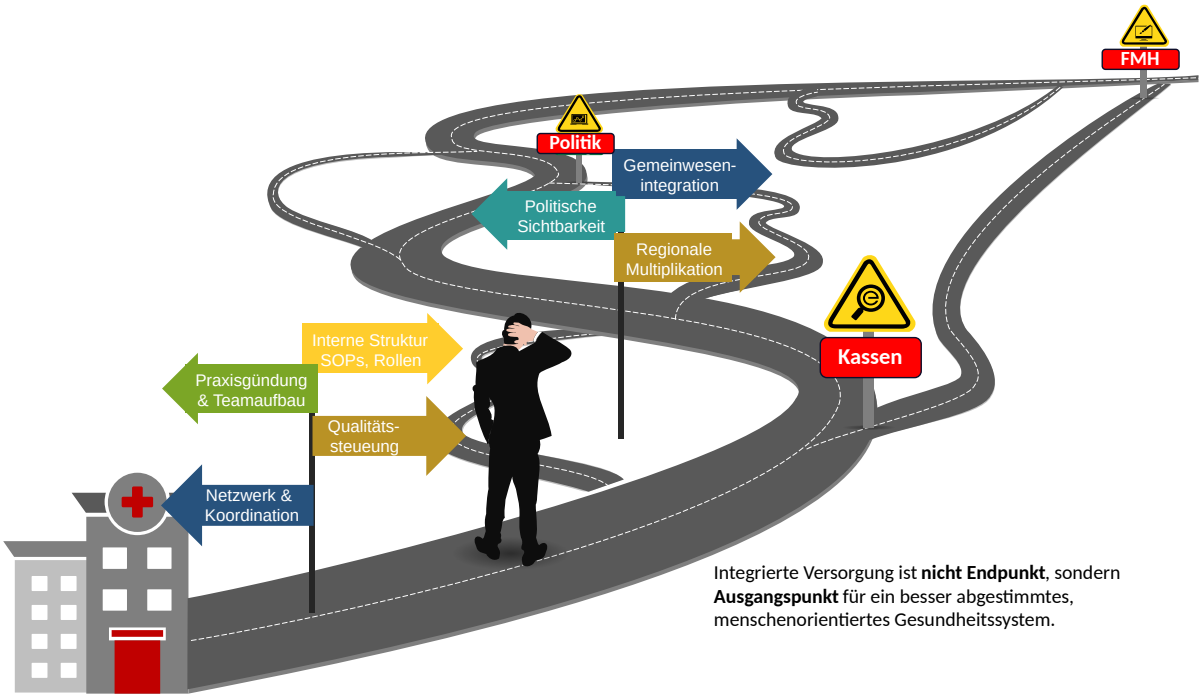
Stakeholder	***Beitrag zur Förderung***
Politik (Gemeinde/Kanton)	Gesetzlicher Rahmen, Finanzierung von Ausbildung (z. B. Praxisassistenz), Koordination auf kommunaler Ebene
Krankenkassen	Entwicklung von alternativen Vergütungsmodellen, Unterstützung bei Wirkungsmessung
Bildungseinrichtungen	Modernisierung von Curricula (MPK, Pflege, Sozialarbeit), Förderung von Interprofessionalität
Gesundheitsberufe	Wissenstransfer, Multiplikation funktionierender Ansätze, Schulung neuer Teams
Patientenvertretungen	Feedbacksysteme mitgestalten, Gesundheitskompetenz stärken, Mitwirkung an Zieldefinition

Ein nachhaltiger Transfer gelingt nur, wenn alle relevanten Stakeholder aktiv einbezogen werden – frühzeitig und partnerschaftlich. Jede Gruppe bringt eigene Ressourcen und Perspektiven ein.

Praxisbeispiel:

Im Rahmen eines geplanten Transfers wird gemeinsam mit einer benachbarten Gemeinde, einer Fachhochschule und einer grossen Krankenkasse ein Schulungscurriculum für MPK entwickelt – basierend auf realen Versorgungspfaden und digitalen Tools aus dem Gesundheitspunkt.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag“:
„Was viele tragen, kann viele erreichen.“



Grafik 28: Versorgung weiterdenken – Vom lokalen Modell zur systemischen Bewegung
→ Diese Grafik stellt den Gesundheitspunkt als übertragbares Modell integrierter Versorgung dar. Sie zeigt auch die Scheidewege: Die Stakeholder werden als unverzichtbare Mitträger einer kooperativen Skalierung sichtbar gemacht.

Schlusswort: Versorgung ermöglichen – jeden Tag, für alle

Der Gesundheitspunkt Oberägeri ist mehr als ein medizinisches Modell – er ist eine Haltung. Eine Haltung, die sagt: Versorgung ist nicht das, was man tut – sondern **wie man denkt, strukturiert, begleitet und ermöglicht**.

Diese Haltung basiert auf Vertrauen:

- Vertrauen in die Fähigkeiten des interprofessionellen Teams
- Vertrauen in Patienten oder Patientinnen als aktive Mitgestalter und Mitgestalterinnen
- Vertrauen in Strukturen, die Fehler nicht bestrafen, sondern verhindern
- Vertrauen in das Gemeinwesen, das Gesundheitsversorgung als Infrastruktur versteht

Was in Oberägeri funktioniert, funktioniert nicht, weil es perfekt ist. Sondern weil es **konsequent denkt**, **gemeinsam lernt** und **ständig verbessert** wird.

Gesundheitspunkt „Spruch zum Tag“:
„Versorgung ist nie fertig – aber immer gestaltbar.“

Fazit: Was bleibt – und was kommt

Dieses Buch hat gezeigt:

- Integrierte Versorgung ist machbar – strukturiert, menschlich, lokal.
- Qualität entsteht durch Klarheit, Schulung, Feedback und Haltung.
- Rollen müssen definiert, gelebt und weiterentwickelt werden.
- Digitale Tools sind Werkzeuge – nicht Ersatz für Beziehung.
- Gemeinwesenarbeit ist kein Extra – sondern systemischer Teil von Versorgung.
- Finanzierung muss das Neue ermöglichen – nicht das Alte absichern.

Was jetzt zählt, ist Transfer. Teilen. Anpassen. Mut zeigen. Verantwortung übernehmen.

Gesundheit ist gestaltbar. Vor Ort. Mit Menschen. Für morgen.

FAQs – häufige Fragen aus der Praxis

1. Ist das Modell auch auf kleinere oder grössere Gemeinden übertragbar?

Ja – die Prinzipien sind skalierbar. Die Struktur wird an die Versorgungsdichte und vorhandenen Ressourcen angepasst.

2. Wie finanziert man MPK-K und MPK-L in einer Tariflogik, die das nicht vorsieht?

Über Mischmodelle: Gemeindebeiträge, Projektmittel, Kassenkooperationen, langfristig durch neue Tarifvereinbarungen.

3. Was passiert, wenn das Team wechselt oder Personen ausfallen?

Die Struktur ist stabil: SOPs, digitale Tools und Rollenverankerung sichern die Kontinuität. Vertretung ist eingeplant.

4. Wie kann man mit wenig Ressourcen starten?

Mit einem klaren Fokus: z. B. chronische Versorgung oder Sozialberatung. Klein anfangen, Wirkung messen, schrittweise ausbauen.

5. Wer hilft bei der Übertragung des Modells in andere Regionen?

Der Gesundheitspunkt bietet Schulung, Beratung und Material – in Zusammenarbeit mit Gemeinden, Fachstellen und Bildungspartnern.