



**Universität
Zürich**^{UZH}

Institut für Hausarztmedizin

USZ Universitäts
Spital Zürich

**UNIVERSITÄT
LUZERN**

Zentrum für Hausarztmedizin & Community Care



Quadrimed
Crans-Montana

Fr 23. Jan. 2026

10.20-11.10 / 11.25-12.15

Back to the Future:

Hausarztmedizin 2050

Prof. Dr. med. Stefan Neuner-Jehle

Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich

Zentrum für Hausarztmedizin & Community
Care, Universität Luzern



Universität
Zürich^{UZH}

Institut für Hausarztmedizin

USZ Universitäts
Spital Zürich

UNIVERSITÄT
LUZERN

Zentrum für Hausarztmedizin



Keine Interessenkonflikte



Alle Gender-Formulierungen
gleichwertig gemeint



Optimist



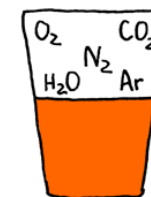
Pessimist



Realist



Utopist



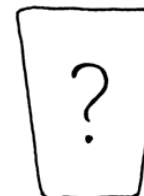
Scientist



Nihilist



Surrealist



Scepticist



Opportunist

© annystudio.com



*„Prognosen sind schwierig, vor allem,
wenn sie die Zukunft betreffen“*

(gemäss Wikipedia unklare Herkunft)



Universität
Zürich^{UZH}

Institut für Hausarztmedizin

USZ Universitäts
Spital Zürich

UNIVERSITÄT
LUZERN

Zentrum für Hausarztmedizin & Community Care

Demografische Alterung und Folgen







Universität
Zürich^{UZH}

Institut für Hausarztmedizin

USZ Universitäts
Spital Zürich

UNIVERSITÄT
LUZERN

Zentrum für Hausarztmedizin & Community Care





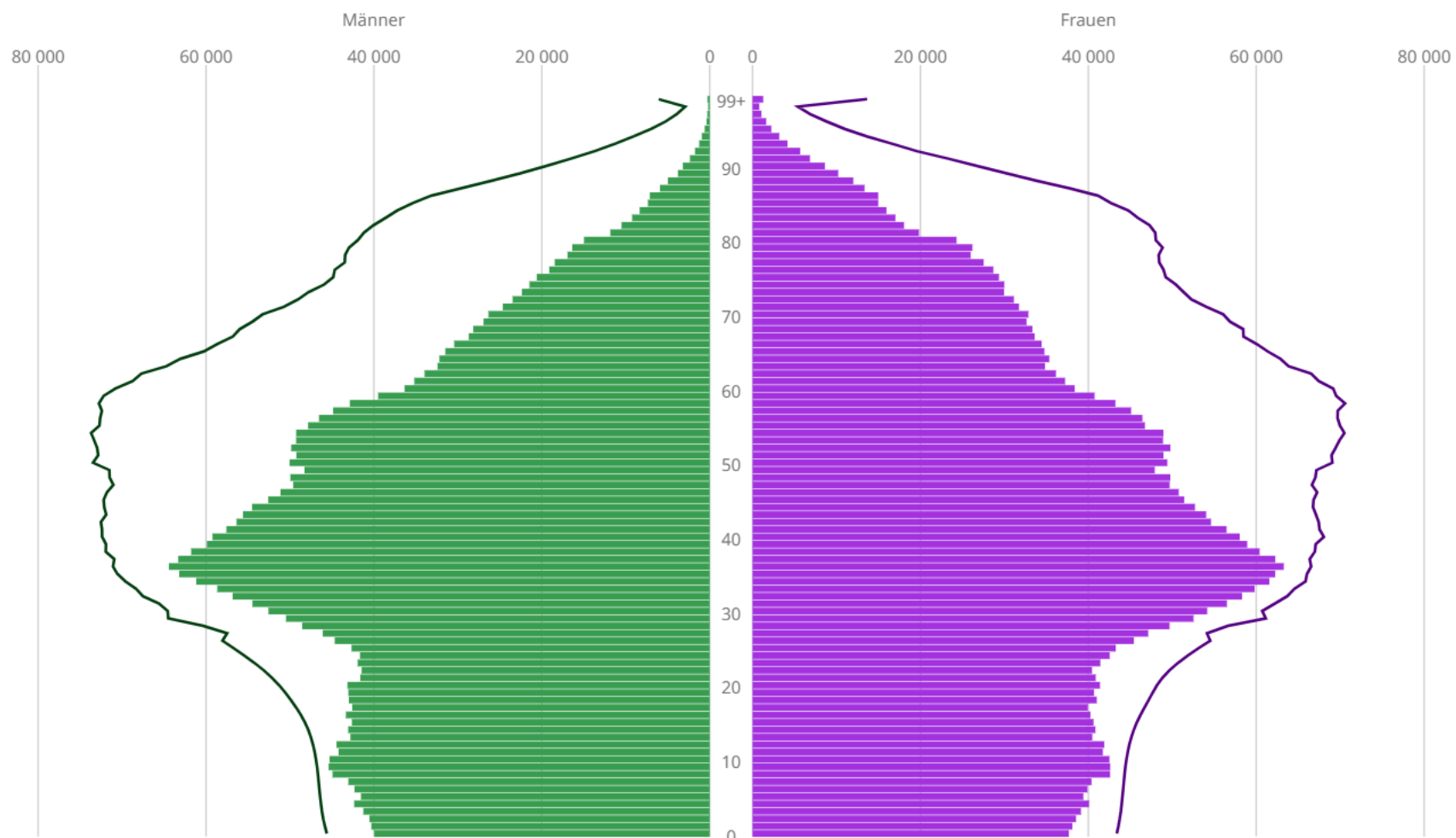
Universität
Zürich^{UZH}

Institut für Hausarztmedizin

USZ Universitäts
Spital Zürich

UNIVERSITÄT
LUZERN

Zentrum für Hausarztmedizin & Community Care





Universität
Zürich^{UZH}

Institut für Hausarztmedizin

USZ Universitäts
Spital Zürich

UNIVERSITÄT
LUZERN

Zentrum für Hausarztmedizin & Community Care





Universität
Zürich^{UZH}

Institut für Hausarztmedizin

USZ Universitäts
Spital Zürich

UNIVERSITÄT
LUZERN

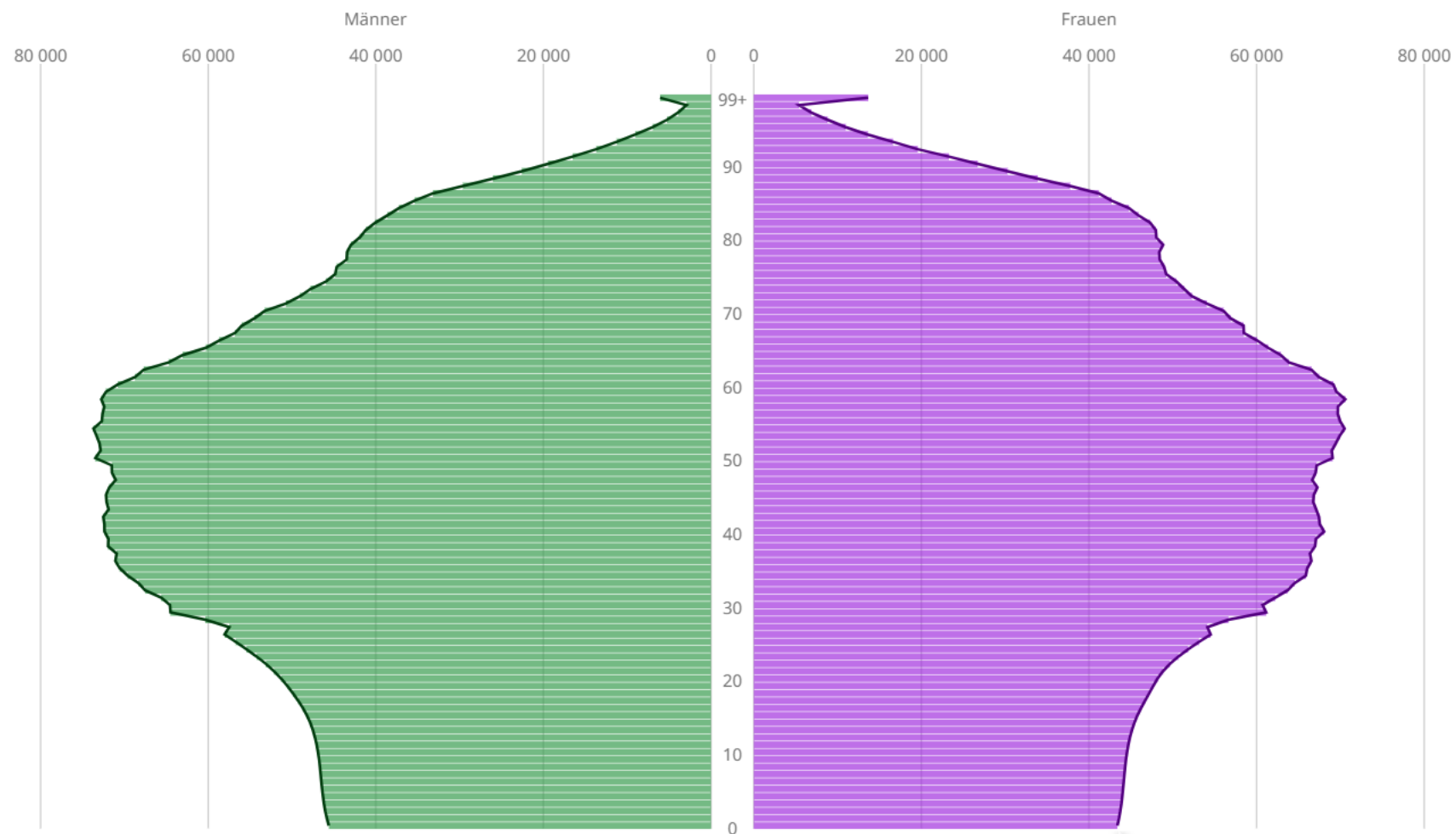
Zentrum für Hausarztmedizin & Community Care



2050

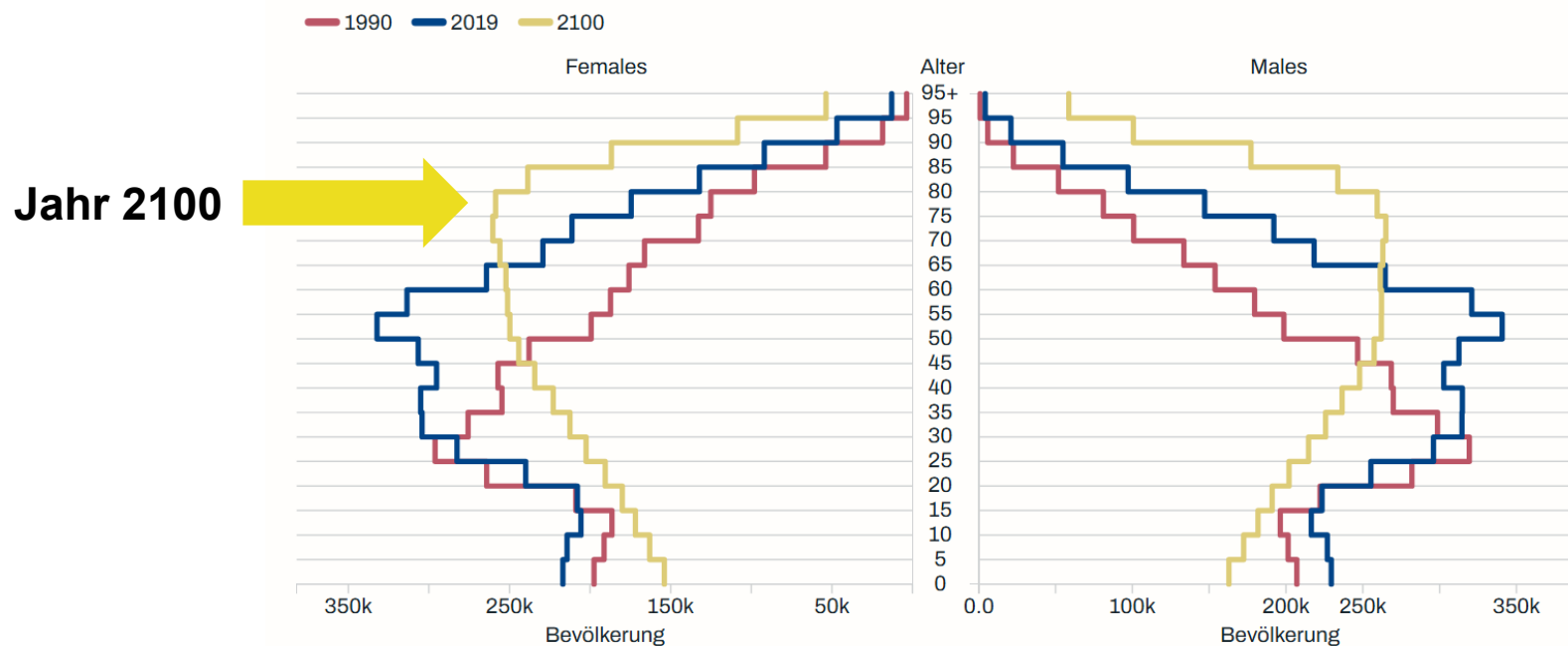
2055

2050





Wie viele ältere Menschen im Vergleich zu jüngeren gibt es in der Bevölkerung und wie werden sich diese Muster ändern?



Altersstruktur der Bevölkerung für Männer und Frauen in den Jahren 1990, 2019 (Referenzszenario) und 2100 (Referenzszenario). Prognostizierte Daten basierend auf den Ergebnissen des Global Burden of Disease 2017. Siehe die diesbezügliche Publikation: [Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study](https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/switzerland?language=52)



Universität
Zürich^{UZH}

Institut für Hausarztmedizin

USZ Universitäts
Spital Zürich

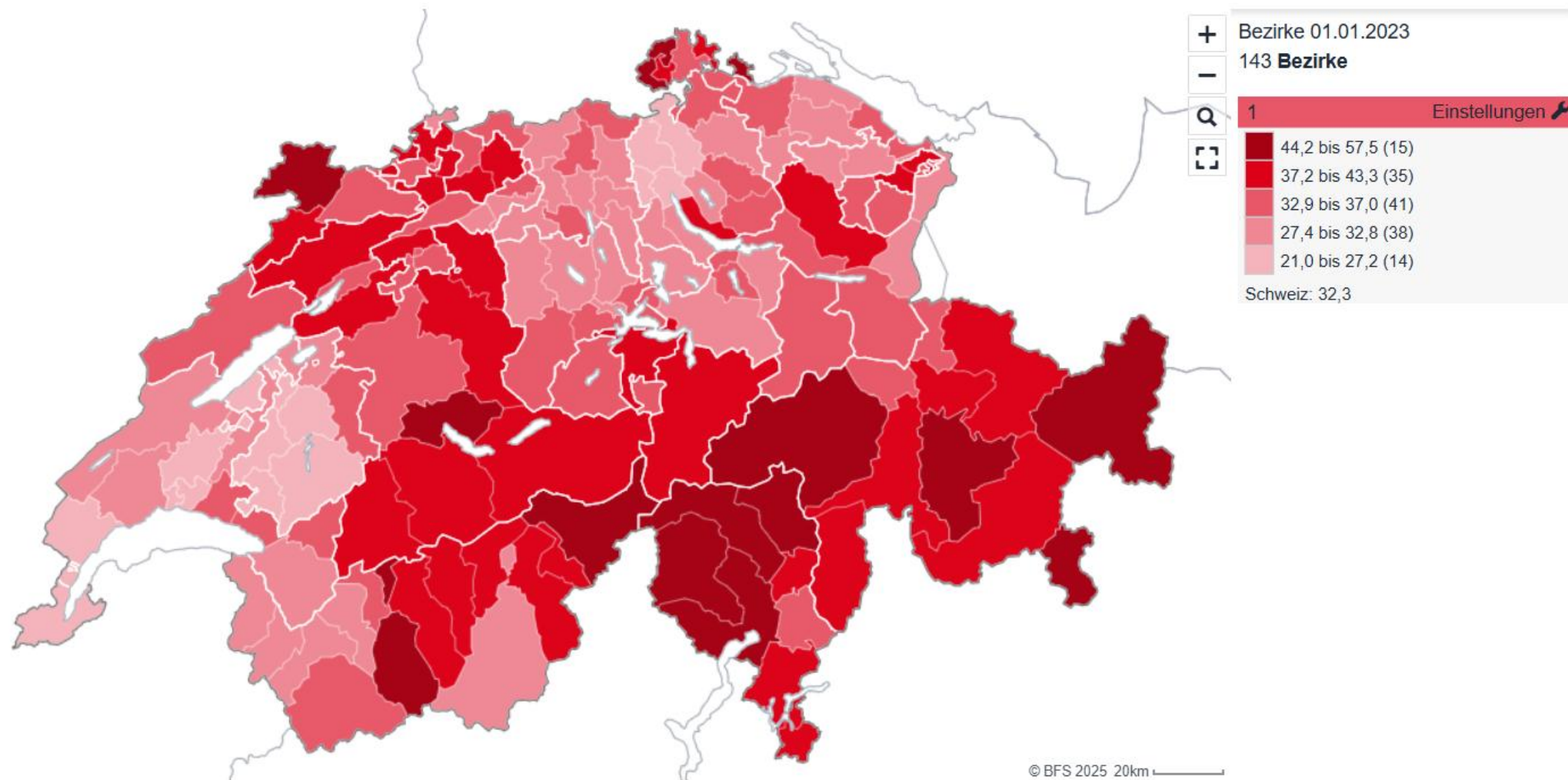
UNIVERSITÄT
LUZERN

Zentrum für Hausarztmedizin & Community Care

Regionen

Altersquotient 2024 ▼

AKTIONEN ⚙





Universität
Zürich^{UZH}

USZ Universitäts
Spital Zürich

Institut für Hausarztmedizin

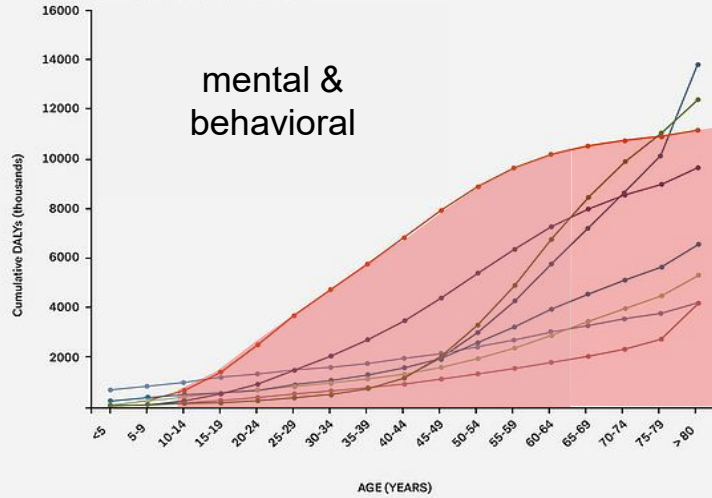
UNIVERSITÄT
LUZERN

Zentrum für Hausarztmedizin & Community Care

Krankheitslast

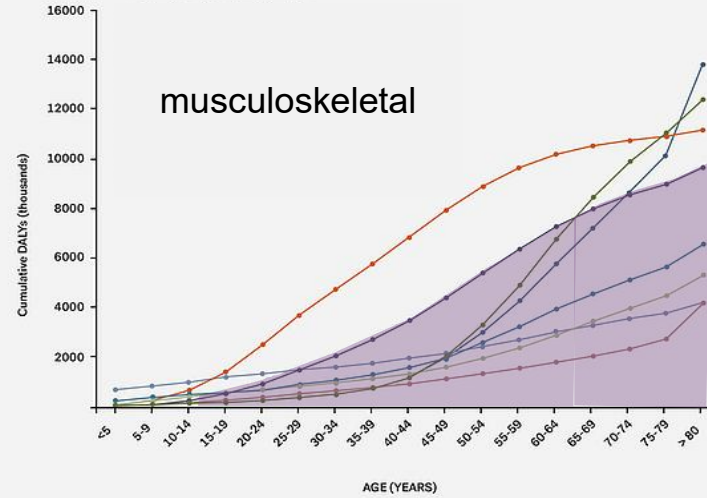
Cumulative U.S. DALYs* for the Leading Disease/Disorder Categories (2010)

*Disability-adjusted life year, which is the number of years lost due to ill-health



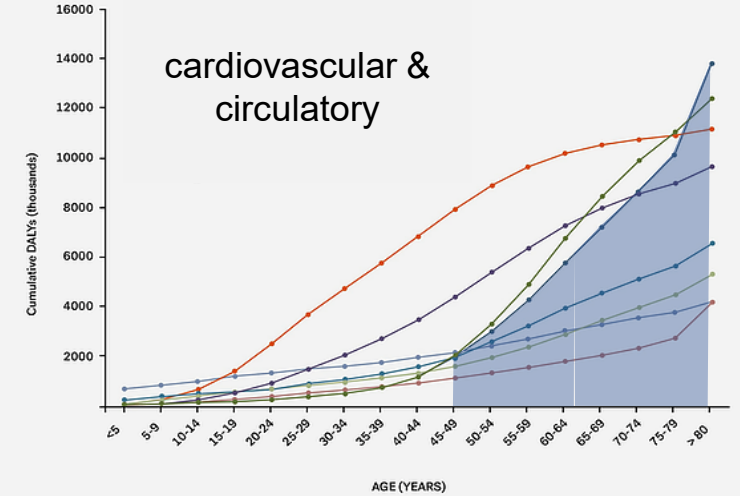
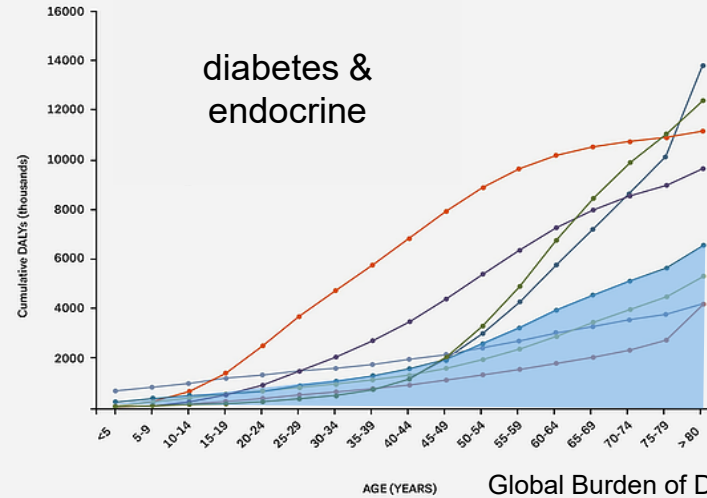
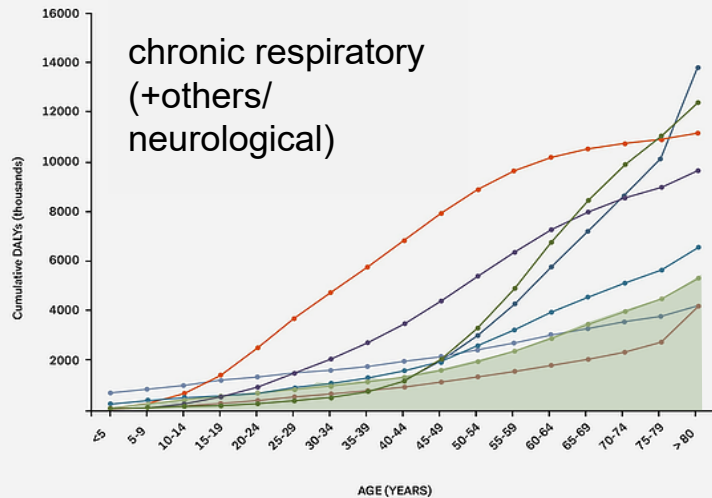
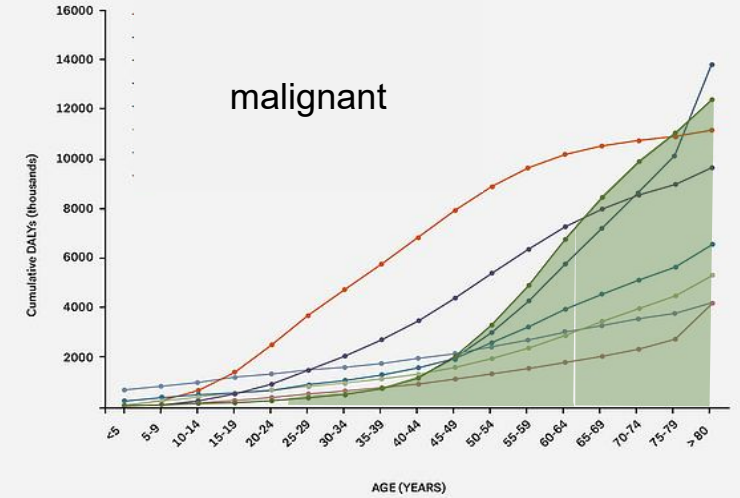
Cumulative U.S. DALYs* for the Leading Disease/Disorder Categories (2010)

*Disability-adjusted life year, which is the number of years lost due to ill-health



Cumulative U.S. DALYs* for the Leading Disease/Disorder Categories (2010)

*Disability-adjusted life year, which is the number of years lost due to ill-health



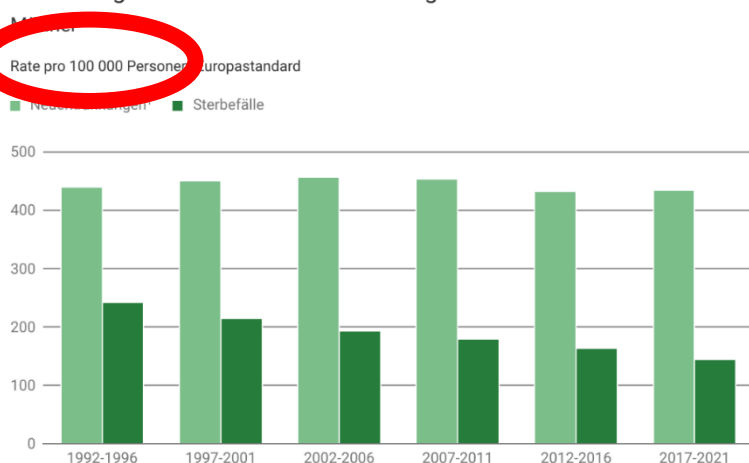
Global Burden of Disease



Krebsinzidenz und –Mortalität letzte 20 Jahre in der Schweiz



Krebs insgesamt: zeitliche Entwicklung

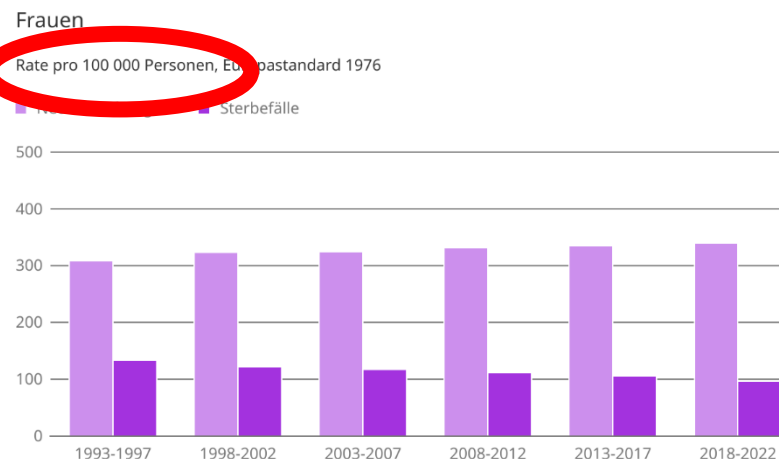


¹ Neuerkrankungen geschätzt aufgrund der Daten der Krebsregister; ohne nicht-melanotischer Hautkrebs

Datenstand: 28.06.2024, veröffentlicht: 10.12.2024
Quelle: NKRS, BFS – CoD, BFS – NKS

gr-d-14.03.03.03.30e-su-a
© BFS 2024

Krebs insgesamt: zeitliche Entwicklung



¹ Neuerkrankungen geschätzt aufgrund der Daten der Krebsregister; ohne nicht-melanotischer Hautkrebs

Datenstand: 05.08.2025, veröffentlicht: 10.11.2025
Quelle: NKRS, BFS – CoD, BFS – NKS

gr-d-14.03.03.03.30e-su-b
© BFS 2025

Krebsfälle / Krebs-Todesfälle
Schweiz **2040** im Vrgl. zu 2022:

Neue Fälle + 30%

Sterbefälle + 41%



Universität
Zürich^{UZH}

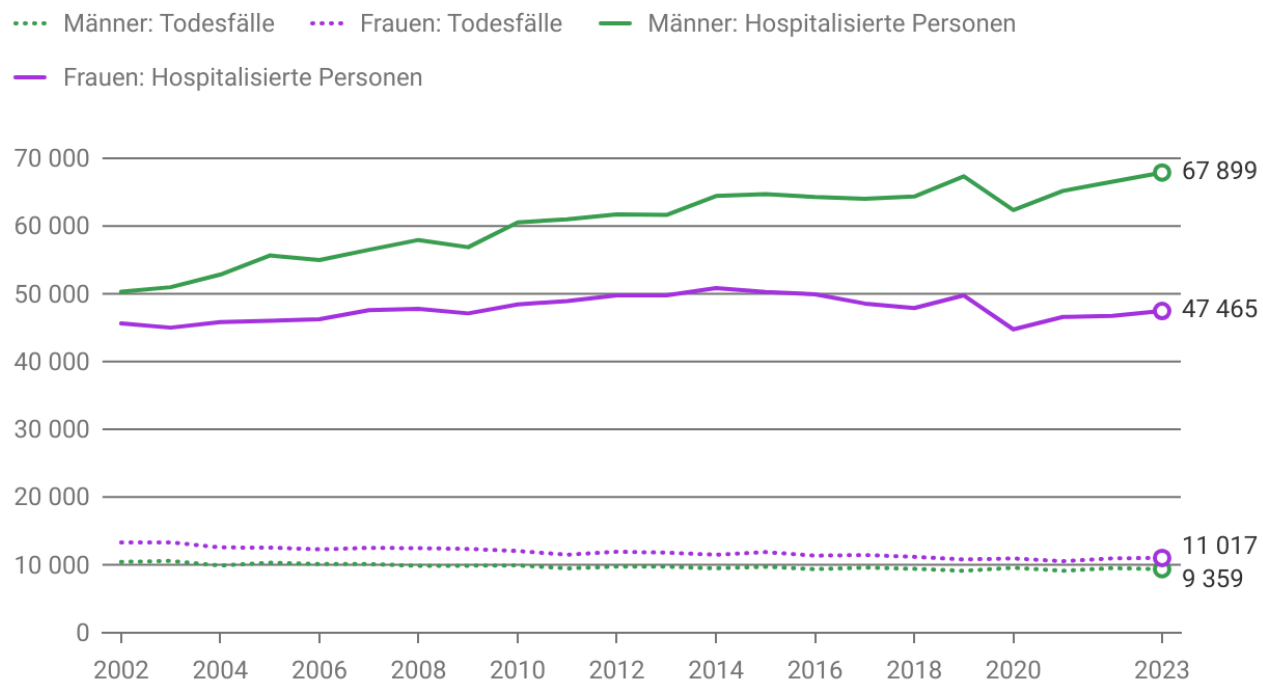
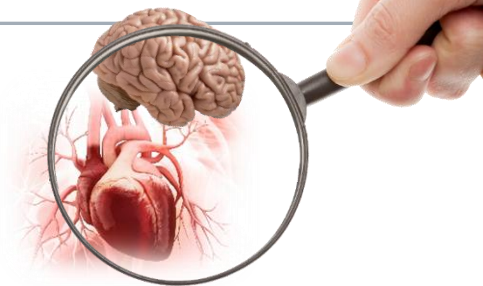
Institut für Hausarztmedizin

USZ Universitäts
Spital Zürich

UNIVERSITÄT
LUZERN

Zentrum für Hausarztmedizin & Community Care

Inzidenz und –Mortalität Herz-Kreislauf-Erkrankungen letzte 20 Jahre in der Schweiz



Inzidenz: + 20%

Mortalität: - 14%

Datenstand: 16.12.2024

Quelle: BFS – Todesursachenstatistik (CoD) und Medizinische Statistik der
Krankenhäuser (MS)

gr-d-14.03.03.01.01

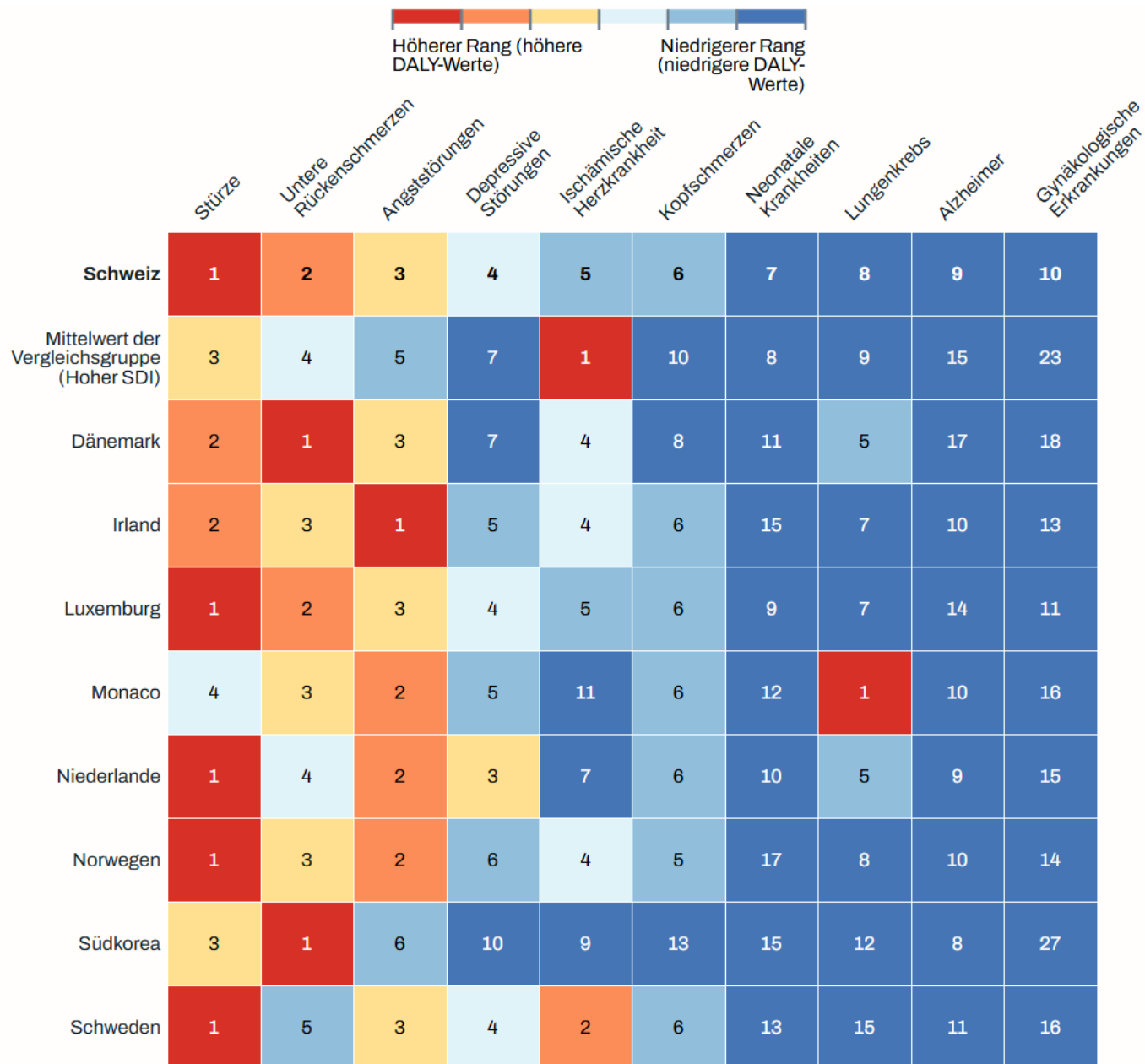
© BFS 2024

DALY

Disability Adjusted Life Year is a measure of overall disease burden, expressed as the cumulative number of years lost due to ill-health, disability or early death



Healthy life





Gesundheit2030 – Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates

Tendenzen und Wahrnehmungen im schweizerischen Gesundheitswesen

Hohe Lebenserwartung



Allgemein guter
Gesundheitszustand



Hohe Zufriedenheit
mit Gesundheitswesen



Guter Zugang zur
Gesundheitsversorgung



Immer mehr chronische, pflege-
intensive Krankheiten am Lebensende



Immer mehr nichtübertragbare
Krankheiten



Mühe bei Prämienfinanzierung



Ungleiche Chancen auf Gesundheit
je nach sozioökonomischem Status



Universität
Zürich^{UZH}

Institut für Hausarztmedizin

USZ Universitäts
Spital Zürich

UNIVERSITÄT
LUZERN

Zentrum für Hausarztmedizin & Community Care

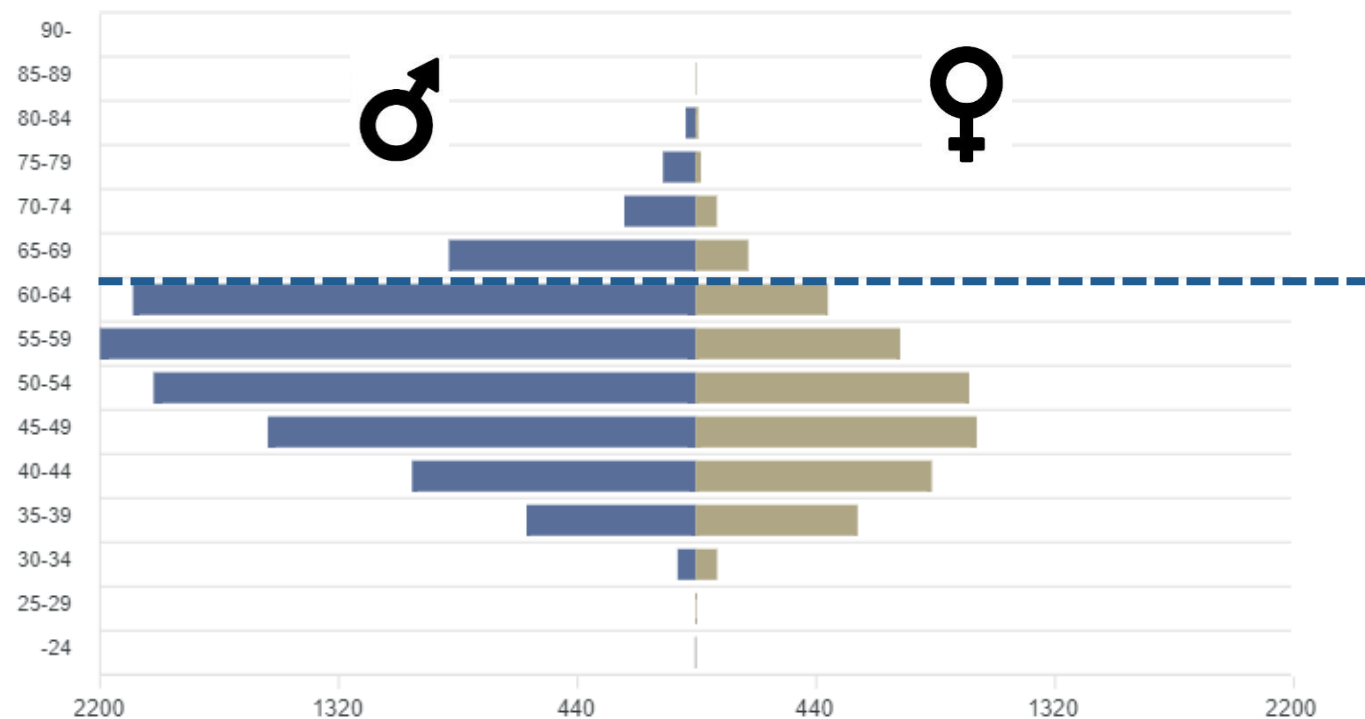
Demografische Alterung und Folgen



Hausärztinnen/ärzte



2010



Ärztinnen und Ärzte im Praxissektor
knapp die Hälfte davon GrundversorgerInnen



Universität
Zürich^{UZH}

Institut für Hausarztmedizin

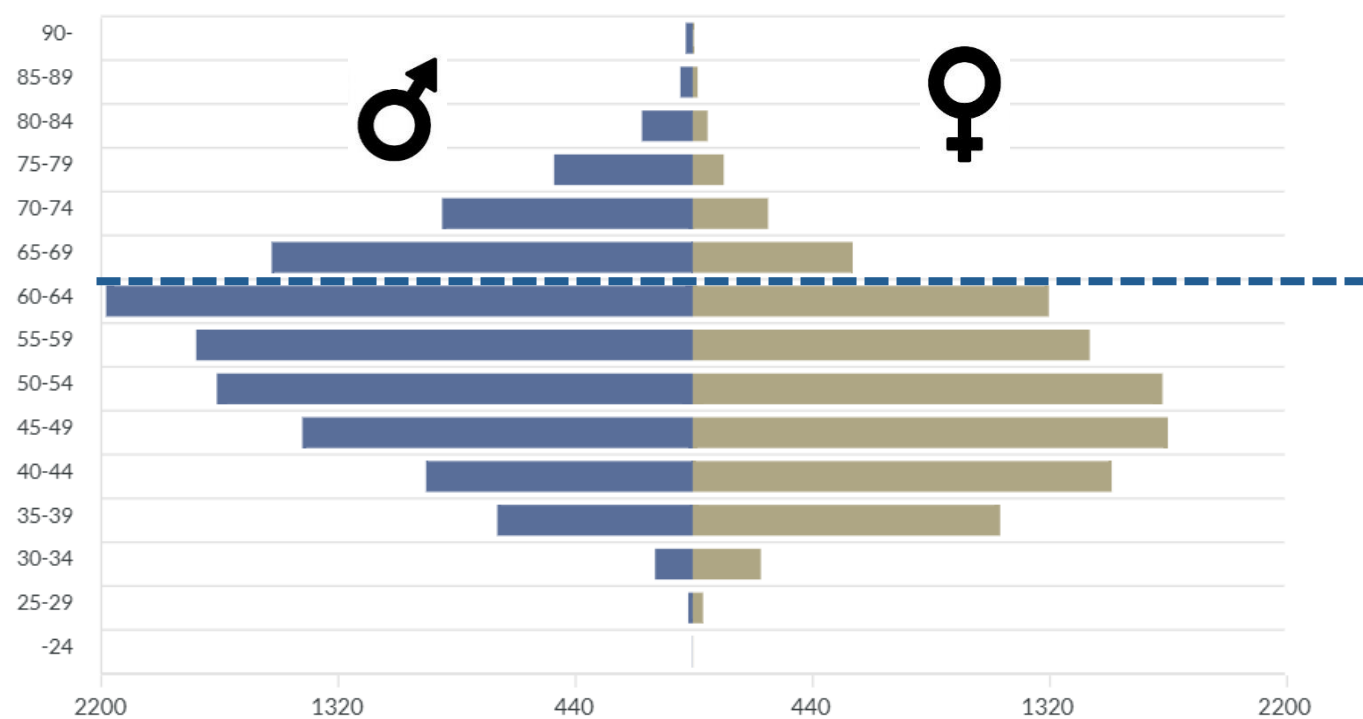
USZ Universitäts
Spital Zürich

UNIVERSITÄT
LUZERN

Zentrum für Hausarztmedizin & Community Care

Ärztedemografie

2024



13% der HÄ arbeiten übers Pensionierungsalter hinaus.

www.fmh.ch/dienstleistungen/statistik/indikatoren.cfm



Universität
Zürich^{UZH}

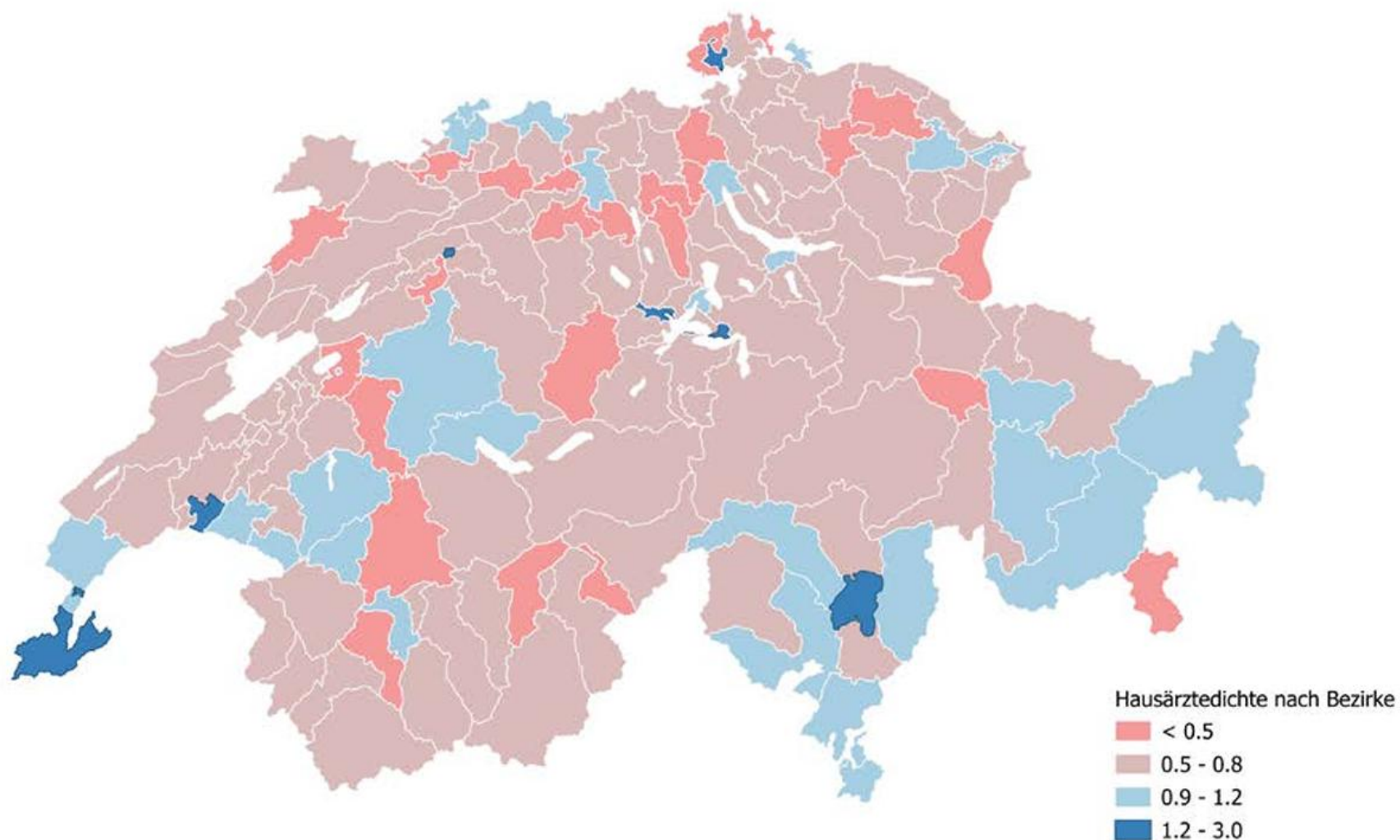
Institut für Hausarztmedizin

USZ Universitäts
Spital Zürich

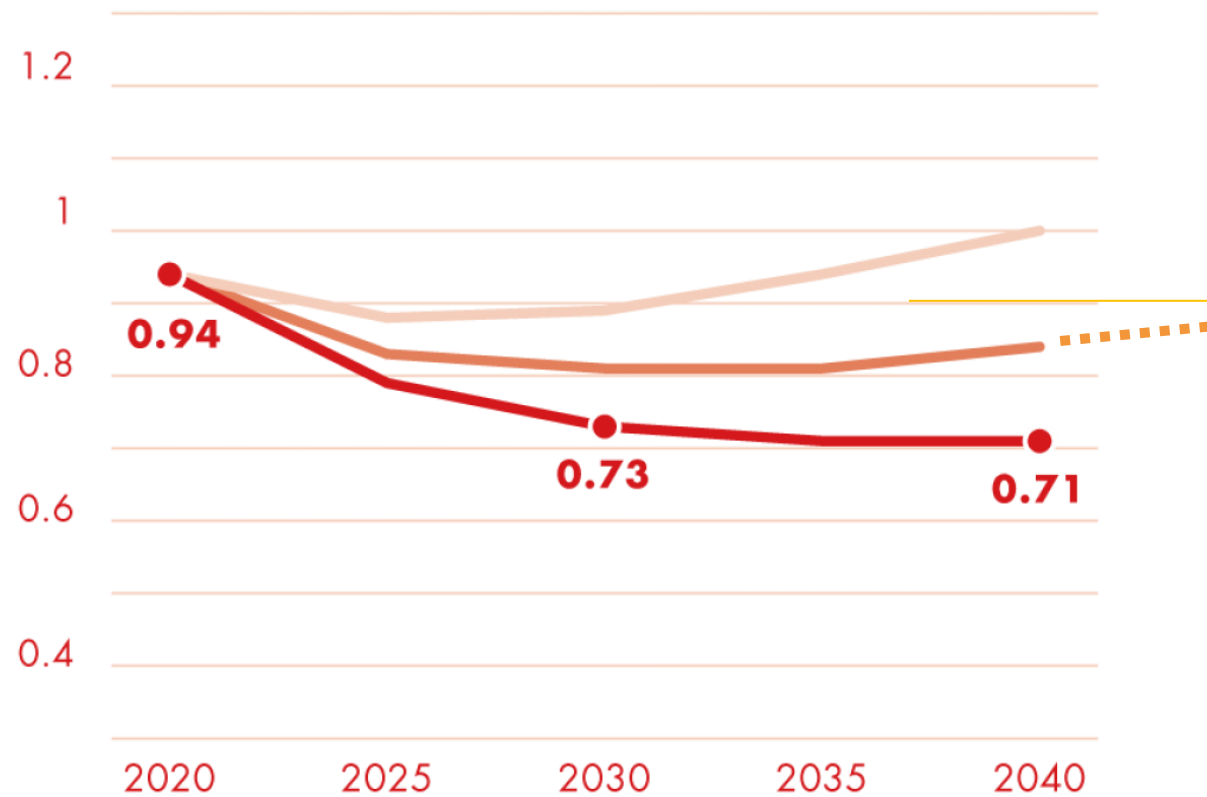
UNIVERSITÄT
LUZERN

Zentrum für Hausarztmedizin & Community Care

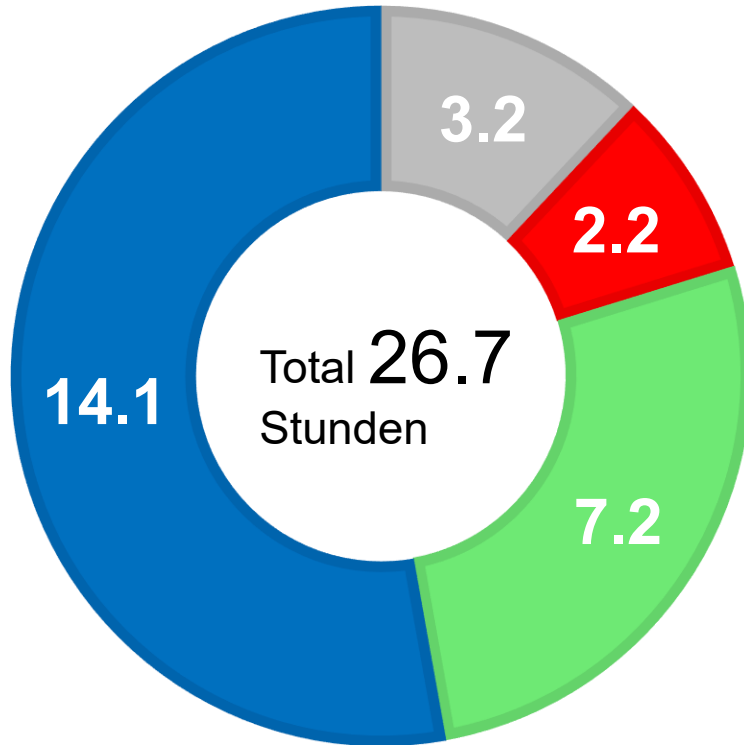
Regionen



Anzahl Grundversorger pro 1000 Einwohner



2050



Der hausärztliche Arbeitstag

Sacrificing patient care for prevention: distortion of the role of general practice

Expansion of preventive clinical recommendations in primary care has had the unintended consequence of destabilising this foundation of the healthcare system, argue **Minna Johansson and colleagues**

Stephen A Martin,¹ Minna Johansson,^{2,3} Iona Heath,⁴ Richard Lehman,⁵ Christina Korownyk⁶

For thousands of years, clinicians cared exclusively for people who were sick. Only over the past five decades has primary care's focus been increasingly redirected towards risk, not symptoms.¹ The change to medical prevention was ushered in during the late 1960s, when diuretic treatment of diastolic blood pressures of 115-129 mm Hg was found to prevent cardiovascular events with a number needed to treat (NNT) of 6 people a year.²⁻⁴

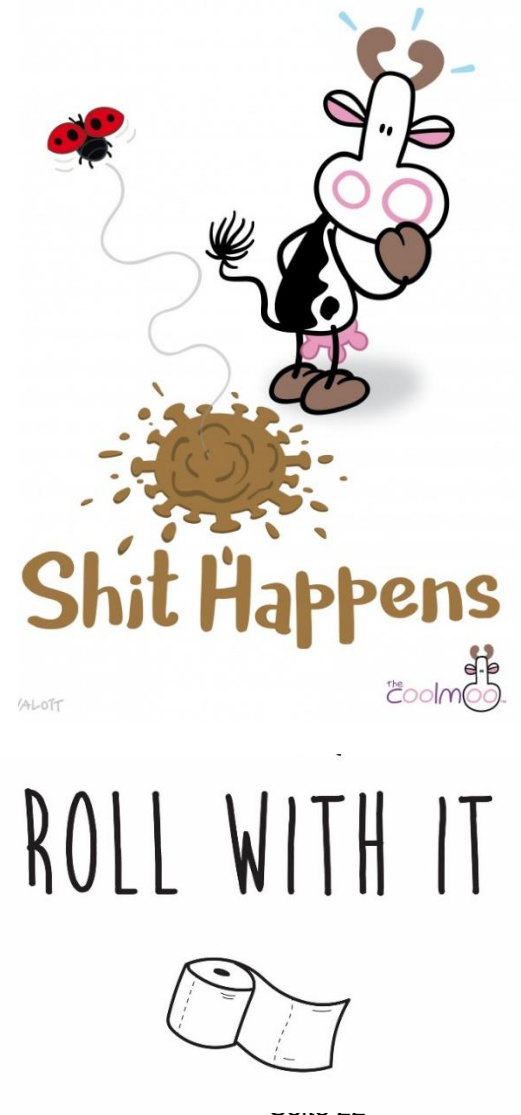
This beneficial intervention was targeted at a high risk population. However, today primary care is increasingly asked to prevent disease in lower risk populations that, at times, compose the majority of the population. Lower baseline risk leads to higher numbers of patients needed to screen and treat—ranging from the hundreds to infinity.⁵ Although the principle of “prevention is better than cure” is intuitively appealing, it is also empirically limited and distorts clinical relationships: the expansion of and focus on primary prevention interventions for low risk patients is incongruous for a profession dedicated to the relief of suffering.

This expansion of medical territory—without a commensurate benefit or an impossible expansion of time—is a major contributor to the primary care crisis in many high income countries. To save primary care from collapse, the enthusiasm for minimally beneficial clinical preventive services in asymptomatic, low risk populations must be curbed and responsibility for primary disease prevention returned or reassigned to public health.

Reconciling competing demands with patient needs

Each new prevention activity or expanded target population exacts an unacknowledged opportunity cost on primary care.⁶ Because time cannot proportionally increase, each extra act of prevention should create improved health outcomes beyond the status quo of caring for sick people. But prevention recommendations are rarely (if ever) evaluated with this perspective. For example, US primary care physicians require 27 hours each work day to follow guideline recommendations, with more than half of that time directed to prevention interventions (fig 1).⁷

- Dokumentation / Admin
- akute Erkrankungen
- chronische Erkrankungen
- Prävention



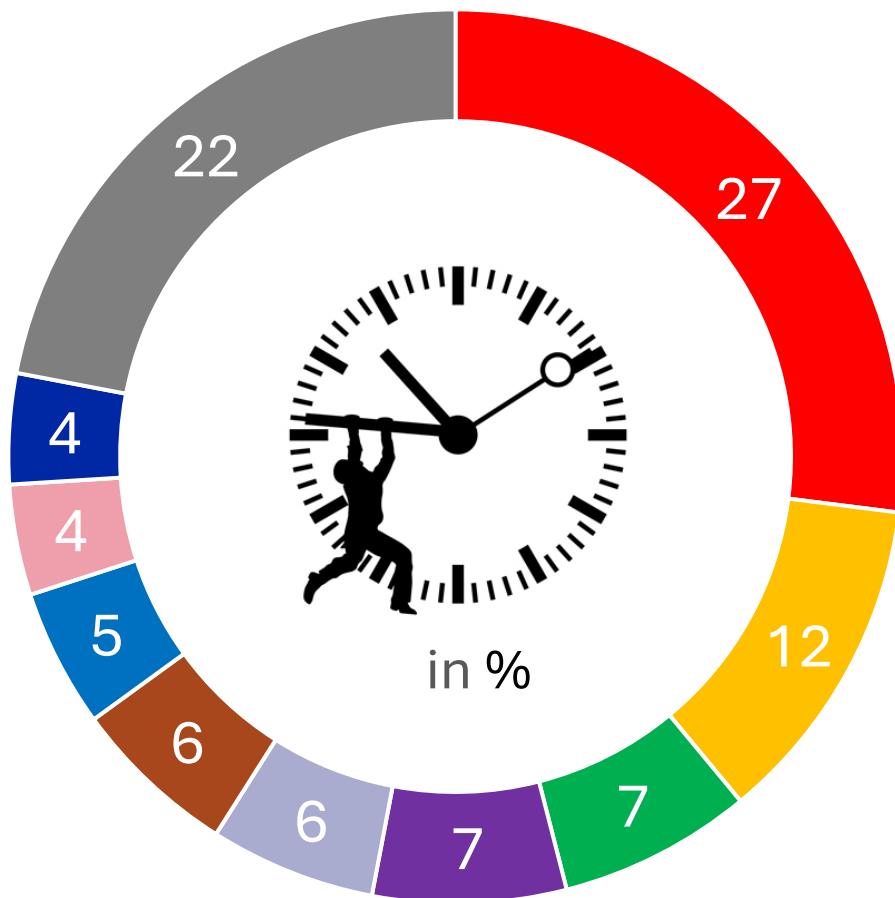


Wunschprogramm an die Hausärztin* 2050

** zwei Drittel der frischgebackenen Ärzte sind weiblich (2024)*

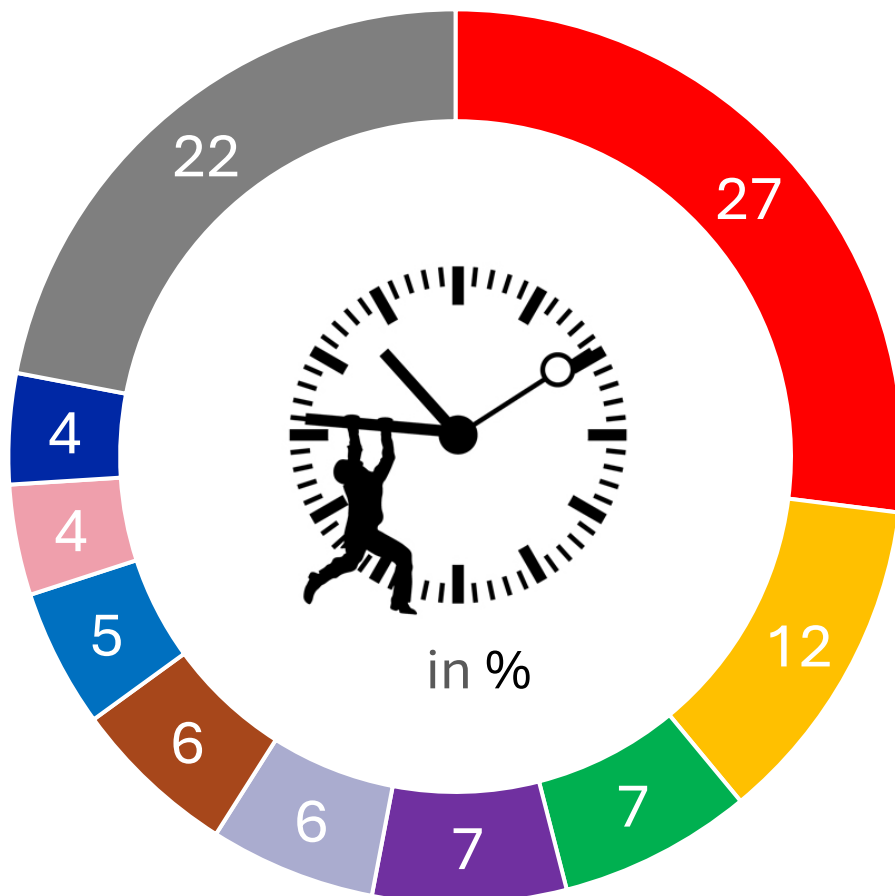


WONCA-Umfrage unter 468 HausärztInnen aus 48 Ländern: Die wichtigste HA-Eigenschaft



- nimmt sich Zeit zuzuhören (1-2 Min. zu Beginn)
- tauscht sich mit KollegInnen aus
- untersucht

WONCA-Umfrage unter 468 HausärztInnen aus 48 Ländern: Die wichtigste HA-Eigenschaft



- nimmt sich Zeit zuzuhören (1-2 Min. zu Beginn)
- tauscht sich mit KollegInnen aus
- untersucht
- benutzt Technologie/AI
- lebt gute Beziehung zu Patient
- lernbereit
- nutzt Intuition
- selbstfürsorgend
- nutzt "watchful waiting"
- übrige



Universität
Zürich^{UZH}

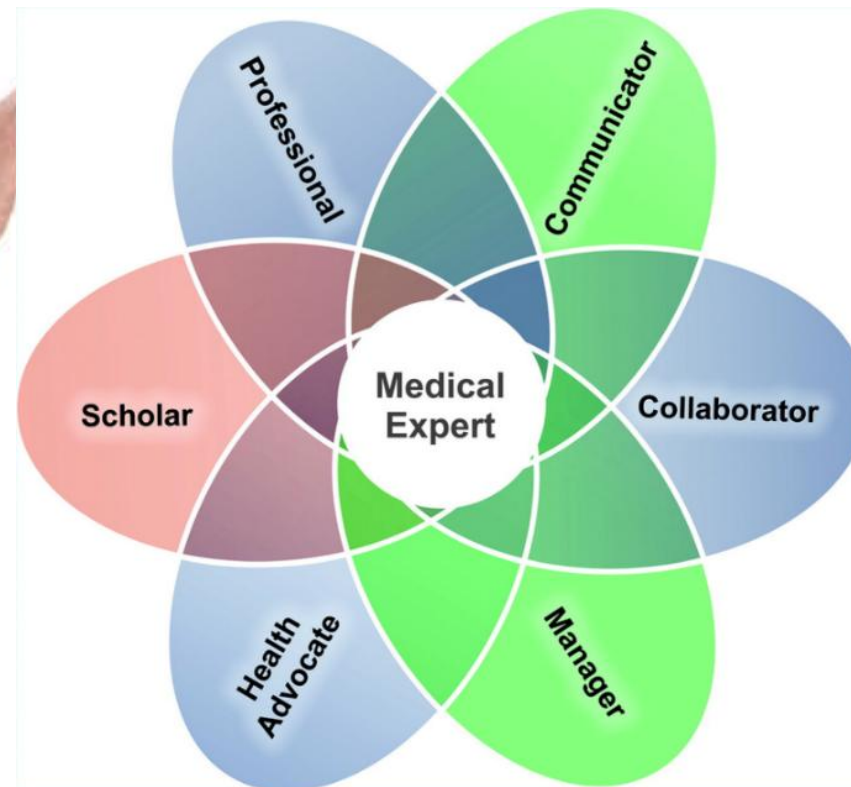
Institut für Hausarztmedizin

USZ Universitäts
Spital Zürich

UNIVERSITÄT
LUZERN

Zentrum für Hausarztmedizin & Community Care

Was finden die HÄ selbst wichtig?



CanMeds Modell 2005



Optimist



Wer hat ein gutes Rezept...?

Lösungsansätze



Gesundheit2030 – Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates

Herausforderungen, Ziele und Stossrichtungen

4 Herausforderungen



Technologischer
und digitaler
Wandel



Demografische
und gesellschaftliche
Entwicklung



Qualitativ hochstehende
und finanziell tragbare
Versorgung



Chancen auf
ein Leben
in Gesundheit

8 Ziele



1. Gesundheitsdaten und
Technologien nutzen



2. Gesundheitskompetenz stärken



3. Pflege und Finanzierung
gewährleisten



4. Gesund älter werden



5. Qualität der Versorgung erhöhen



6. Kosten dämpfen und einkommens-
schwache Haushalte entlasten



7. Gesundheit über die Umwelt fördern



8. Gesundheit in der
Arbeitswelt fördern

16 Stossrichtungen

► 1.1 Förderung der Digitalisierung und Nutzung der Daten

► 1.2 Definierter Umgang mit neuen Technologien

► 2.1 Optimierte Information der Bürgerinnen und Bürger

► 2.2 Verbesselter Umgang mit Informationen zu Gesundheit und Krankheiten

► 3.1 Mehr Langzeitpflegepersonal

► 3.2 Optimierte Finanzierung der Langzeitpflege

► 4.1 Verstärkte Prävention nichtübertragbarer Krankheiten

► 4.2 Mehr Gesundheit für Kinder und Jugendliche

► 5.1 Verstärkung der Koordinierten Versorgung

► 5.2 Verbesserung der medizinischen Behandlungen

► 6.1 Beeinflussung der Kostenentwicklung

► 6.2 Optimierte individuelle Prämienvverbilligung

► 7.1 Reduktion umweltbedingter Gesundheitsrisiken

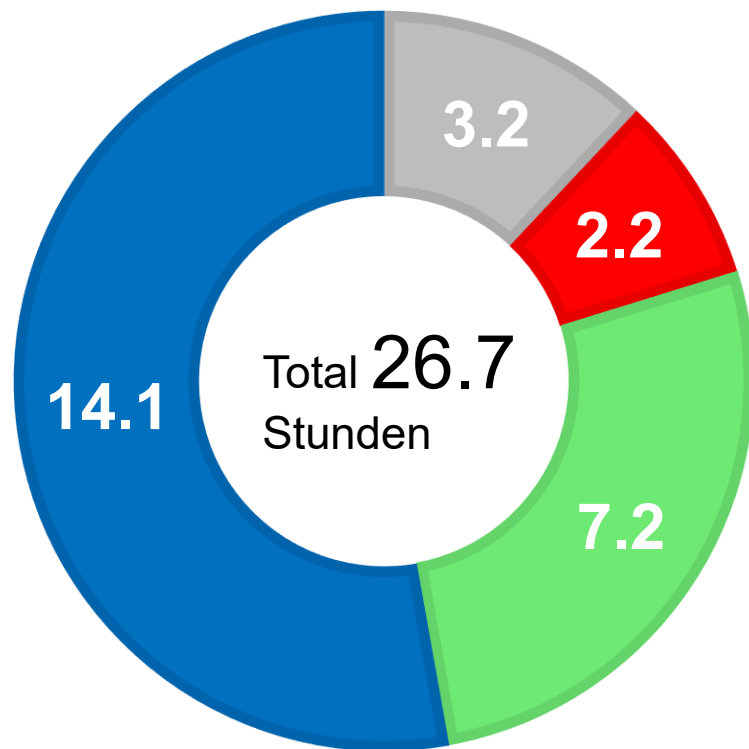
► 7.2 Erhalt und Förderung von Natur- und Landschaftsqualitäten

► 8.1 Verhindern der negativen Gesundheitseffekte neuer Arbeitsformen

► 8.2 Förderung eines gesunden Arbeitsumfelds

2030

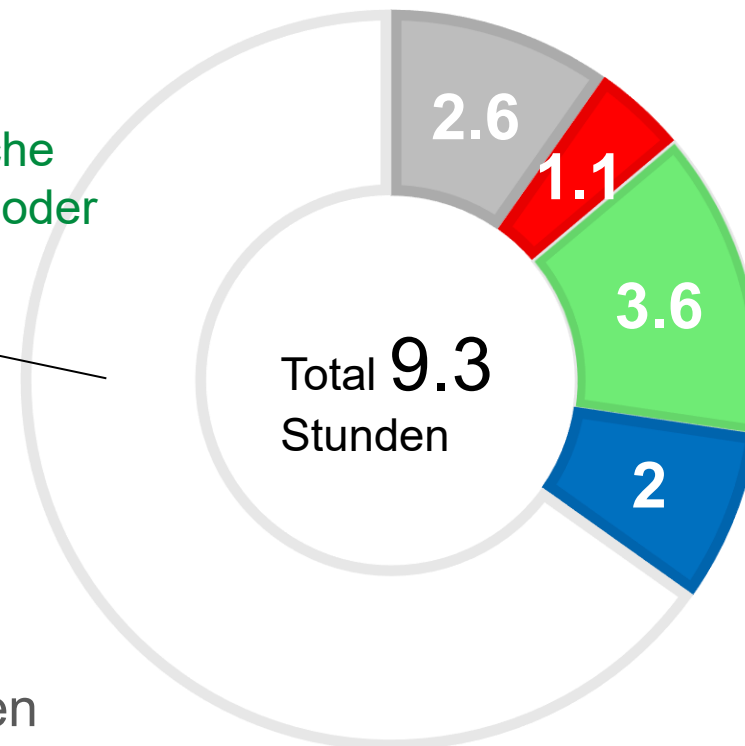
Santé • Gesundheit • Sanità • Sanadad



Betreuung ausschliesslich durch HA

17.3 Stunden pro Tag können durch nicht-ärztliche Fachpersonen (innerhalb oder **ausserhalb** der Praxis) geleistet werden.

- Dokumentation / Admin
- akute Erkrankungen
- chronische Erkrankungen
- Prävention

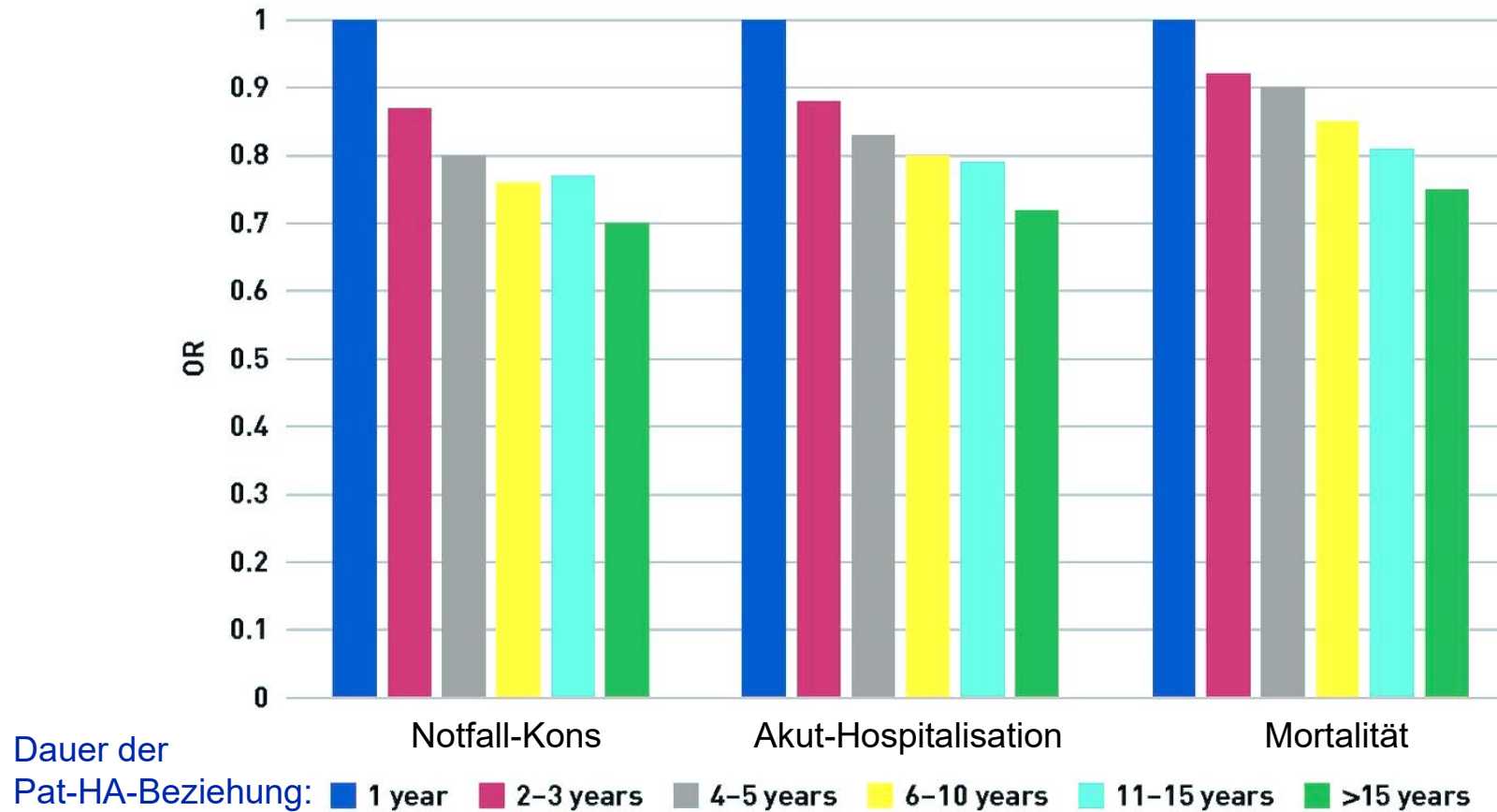


„Primary Care Team“ mit Aufgabenteilung



Outcome	Pflegefachfrau versus Ärztin/Arzt (95% CI)	Evidenzlevel
Mortalität	keine Differenz	gering
Funktion	keine Differenz	moderat
Lebensqualität	+ 16% (0-31%)	gering
Patientenzufriedenheit	+ 8% (1-15%)	moderat
Kons.dauer	+ 38% (22-54%)	moderat
Abklärungen (Tests)	keine Differenz	hoch
Notfallstationbesuche	keine Differenz	hoch
Hospitalisationen	keine Differenz	tief
Kosten	whs keine Differenz	Sehr gering







**OAA T
OTMA**

Allgemeine Definitionen Ambulante Pauschalen 1.1c **TARDOC 1.4c**

   Deutsch

Unterkapitel

Katalog TARDOC 1.4c > A Grundleistungen: Ärztlich, nichtärztlich > AK Nichtärztliche Grundleistungen > AK.05 Chronic Care Management 

AK.00
Grundleistungen

AK.05
Chronic Care Management

AK.05
Chronic Care Management

Tarifpositionen

Kapitelinterpretationen

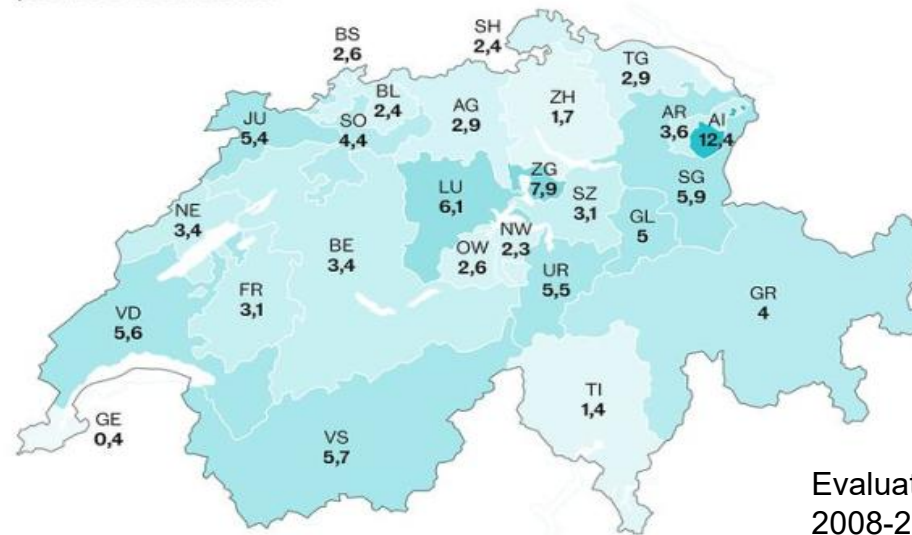
AK.05.0010 Nichtärztliche Leistungen im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements bei Asthma oder COPD, pro 1 Min. 

AK.05.0020 Nichtärztliche Leistungen im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements bei Diabetes mellitus, pro 1 Min. 

AK.05.0030 Nichtärztliche Leistungen im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements bei Herzinsuffizienz oder koronaren Herzkrankheiten, pro 1 Min. 

AK.05.0040 Nichtärztliche Leistungen im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements Rheuma, pro 1 Min. 

Anzahl jährliche PA-Stellen Ende 2021 pro Kanton,
pro 100'000 Einwohner



Evaluation PA-Programm Kanton **Bern**
2008-2020, n=268. Rozsnyai et al.
Primary Hospital Care 2022

81 bzw. 75% der PA mit Facharzt-Ziel AIM
oder KJM sind später als HÄ oder KinderärztInnen tätig.

86% dieser HÄ und **67%** dieser KinderärztInnen
arbeiten im Kanton (Luzern).

Evaluation PA-Programm Kanton **Luzern**
2011-2024, n=185. VHAM&CC Luzern 2024

Evaluation PA-Programm Kanton **Bern**
2008-2020, n=268. Rozsnyai et al.
Primary Hospital Care 2022

48 bzw. 52% der Praxis- und
Curriculums-AssistentInnen stiegen in
ihrer ehemaligen Lehrpraxis ein.

Evaluation PA/Curriculum-Programm Kanton **Zürich**
2015-2023, n=83. Plate et al, PRAXIS 2024

Wissen Sie, was eine „medizinische Wüste“ ist?





Universität
Zürich^{UZH}

Institut für Hausarztmedizin

USZ Universitäts
Spital Zürich

UNIVERSITÄT
LUZERN

Zentrum für Hausarztmedizin & Community Care

Beispiel aus Frankreich:
„mobile“ HausärztInnen



DEVENIR MÉDECIN SOLIDAIRE

QUI SOMMES-NOUS ? ▾

NOS CENTRES ▾

FAIRE UN DON

Espace médecin

Une semaine pour soigner nos villages



Contre les déserts médicaux, soignons collectif !



8

centres de santé ont
ouvert au sein de 3 régions



50

médecins nécessaires
toute l'année pour faire
fonctionner 1 centre de
santé de santé



750

médecins généralistes ont
rejoint le collectif depuis
sa création en 2022



99%

des praticiens volontaires
ont émis le souhait de
revenir exercer une
semaine



Ein einzigartiges Arzterlebnis

Wir setzen uns dafür ein, unterstützende Ärzte willkommen zu heißen und ihnen in den Gebieten, in denen wir unsere Zentren errichten, **ein authentisches Erlebnis** zu bieten. **Der Verein kümmert sich um die Unterbringung des Arztes:** eine qualitativ hochwertige, warme Unterkunft, repräsentativ für die Region. **Ein Fahrzeug** steht auch für Hausbesuche und Arztreisen zur Verfügung. Das Gesundheitszentrum schließt donnerstags nachmittags, damit der Arzt das Territorium entdecken kann.



Effektive Koordination

Jedes medizinische Zentrum wird von mindestens einem **Koordinator** geleitet, dessen Aufgabe es ist, **die tägliche Logistik, den Patientenstrom, die interne Organisation des Zentrums** und vor allem **den Empfang des Arztes** zu verwalten. Dies ist eine wertvolle Unterstützung für den Arzt und ermöglicht es ihm, unter den besten Bedingungen zu praktizieren.



Eine schlüsselfertige Woche

Alles ist so organisiert, dass die Arztwoche im Gesundheitszentrum reibungslos und intuitiv abläuft. **Die Trainingsgeräte** sind vor Ort vorhanden, am Montagmorgen ist eine Zeit der Begrüßung und Präsentation der Praxis vor den ersten Konsultationen geplant, der Arzt verlässt sich bei allen administrativen Abläufen auf **die Koordinatoren**: Er macht nur Medizin. **Eine Willkommensbroschüre** mit allen Informationen über das Zentrum, die Werkzeuge, das Dorf, die touristischen Aktivitäten und die Geschäfte wird einige Wochen vor dem Aufenthalt verschickt.



Das Notizbuch der Korrespondenten

Wir haben ein Notizbuch mit Korrespondenten erstellt, **indem wir alle Spezialisten in der Region** sowie die Pflegestrukturen aufgelistet haben. Auf einen Blick haben Sie Zugriff auf alle Informationen und Kontakte, die Sie benötigen, um die Patientenversorgung zu erleichtern.



Kontinuität der Versorgung

Wir zentralisieren die Krankenakten von Patienten, die derzeit nicht betreut werden und deren Krankengeschichte derzeit auf mehrere Standorte verteilt ist. Alle solidarischen Praktiker werden auf die Notwendigkeit aufmerksam gemacht, eine **hervorragende Rückverfolgbarkeit der Akten** zu gewährleisten, indem der für eine Harmonisierung der Praktiken geschaffene Rahmen (Screenings, Impfungen, Anamnese, klinische Untersuchung usw.) eingehalten wird, denn eine gut ausgefüllte Akte bedeutet einen gut überwachten Patienten. Die Patienten profitieren so von den **gekreuzten Ansichten der verschiedenen Fachleute, die** sich abwechseln, und ermöglichen so eine qualitativ hochwertige Versorgung.



Ein anpassungsfähiger Rhythmus

Wir vereinbaren durchschnittlich 3 Konsultationen pro Stunde.

Die Slots können je nach Patientenprofil (neuer Patient, Träger chronischer Erkrankungen usw.) erweitert werden. Umgekehrt, wenn Sie eine intensivere Praxis wünschen, können sie reduziert werden (z. B. für bestimmte ungeplante Behandlungen). Unsere Priorität ist Ihre Ruhe. Denn wir wissen, dass ein Arzt, der unter Druck steht, keine gute Medizin macht, und wir sind alle unterschiedlich in der Art und Weise, wie wir praktizieren. Jeden Tag werden Slots für außerplanmäßige Behandlungen frei. **Unser Leitmotiv: den Zugang zu Versorgung bei Bedarf zu erhalten.**

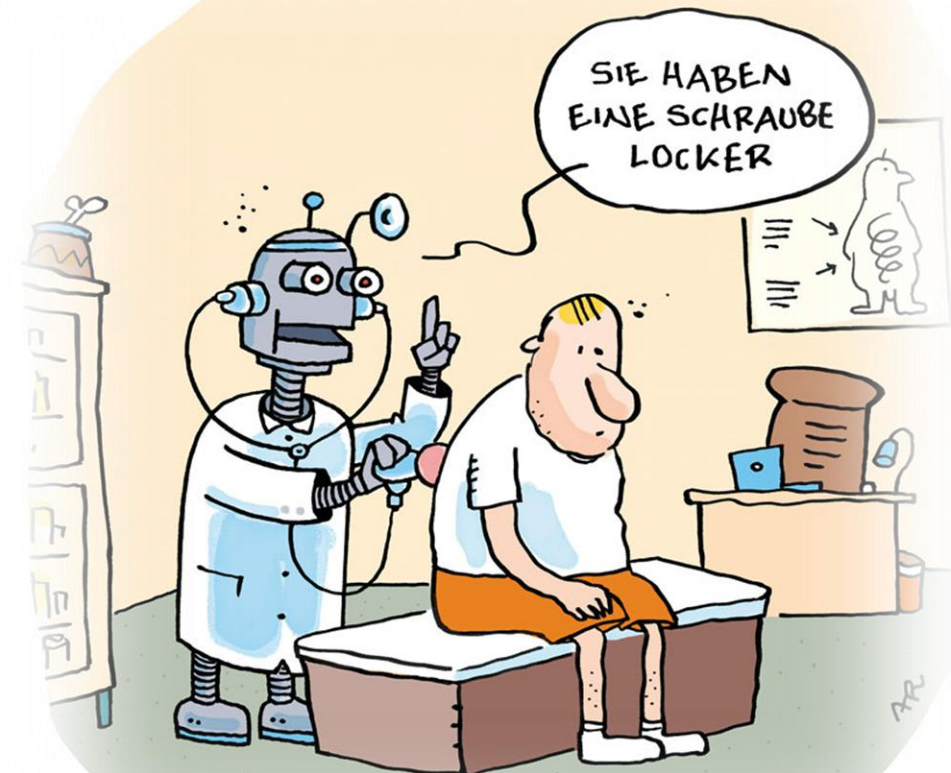


*GRENZEN DER
TELEMEDIZIN?*





Tom Künzli (TOMZ)
Preisträger (3. Preis) Swiss Cartoon Award 2025





Universität
Zürich^{UZH}

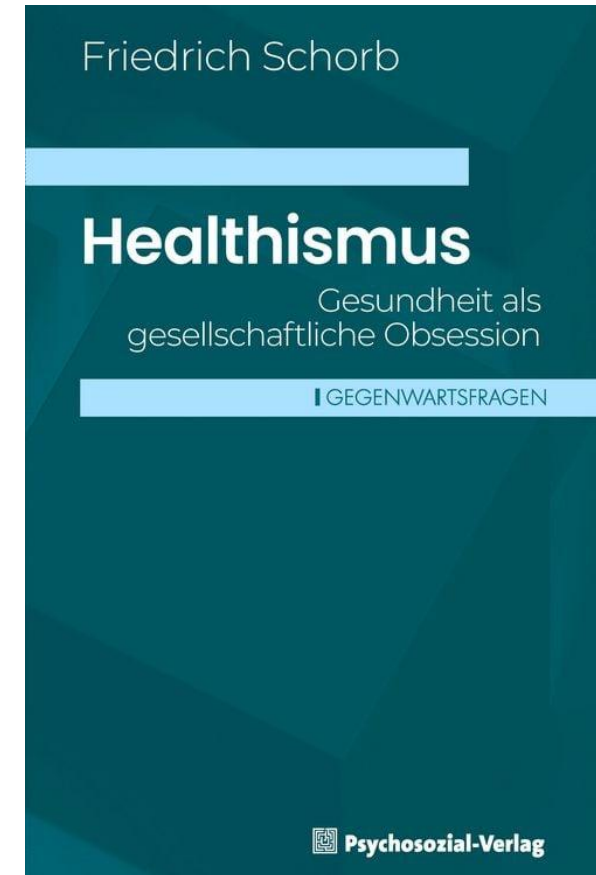
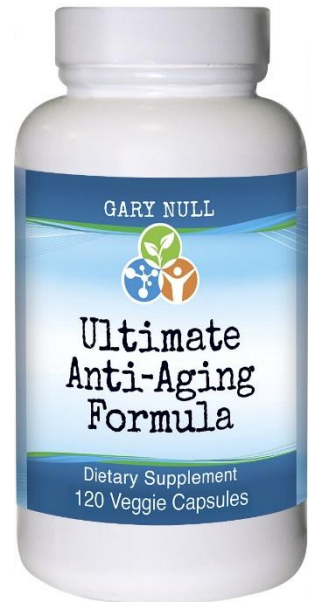
Institut für Hausarztmedizin

USZ Universitäts
Spital Zürich

UNIVERSITÄT
LUZERN

Zentrum für Hausarztmedizin & Community Care

**Gesundheitswahn
→ steigert Nachfrage**





5 Fragen an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt.

Die beste Arzt-Patientenbeziehung ist partnerschaftlich. Bereiten Sie sich auf ein medizinisches Gespräch vor und vergewissern Sie sich, dass Sie Antworten auf die folgenden fünf Fragen von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt erhalten.

- 1. Gibt es mehrere Behandlungsmöglichkeiten?**
- 2. Was sind die Vor- und Nachteile der empfohlenen Behandlung?**
- 3. Wie wahrscheinlich sind die Vor- und Nachteile?**
- 4. Was passiert, wenn ich nichts unternehme?**
- 5. Was kann ich selbst tun?**

**Weniger ist
manchmal mehr.**

Mehr zu smarter medicine

www.smartermedicine.ch

**Gegen Über- und Fehl-
versorgung in der Medizin.**

- **Ihre Hausärztin/Hausarzt 2050:** Ein Gesundheitszentrum mit (hoffentlich) guter Erreichbarkeit und gutem Informationsfluss, in der **diverse Fachpersonen** für Grundversorgung mit spezifischen Aufgaben arbeiten (auch einzelne Hausärztinnen)
- 2050 ist die **Zeit**, die Ihnen eine Hausärztin oder Fachfrau Grundversorgung kann, **Mangelware**. Rechnen Sie damit, vieles über Chatbots oder Telemedizin abzuwickeln, die sie durch das Gesundheitssystem steuern.
- Sind Sie heute Hausärztin/Hausarzt? Dann können Sie in eine gute Hausarztpraxis 2050 investieren: **Bilden Sie fähige HÄ in Ihrer Praxis aus**. Damit lösen wahrscheinlich gleichzeitig Ihr Praxisnachfolge-Problem...!



Opportunist



Universität
Zürich^{UZH}

Institut für Hausarztmedizin

USZ Universitäts
Spital Zürich

UNIVERSITÄT
LUZERN

Zentrum für Hausarztmedizin & Community Care

**Danke für Ihre
Aufmerksamkeit!**



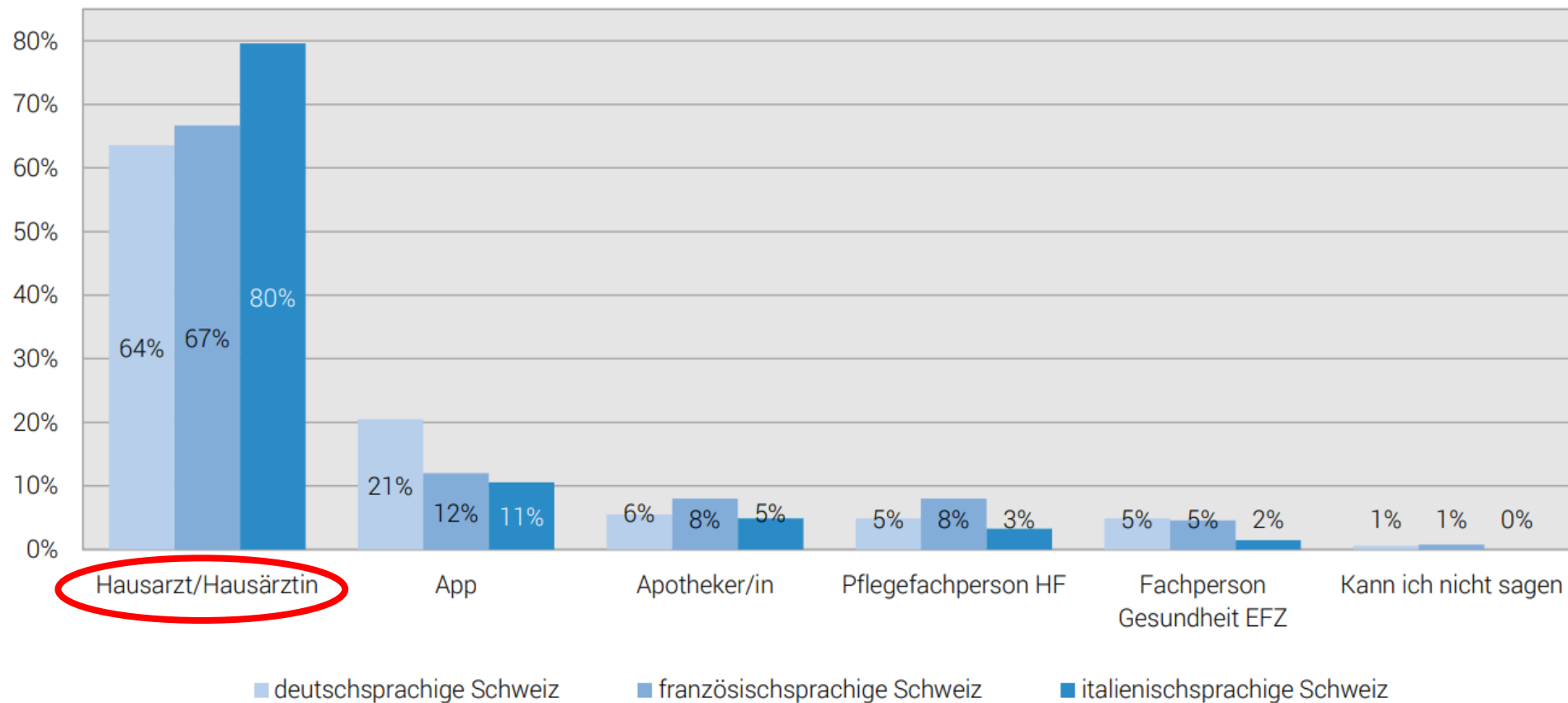
Prof. Stefan Neuner-Jehle
Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich
Zentrum für Hausarztmedizin & Community
Care, Universität Luzern

stefan.neuner-jehle@usz.ch
stefan.neuner@unilu.ch

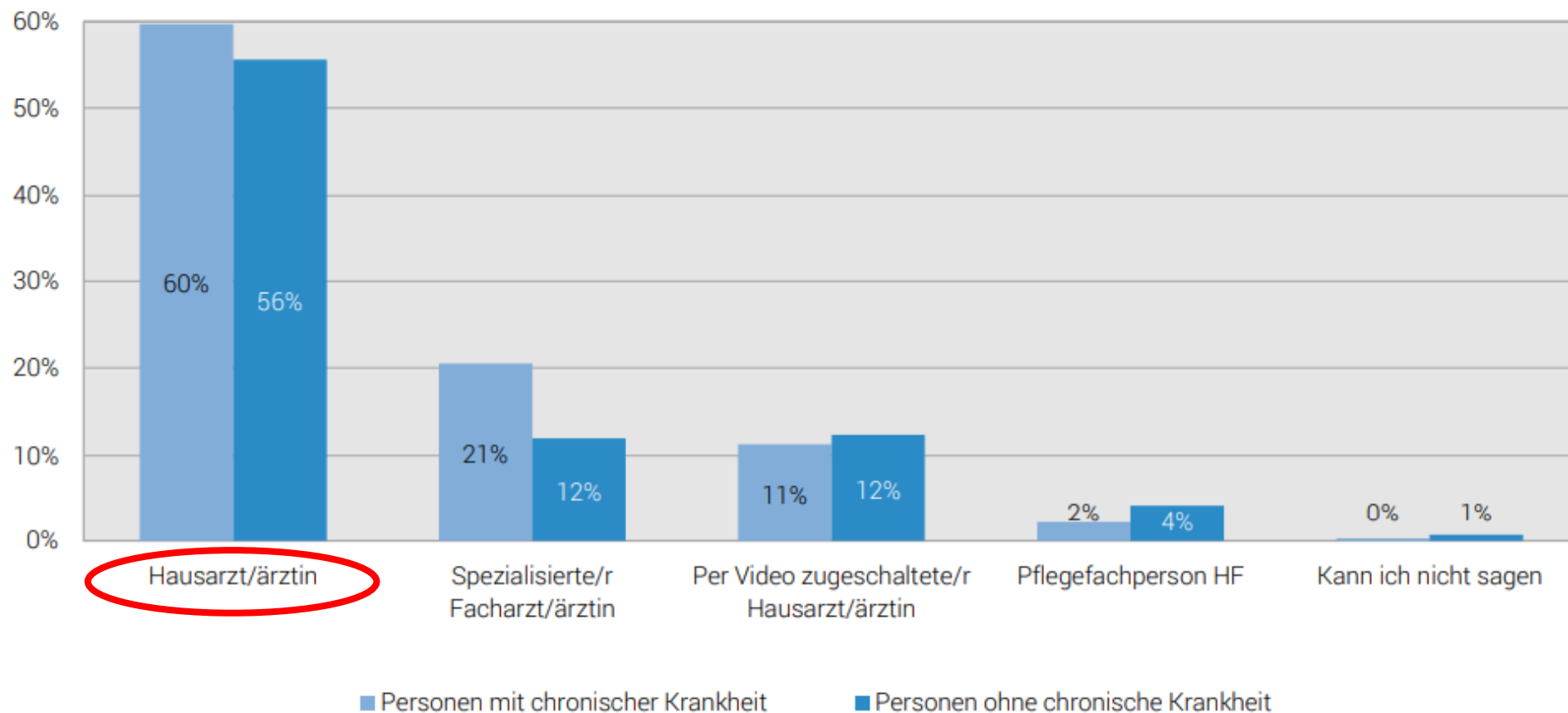




G 3.5 Bevorzugter Erstkontakt nach Sprachregion (akute Situation)



G 3.7 Bevorzugte Behandlungsperson von Personen mit und ohne chronische/r Erkrankung (akute Situation)



Position 1: Zur Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen brauchen die Fachpersonen der praxisambulanten Grundversorgung, insbesondere Hausärzt:innen bzw. Kinderärzt:innen einen **erweiterten Handlungsspielraum** bei der Patientenversorgung.



- Kompetenz- und Skill-Shift für ärztliches und nicht-ärztliches Fachpersonal der praxisambulanten Grundversorgung.
- Steigerung der Attraktivität und Innovationskraft sämtlicher Berufsbilder in der praxisambulanten Grundversorgung durch neue Berufsinhalte, Funktionen und Tätigkeiten.
- Fachliche Subspezialisierung und klinische Schwerpunkte für das Fachpersonal moderner praxisambulanter Versorgungseinrichtungen.

Position 2: Die **Weiter- und Fortbildung** für Grundversorger:innen muss sowohl inhaltlich als auch organisatorisch konsequent auf die zukünftigen Anforderungen ausgerichtet werden. Die **berufsrelevanten Kompetenzen und Skills** in der praxisambulanten Grundversorgung müssen spezifisch gefördert werden.

- Gleichstellung von praxisambulanten Weiterbildungsstätten bzw. deren Weiterbildner:innen gegenüber den stationären bzw. spitalambulanten Weiterbildungseinrichtungen.
- Gezielter Zugang zu den berufsrelevanten Kompetenzen und Skills für angehende Grundversorger:innen mit tarif-relevanter Validierung und Zertifizierung auf der Basis von Entrustable Professional Activities (EPAs).
- Förderung innovativer Weiter- und Fortbildungsangebote im Bereich der praxisambulanten Grundversorgung.

Position 3: Auf intraorganisatorischer Ebene braucht es eine Umgestaltung der interprofessionellen und interdisziplinären **Zusammenarbeit**. Aufbauend auf einem erweiterten Handlungsspielraum sämtlicher Berufsgruppen braucht es eine Restrukturierung und **Neuverteilung von Aufgaben**, Funktionen und Tätigkeiten zwischen ärztlichem und nicht-ärztlichem Fachpersonal in der praxisambulanten Grundversorgung.



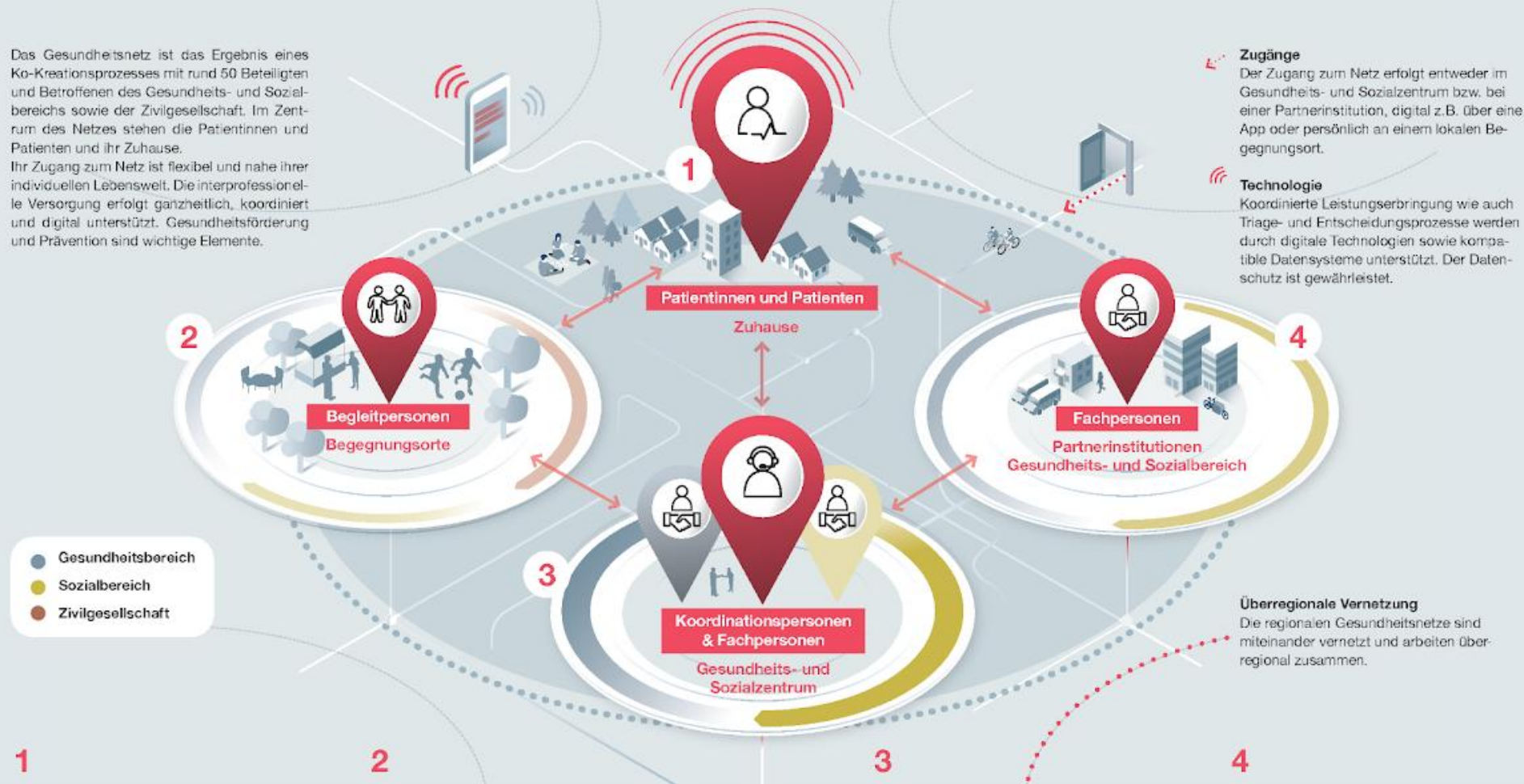
- Moderne praxisambulante Grundversorgung erfolgt durch interprofessionelle Teams bestehend aus ärztlichem und nicht-ärztlichem Fachpersonal mit komplementären Handlungsspielraum.
- Optimierung ärztlicher Personalressourcen durch Integration von nicht-ärztlichem Fachpersonal.
- Entsprechende Rahmenbedingungen für den effizienten Einsatz nicht-ärztlicher Gesundheitsfachpersonen im praxisambulanten Bereich.

Gesundheitsnetz für alle – pour tous – per tutti

Vision einer zukunftsfähigen ambulanten Grundversorgung in der Schweiz

Das Gesundheitsnetz ist das Ergebnis eines Ko-Kreationsprozesses mit rund 50 Beteiligten und Betroffenen des Gesundheits- und Sozialbereichs sowie der Zivilgesellschaft. Im Zentrum des Netzes stehen die Patientinnen und Patienten und ihr Zuhause.

Ihr Zugang zum Netz ist flexibel und nahe ihrer individuellen Lebenswelt. Die interprofessionelle Versorgung erfolgt ganzheitlich, koordiniert und digital unterstützt. Gesundheitsförderung und Prävention sind wichtige Elemente.



1 Patientinnen und Patienten und ihr Zuhause im Zentrum des Gesundheitsnetzes

Die digital unterstützte und interprofessionelle Netzversorgung ist auf die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet. Sie baut auf der bestehenden regionalen Versorgung auf.

2 Niederschwelliger Zugang und Begleitung an lokalen Begegnungsorten

Begleitpersonen der Zivilgesellschaft, aber auch Fachpersonen des Sozial- und Gesundheitsbereichs sind wichtige Anlaufstellen für die Patientinnen und Patienten. Sie begleiten sie nahe ihrem Zuhause.

3 Koordinierte Leistungserbringung im Gesundheits- und Sozialzentrum

Fachpersonen im Zentrum arbeiten interprofessionell in der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation zusammen. Koordinationspersonen koordinieren die Leistungen im Zentrum und mit regionalen Partnerinstitutionen.

4 Vernetzung mit regionalen Partnerinstitutionen und Fachpersonen

Fachpersonen in den Partnerinstitutionen, wie Spitäler, Pflegeheime, Arztpraxen, therapeutische Praxen und Sozialämter, sind sowohl mit dem Gesundheits- und Sozialzentrum wie auch untereinander vernetzt.

www.health2040.ch