



University of St.Gallen
Center for Health Care

Schweizer Forum für
Integrierte Versorgung **fmc**

Das Management von Professionsgrenzen in der integrierten Versorgung

Webinar, 4. Februar 2026

Prof. Dr. Matthias Mitterlechner
Oliver Strehle, FMC
Daniel Schibler, CEO Concara



From insight to impact.

Präzisierung der Mikro-Strategien (1/2)

Strategie-typ	Akteurs-gruppe	Ziel / Logik	Mikro-Strategie	Präzisierte Beispiele aus der Praxislogik des Artikels
De-fending strategies	Hausärzt:innen (GPs)	Begrenzung der eigenen Grenze durchsetzen (Effizienzinteresse); Reduktion von Kontaktaufwand, ohne aktiv die Absicherungslogik der Pflege zu bedienen	educating nurses	Ärzt:innen geben der Pflege Rückmeldungen und medizinische Heuristiken, was in welcher Situation zuerst zu prüfen/zu beobachten ist, bevor erneut angerufen wird (z.B. welche Vitalwerte, welche Beobachtungszeichen, welche zeitliche Dynamik). Dadurch sollen „unnötige“ Anrufe/Visiten vermieden und Anfragen besser vortriagiert werden.
			empowering nurses	Ärzt:innen schaffen Handlungsspielräume, die Anfragen/Visiten reduzieren: z.B. Vorab-Verordnungen/Standing Orders oder „bei Bedarf“-Medikation, klare Grenzwerte („wenn X, dann Y“), delegierbare Routinehandlungen. Logik: Pflege kann mehr selbst lösen, ohne jedes Mal eine ärztliche Intervention auszulösen.
			ordering nurses	Ärzt:innen verlangen Vorleistungen, bevor sie selbst aktiv werden: z.B. „messen Sie zuerst Blutdruck/Temperatur/Sauerstoffsättigung“, „beobachten Sie noch 30 Minuten und melden Sie sich dann mit Werten“, „stellen Sie Unterlagen bereit“. Dadurch wird die Interaktion „verlängert“ und zugleich der ärztliche Aufwand (zumindest initial) begrenzt.
De-fending strategies	Pflegefachpersonen (Nurses)	Begrenzung der eigenen Grenze durchsetzen (Absicherungsinteresse); Verantwortungs- und Entscheidungsrisiko an ärztliche Seite verschieben	emphasizing roles	Pflege verweist explizit auf rechtliche/organisationale Grenzen („das darf ich nicht entscheiden/anordnen“), betont ärztliche Zuständigkeit bei Unwohlsein, Medikationsanpassung, Diagnostik. Praktisch: frühes „Hochskalieren“ an GP, um Haftungs- und Vorwurfrisiken zu reduzieren.
			tricking GPs into action	Pflege rahmt Situationen als dringlicher, um eine ärztliche Reaktion auszulösen: z.B. dramatisierendes Framing („es wird schlechter“, „ich mache mir Sorgen“), wiederholtes Nachfassen, Hervorheben potenzieller Risiken. Mechanismus: die ärztliche Risikoverantwortung wird salient gemacht, wodurch die Grenze „zurück“ in den ärztlichen Bereich gedrückt wird.
			bypassing interaction	Wenn der GP nicht reagiert oder ablehnt: Umgehung der direkten Zusammenarbeit durch Einschalten anderer Instanzen, z.B. anderer Ärzt:innen, ärztlicher Notdienst, Rettungsdienst/Hospitalisation; im Extrem als „letztes Mittel“ auch ohne vorgängige GP-Abstimmung, um maximale Absicherung herzustellen.

Präzisierung der Mikro-Strategien (2/2)

Accommodating strategies	Hausärzt:innen (GPs)	Kompromissgrenze etablieren: Effizienz sichern und zugleich Absicherungsbedürfnis der Pflege mittragen; Reibung senken	offering fixed interaction opportunities	Ärzt:innen institutionalisieren planbare Kontaktfenster: z.B. fixe Telefonzeiten, regelmässige Heimbefuche, „Sammellisten“ für Anliegen, gebündelte Fallbesprechungen. Effekt: weniger ad-hoc Unterbrechungen, Pflege erhält verlässliche Absicherungspunkte.
			providing loopholes	Ärzt:innen schaffen bewusst eng definierte „Ausnahmen“ von der Begrenzung, z.B. direkte Mobilnummer oder zugesagte sofortige Rückmeldung für klar definierte Notfallsituationen. Das reduziert Eskalation, funktioniert aber nur, wenn die Pflege die Ausnahme nicht als Dauerkanal nutzt.
			making IPC personal	Beziehungsarbeit als Koordinationsressource: Ärzt:innen investieren in persönliche, respektvolle Kommunikation, kennen Ansprechpersonen, bauen Verlässlichkeit auf. Praktischer Nutzen: weniger Misstrauen, weniger strategische Eskalation, geringere Transaktionskosten in der Abstimmung.
Accommodating strategies	Pflegefachpersonen (Nurses)	Kompromissgrenze etablieren: Absicherung wahren und zugleich den Aufwand der Ärzt:innen reduzieren; bessere Anschlussfähigkeit der Anfragen	finding alternative safeguards	Pflege sichert sich ab, ohne sofort ärztlich zu eskalieren: z.B. internes Vier-Augen-Prinzip, engmaschiges Beobachten, zusätzliche Messungen, zeitlich begrenztes Monitoring und erneute Bewertung nach Protokoll. Ziel: Risiko kontrollieren, aber Kontakt nur bei klaren Triggern.
			offering input to GPs	Pflege liefert „entscheidungsreife“ Informationen: strukturierte Lagebeschreibung, Verlauf, aktuelle Werte, Kontext (z.B. Verhalten, Essen/Trinken, Schmerzen), eigene Einschätzung/Hypothese. Dadurch wird Telefontriage möglich und eine Visite wird gezielter oder vermeidbar.
			introducing facilitation objects	Nutzung von Koordinationsartefakten zur Standardisierung: z.B. Visitbook/Visitenbuch, Formulare, Checklisten, Handouts, vorbereitete Unterlagen. Effekt: weniger Informationsverluste, schnellere Orientierung der Ärzt:innen, effizientere Übergaben und weniger Rückfragen.