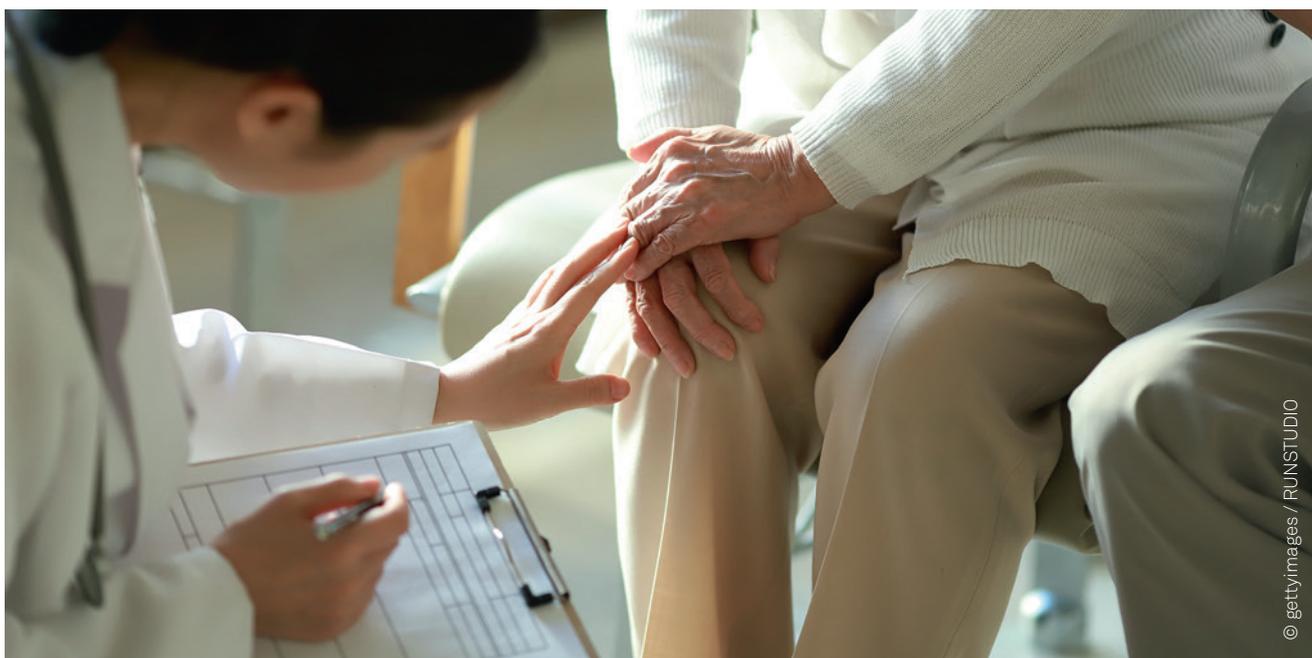


# Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Alters- und Pflegeheimen – Zeit zu handeln!

Gabriela Bieri-Brüning



Es gibt viele Ansätze, die medizinische Versorgung in der Alten- und Langzeitpflege in der Schweiz zu verbessern.

Am 24. September hat die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW, 2024) eine Stellungnahme zur Medizinischen Grundversorgung in den Alters- und Pflegeheimen veröffentlicht.

**D**arin äussert die ZEK ihre Sorge, dass die rechtlich und ethisch geforderte medizinische Grundversorgung von Bewohnenden in Alters- und Pflegeheimen (APH) gefährdet ist. Zurückzuführen sei dies auf unterschiedliche Indikatoren:

- Die Alterung der Bevölkerung mit steigendem Versorgungsbedarf,
- den sich akzentuierenden Mangel an grundversorgenden ärztlichen Fachpersonen,
- den ausgeprägten Fachkräftemangel in der Langzeitpflege,
- die ungenügende Regelung insbesondere der übergeordneten ärztlichen Tätigkeiten,

- die oftmals unbefriedigende Regelung des Notfalldienstes bei Nichterreichbarkeit der zuständigen Arztperson,
- den fehlenden Zugang zu den relevanten medizinischen Dokumentationen ausserhalb der Praxisöffnungszeiten,
- die unzureichende finanzielle Abgeltung von in APH erbrachten ärztlichen Leistungen,
- die ungenügende Vorbereitung der Ärztinnen und Ärzte in der Aus-, Weiter- und Fortbildung auf die anspruchsvolle Tätigkeit in einem APH.

Dass Bewohnende von Alters- und Pflegeheimen aufgrund der oben erwähnten Entwicklung medizinisch unterversorgt werden, verletze die ethischen Prinzipien der Fürsorge und der Gerechtigkeit. Auch sei diese Unterversorgung nicht vereinbar mit der im Art. 117a der Bundesverfassung (BV) verankerten Verpflichtung von Bund und Kantonen, für eine ausreichende, allen zugängliche, medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zu sorgen.

Die Zentrale Ethikkommission nimmt damit ein Thema auf, das sich schon über längere Zeit entwickelt hat. Alters- und Pflegeheime sind nicht nur sozialmedizinische Wohnformen, sondern ein wichtiger Teil der medizinischen Versorgungskette. Das hat die Pandemie uns gezeigt. Eine

## Das Wichtigste in Kürze

- Die medizinische Grundversorgung in Alters- und Pflegeheimen ist gefährdet: u.a. durch die Alterung der Gesellschaft, den Mangel an ärztlichem und pflegerischem Personal oder unzureichende finanzielle Abgeltungen für ärztlich erbrachte Leistungen in Heimen.
- Eine effektive medizinische Versorgung in Alters- und Pflegeheimen erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Hausärztinnen. Modelle wie das der Gesundheitszentren für das Alter in Zürich zeigen, dass interprofessionelle Zusammenarbeit und spezialisierte geriatrische Versorgung die Qualität der Betreuung verbessern können.
- Konkrete Massnahmen, um die medizinische Versorgung zu verbessern, können sein: die Einführung von verantwortlichen Heimärzt\_innen mit klaren Pflichten, die Einrichtung von Konsiliardiensten und die Förderung der Zusammenarbeit zwischen Heimleitung und Ärzt\_innen. (Red. NOVAcura).

Expertengruppe hat die Herausforderungen der Pandemie in den Heimen analysiert und Empfehlungen zur Verbesserung ausgesprochen. Es brauche entsprechende Kompetenzen, um den komplexen Situationen der Bewohnenden gerecht zu werden und fachgerechte adäquate ärztlich-medizinische Betreuung. Auch der Bericht des Bundesrats (2024) zu den „Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die ältere Bevölkerung und auf Bewohnerinnen und Bewohner in Heimen“ sieht Handlungsbedarf in der Qualität der heimärztlichen Versorgung.

## Wachsende Anforderungen, schwindende Ressourcen

Die Pandemie hat aber nur aufgezeigt, was sich schon länger in den Heimen entwickelt hat. Bewohnende in Langzeitinstitutionen haben unterschiedlichste Ansprüche und Bedürfnisse. Manche werden nach Spitalaufenthalt nur temporär betreut, ein Grossteil tritt aber für den letzten Lebensabschnitt ein. Polypharmazie, Demenz, Gebrechlichkeit und andere geriatrische Herausforderungen und palliativmedizinische Problemstellungen sind die Regel. Die Ansprüche an die ärztliche und pflegerische Versorgung, quantitativ und qualitativ sind stark gestiegen.

Die ärztliche Versorgung in den Heimen entwickelt sich aber in eine konträre Richtung. Traditionellerweise wird die Heimarztfunktion von Hausärztinnen und Hausärzten der Region wahrgenommen, die ihre eigenen Patientinnen und Patienten auch im Heim weiterbetreuen. Dieses Modell ist in den letzten Jahren aber unter Druck geraten. Die wachsenden fachlichen Ansprüche, Überlastung der Hausarztpraxen im Alltag, zu wenig Hausärztinnen und Hausärzte, ein veralteter, nicht sachgerechter ambulanter

Tarif sowie die abnehmende Bereitschaft für Haus- und Heimbefuche sind einige der Gründe.

## Interprofessionelle Zusammenarbeit als Schlüssel

Eine gute medizinische Versorgung im Heim lässt sich nur durch gute interprofessionelle Zusammenarbeit erreichen. Die Medizin im Alter ist zutiefst interdisziplinär und interprofessionell, sonst kann sie den multidimensionalen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten nicht gerecht werden. Besonders wichtig ist die enge Zusammenarbeit zwischen dem Pflegeteam und der Hausärzteschaft, was im klassischen ärztlichen Versorgungsmodell fast nicht möglich ist. Diese ist nur möglich, wenn man sich regelmässig sieht oder austauschen kann, z. B. durch regelmässige gemeinsame Visiten.

### Zwei Modelle im Vergleich

Am Beispiel der Gesundheitszentren für das Alter der Stadt Zürich lassen sich zwei medizinische Versorgungsmodelle mit ihren Vor- und Nachteilen gut aufzeigen. Im ersten Fall mit rund 1500 Betten an den Standorten mit dem Angebot „Wohnen im Alter“ wird das Modell der hausärztlichen Versorgung umgesetzt. Im zweiten Fall, auch mit rund 1500 Betten an den Standorten mit „Spezialisierte Pflege“, wird das Heimarztmodell mit einer fachärztlichen geriatrischen Versorgung durch den Geriatrischen Dienst umgesetzt.

1. Das Versorgungsmodell mit Hausärztinnen und Hausärzten ist auf die nicht oder nur leicht pflegebedürftigen Bewohnenden ausgerichtet. Es bietet den Vorteil der Kontinuität der ärztlichen Betreuung über den Heimeintritt hinaus. Solange die Bewohnenden noch in die Praxis gehen können, entspricht es der ärztlichen Versorgung wie zuhause. Nur ergibt sich häufig ein Kommunikationsproblem zwischen der Hausärztin oder dem Hausarzt sowie der Pflege. Anpassungen in der Medikation oder Änderungen in den Diagnosen erreichen die zuständigen Pflegenden oft nicht, trotzdem sind sie für Pflege und für erste Intervention bei Notfällen zuständig. Denn viele Hausärztinnen und Hausärzte kommen bei Notfällen gar nicht mehr ins Heim, da sie die volle Praxis nicht verlassen können. Meistens kommt daher – so zumindest in der Stadt Zürich – der Notfallarzt oder die Notfallärztin. Darum ist auch die Gesundheitliche Vorausplanung (GVP) wichtig, damit Notfallärzt\_innen wissen, was noch an medizinischer Behandlungsintensität gewünscht ist. Je stärker Bewohnende bezüglich Kognition, somatischen Erkrankungen und Selbstständigkeit eingeschränkt sind, desto bedeutender wird die interprofessionelle Zusammenarbeit und da kommt die hausärztliche Versorgung oft an ihre Grenzen.
2. Beim Versorgungsmodell „Spezialisierte Pflege“ überwiegen die Vorteile der ständigen Präsenz des Arztdienstes, der eigenen Notfallversorgung, der geriatrischen Fachkompetenz und der interprofessionellen

Zusammenarbeit zwischen Pflege, Ärzteschaft, medizinischen Therapien, Sozialdienst und Seelsorge. Dieses Modell lässt sich aber nicht überall umsetzen. Daher braucht es eine Verbesserung der klassischen hausärztlichen Heimversorgung.

### Verbesserungsmassnahmen in der hausärztlichen Heimversorgung

Einzelne Kantone (z.B. Waadt, Freiburg) haben erste erfolgsversprechende Modelle entwickelt, indem sie Vorgaben zur Qualität der heimärztlichen Versorgung machen wie regelmässige Visiten, Qualitätszirkel, etc. Zudem hat das Netzwerk Long Term Care der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG) – ein Netzwerk von Ärztinnen und Ärzten, die in Langzeitinstitutionen arbeiten – ein Positionspapier zur heimärztlichen Versorgung geschrieben. Die in der ZEK-Stellungnahme aufgezeigten Mängel und die nötigen Massnahmen wurden aufgenommen und dazu ganz praktische Verbesserungsmassnahmen entwickelt. Dafür wurden Minimal Kriterien für die medizinisch-ärztliche Versorgung in Langzeitinstitutionen aus Sicht der Praktikerinnen und Praktiker formuliert und klare Rahmenbedingungen, Verantwortlichkeiten und Kommunikationswege gefordert.

1. Verantwortliche Heimärztin oder verantwortlicher Hausarzt als Pflicht mit klarem Pflichtenheft und entsprechender Entlohnung,
2. Einrichten von Konsiliardiensten,
3. Zusammenarbeit zwischen Heimleitung und Ärzt\_innen: Vertrag zwischen Heim und Hausärztin oder Hausarzt als Pflicht. Darin könnte vieles abgebildet werden:
  - Für die Hausärztin oder den Hausarzt: Pflicht zum Heimbesuch, regelmässige Visiten, Einhalten der Regeln zur Kommunikation, schriftliche Verordnung, Mitarbeit bei Gesundheitlicher Vorausplanung (GVP), Akzeptanz von Fachkonsilien, Angabe von Abwesenheiten und Vertretung, etc.
  - Für das Heim: Mitarbeit und Vorbereitung der Visite, Triage für die Kommunikation, Minimalstandards für Fragen an die ärztliche Fachperson (wie Angabe von Informationen über Dringlichkeit, Hintergründe, Vitalwerte und klare Fragestellung), Unterstützung beim Organisieren von interprofessionellen Standortgesprächen mit Bewohnenden und Angehörigen, Zugriff auf die Informationen (z.B. Pflegemanager\_in), nötige Infrastruktur zur Verfügung stellen, Entschädigung für nicht-bewohnendenspezifische Arbeiten.

Für die Umsetzung des ersten Punktes sind Bund und Kantone in der Pflicht, regulatorisch einzuwirken. Den zweiten Punkt braucht es wegen den zunehmenden geriatrischen und gerontopsychiatrischen Herausforderungen und zur fachlichen Unterstützung der Pflegeteams. Und mit dem dritten Punkt lässt sich die Zusammenarbeit organisieren. Das zentrale Element sind dabei die regelmässigen gemeinsamen Visiten (Pflege und die Hausärztin oder der Hausarzt gehen miteinander zum/zur Bewohnenden). Wenn

pro Ärztin oder Arzt 15 bis 20 Bewohnende betreut werden können, ist das auch organisatorisch und finanziell attraktiver. Viele Bewohnende wechseln sehr schnell zur Ärztin oder zum Arzt, die/der regelmässig ins Heim kommt, da sie die Vorteile gegenüber ihrer bekannten Hausärztin oder ihrem bekannten Hausarzt, die nur bei subakuten Problemen oder einmal im Jahr kommen, schnell erkennen.

### Umsetzung der Vorschläge in den Gesundheitszentren für das Alter

In den Gesundheitszentren Zürich sind wir dabei, einige der oben genannten Vorschläge umzusetzen. Zur Unterstützung der Zusammenarbeit mit der Hausärzteschaft sind Advance Practice Nurses (APN) in den Betrieben tätig. Ebenfalls wird ein geriatrischer und gerontopsychiatrischer Konsiliardienst angeboten. Eine Vereinbarung zur Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten ist erarbeitet und soll jetzt in mehreren Pilotversuchen überprüft werden. Dazu sind wir dabei, die Gesundheitliche Vorausplanung (GVP) umzusetzen und die Palliative Care zu verbessern, indem mobile Teams der Palliative Spitex zugezogen werden können. Schliesslich findet Ende Oktober bereits der dritte Kurs zum Einmaleins der Pflegeheimmedizin statt. In diesem Kurs werden in vier Tagen geriatrische und palliativmedizinische Kenntnisse für Ärztinnen und Ärzte vermittelt, die in Langzeitinstitutionen arbeiten.

Wie die Beispiele zeigen: Es gibt verschiedene Massnahmen, die schnell umgesetzt werden können. Andere Themen, wie beispielsweise der Tarif, der auf einen Praxisbetrieb ausgerichtet ist und nicht auf eine interprofessionelle Arbeit, bleiben zurzeit ungelöst.

Auf jeden Fall: Die Mängel der medizinischen Grundversorgung im Heim sind aufgezeigt. Es ist höchste Zeit, zu handeln.

### Literatur

- Bundesrat der Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2024). *Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die ältere Bevölkerung und auf Bewohnerinnen und Bewohner in Heimen*. Bundesrat Schweiz.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). (2024). *Medizinische Grundversorgung in den Alters- und Pflegeheimen*. SAMW.



**Dr. med. Gabriela Bieri-Brüning**

Chefärztin des Geriatrischen Dienstes und ärztliche Direktorin der Gesundheitszentren für das Alter der Stadt Zürich

[gaby.bieri@zuerich.ch](mailto:gaby.bieri@zuerich.ch)