



Mit Unterstützung der / Avec le soutien de la

SFGG - SPSC

Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie
Société Professionnelle Suisse de Gériatrie
Società Professionale Svizzera di Geriatria

Netzwerk Long Term Care

Positionspapier:

Verbesserung der medizinischen Versorgung in Langzeitinstitutionen

Die medizinische Versorgung in Langzeitinstitutionen ist von entscheidender Bedeutung für die Gesundheit und das Wohlbefinden der dort lebenden Menschen. Bewohner*innen von Langzeitinstitutionen stellen mit ihrer Hochaltrigkeit, Multimorbidität, häufig begleitet von kognitiven Störungen (Demenz/Delir) und ihrer Gebrechlichkeit eine besonders vulnerable Gruppe dar. Sie benötigen adäquate komplexe medizinisch-ärztliche Betreuung und Pflege. Aktuell ist eine solche in vielen Heimen nicht gewährleistet. Die Auswirkungen waren während der Pandemie spürbar (vgl. auch Expert*innenempfehlung Roundtable Pandemie). Im Sinne des Gerechtigkeitsprinzips dürfen weder Alter, Wohnform noch vorhandener Unterstützungsbedarf zu einer Verschlechterung der medizinisch-ärztlichen Versorgung eines immer grösser werdenden Bevölkerungsanteils führen (vgl. Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der SAMW zur medizinischen Versorgung in Alters- und Pflegeheimen vom September 2024, www.samw.ch/stellungnahmen).

Mitglieder des Netzwerks Long Term Care der schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie unterstützen die Stellungnahme der ZEK und fordern eine Anpassung der medizinisch-ärztlichen Versorgung in Langzeitinstitutionen. Eine einheitliche Vorgabe für alle Kantone wäre dabei wünschenswert.

Standpunkt

Es braucht eine umfassende Strategie sowie konkrete Massnahmen, damit eine angemessene und adäquate medizinische Betreuung der Bewohnenden von Institutionen gewährleistet werden kann. Bewohnende von Langzeitinstitutionen dürfen in dieser Hinsicht gegenüber Menschen ohne Unterstützungsbedarf nicht benachteiligt werden.

Durch eine adäquate Versorgung im Heim könnten unnötige Spitaleinweisungen verhindert, sowie Spitäler und schlussendlich das Gesundheitssystem der Schweiz entlastet werden.

Dafür werden in diesem Dokument Minimal Kriterien für die medizinisch-ärztliche Versorgung in Langzeitinstitutionen aus Sicht der Praktiker*innen formuliert und klare Rahmenbedingungen, Verantwortlichkeiten und Kommunikationswege gefordert.

Ziel dieser Kriterien ist es die Qualität der Gesundheitsversorgung unabhängig von der Wohnform, der Mobilität und der Urteilsfähigkeit der Betroffenen zu erhalten bzw. zu verbessern. Die Autonomie der Betroffenen soll dabei – soweit wie möglich – erhalten bleiben.

Massnahmen

1. verantwortliche*r "Heimärzt*in" (Institutionsverantwortliche*r Ärzt*in):

Je nach Kanton divergieren die Vorgaben bezüglich "Heimärzt*in" in Langzeitinstitutionen. Beispielsweise im Kanton Zürich ist ein*e "Heimärzt*in", die*der für alle nicht direkt patient*innenbezogenen Aufgaben wie Hygiene und Klärung der Prozesse der interprofessionellen Zusammenarbeit verantwortlich ist, für jedes Alters- und Pflegeheim vorgeschrieben.

Es besteht aber (noch) kein klar definiertes Pflichtenheft, das einheitliche Pflichten und Rechte für eine*n "Heimärzt*in" definiert. Ebenso ist die Vergütung dieser Leistungen nicht geregelt, was diese Funktion für Grundversorger*innen wenig attraktiv macht.

2. Zusammenarbeit von Hausärzt*innen mit den Heimen:

Schweizweit ist der Anteil der stationär betreuten Bewohnenden in den letzten Jahren gestiegen. Gleichzeitig hat auch der Anteil der nicht mehr «mobilen Patient*innen» zugenommen. Diese haben das Anrecht auf Hausbesuche durch die*den behandelnde*n Hausärzt*in, die*der sehr stark dem Personalkraftmangel ausgesetzt sind.

Die Zusammenarbeit von Institution und Hausärzt*innen muss vertraglich geregelt werden.

Der Vertrag regelt Rechte und Pflichten beider Parteien wie zum Beispiel die Verfügbarkeit und Stellvertretung bzw. Notfallregelung, den Ablauf regelmässiger Visiten in Bezug auf Vorbereitung und personelle Unterstützung, Zugriff auf die Pflegedokumentation, organisatorische Unterstützung bei der Planung von Standortgesprächen, Entschädigung für nicht-bewohnendenspezifische Arbeiten etc. Es besteht ein Hausärzt*innenmangel, besonders in ländlichen Gebieten. Daher sollte die Arbeit im Heim möglichst attraktiv gestaltet werden, dass die wenigen Hausärzt*innen trotzdem ins Heim kommen.

3. Klare Kommunikationswege:

Da die Bewohnenden von Heimen häufig nicht in der Lage sind direkt mit der*dem Hausärzt*in zu kommunizieren, müssen klare Kommunikationswege zwischen Hausärzt*innen und dem Personal des Heimes definiert werden.

Die Anfragen an die*den Hausärzt*in durch das Heimpersonal müssen nach Dringlichkeit triagiert werden, wobei auch verschiedene Kommunikationswege benutzt werden können.

Ärztliche Verordnungen erfolgen schriftlich oder werden nach telefonischer Anweisung innerhalb von 24h schriftlich nachgereicht.

Eine aktuelle Diagnose- und Medikamentenliste liegt jederzeit vor.

4. Information der Hausärzt*innen:

Die Hausärzt*innen werden, neben den patient*innenspezifischen Informationen, regelmässig und zeitnah über relevante Auswertungen der Institution, inkl. medizinische Qualitätsindikatoren informiert.

5. Verpflichtungen der Hausärzt*innen:

Es wird von den Hausärzt*innen erwartet, Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung mit ihren Patient*innen zu führen oder dazu an eine geeignete Stelle

zu verweisen. Die betreuenden Ärzt*innen sind über den Inhalt der Patientenverfügungen und über allfällige Ansprechpersonen (Familie, KESB) informiert.

Es ist Aufgabe der Hausärzt*innen die Entscheidungsfähigkeit ihrer Patient*innen regelmässig zu evaluieren und dokumentieren.

Des Weiteren sollen sich in Heimen tätige Hausärzt*innen regelmässig zu geriatrischen Themen weiterbilden, die Richtlinien der Smarter Medicine einhalten und Weiterbildungen zur heimärztlichen Medizin (z.B. 1x1 der Pflegeheimmedizin) absolvieren. Entsprechende Weiterbildungsangebote sollten gefördert und allenfalls auch finanziert werden.

6. Einbezug von fachspezifischen Konsiliardiensten:

Zur Optimierung der medizinischen Betreuung von älteren und multimorbiden Bewohnenden wird ein geriatrischer und ein gerontopsychiatrischer Konsiliardienst empfohlen. Das spezifische Fachwissen wie bei dem Hausärzt*innensystem ergänzt das ärztliche Wissen der Grundversorger*innen und unterstützt die Pflegenden in alltäglichen und ausserordentlichen Betreuungssituationen. Zudem soll in Zusammenarbeit mit einem Palliative-Care-Dienst eine suffiziente symptomorientierte Behandlung bis zum Lebensende im Heim garantiert werden. Wichtig sind Akzeptanz und Zusammenarbeit mit den fachspezifischen Konsiliardiensten.

7. Interprofessionelle Zusammenarbeit:

Da es sich bei der medizinischen Versorgung in der Langzeitbetreuung immer um eine koordinierte Betreuung handelt, sind alle Beteiligten darum bemüht, auf Augenhöhe, konstruktiv, zielgerichtet und ressourcenorientiert zusammenzuarbeiten. Auch ausreichend und fachlich kompetentes Pflegepersonal ist nötig. Zudem bieten wir auch stets Weiterbildungen an.

8. Entgelt

Eine Anpassung des ärztlichen Tarifsystems ist dringend notwendig, um den vermehrten Aufwand in der Behandlung von Bewohnenden in Langzeitinstitutionen abzugelten und um Leistungen in Abwesenheit der Patient*innen zu entlönnen.

Kurzversion der Massnahmen:

1. Heimärzt*in als Pflicht mit klarem Pflichtenheft und entsprechender Entlöhnung

2. Einrichten von Konsiliardiensten

3. Zusammenarbeit zwischen Heimleitung und Ärzt*in: Vertrag zwischen Heim und Hausärzt*in als Pflicht. Darin könnte vieles abgebildet werden:

- **Für die*den Hausärzt*in: Pflicht zum Hausbesuch, regelmässige Visiten, Einhalten der Regeln zur Kommunikation, schriftliche Verordnung, Mitarbeit bei ÄNO, Akzeptanz von Fachkonsilien, Angabe von Abwesenheiten und Vertretung etc.**
- **Für das Heim: Mitarbeit und Vorbereitung Visite, Triage für die Kommunikation, Minimalstandards für Fragen an die*den Ärzt*in (wie Angabe von Informationen über Dringlichkeit, Hintergründe, Vitalwerte und klare Fragestellung), Unterstützung beim Organisieren von Standortgesprächen, Zugriff auf die Informationen (z.B. Pflegemanager*in), zur Verfügung stellen der nötigen Infrastruktur, Entschädigung für nicht-bewohnendenspezifische Arbeiten.**

Erarbeitet am Treffen des Netzwerk Long Term Care der schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie im Januar 2024

Für die Kerngruppe:

Gaby Bieri, Andreas Breunig, Beat Gründler, Thomas Häslü, Franziska Perini, Michaela Petre, Monika Tröger