

Lessons Learned aus der Corona-Pandemie

Hausärztliche Versorgung in Langzeitinstitutionen

Dr. med. Sacha Beck, MHA, Mitglied der Expertenkommission «Aktuelle Herausforderungen für die stationäre Langzeitpflege»

Dr. med. Annette Ciurea, AGZ-Delegierte in Projektgruppe «Strategie Palliative Care im Kanton Zürich 2024–2028»

Leben wie zuhause – wenn nötig Behandlung wie im Spital

Die Pandemie hat gezeigt: Langzeitinstitutionen sind nicht nur sozialmedizinische Wohnformen, sondern wichtiger Teil der gesamten medizinischen Versorgungskette. Alters- und Pflegezentren haben sich in den letzten Jahren zu einer wichtigen Drehscheibe mit vielfältigen Kontakten zu Hausärztinnen und Hausärzten, Spezialisten, Spitalern und anderen medizinischen Dienstleistern entwickelt und entlasten diese auch. Dies erfolgt allerdings ohne die dafür nötigen Strukturen, bzw. pflegerischen, ärztlichen und finanziellen Ressourcen. Pointiert lässt sich sagen, dass Bewohnende in Pflegeinstitutionen ärztlich schlechter versorgt werden als solche, die noch selbständig die hausärztliche Praxis aufsuchen können. Dies wurde auch in einem kürzlich veröffentlichten Bericht einer nationalen Expertenkommission festgehalten (🔗 Download-Link im Kasten Seite 23). Darin wurden fünf zentrale Problemfelder im Bereich der stationären Langzeitpflege identifiziert (sh. blauer Kasten auf Seite 23).

Komplexität ist der Alltag – wachsende Ansprüche die Folge

Ende 2021 lebten rund 15000 Personen in einem der rund 260 Alters- und Pflegeheime im Kanton Zürich.¹

Diese Personen und ihre Angehörigen haben unterschiedlichste Ansprüche an den Aufenthalt. Manche werden nach Spitalaufenthalt nur temporär betreut, sind bei Eintritt gesundheitlich instabil und treten im Verlauf wieder nach Hause aus. Der Grossteil tritt aber für den letzten Lebensabschnitt ein. Viele sind kognitiv beeinträchtigt – Multimorbidität, Demenz/Delir und Frailty sind weit verbreitet. Wiederholte, oft auch nicht indizierte Hospitalisationen sind keine Seltenheit. Wichtige Fragen zu Therapiezielen und -limitationen sind oft nicht geklärt. Erwartungshaltungen der Betroffenen und ihrer Angehörigen und die Realität der medizinischen Versorgung klaffen auseinander.

Heimarzt und hausärztliche Aufgaben im Heim

Der Kanton Zürich verlangt für den Betrieb einer Pflegeinstitution einen verantwortlichen «Heimarzt», mit Verantwortung für die medizinische Versorgung, die Hygiene oder die Medikamentenbewirtschaftung. Traditionellerweise wird die Heimarztfunktion von Hausärztinnen und Hausärzten der Region wahrgenommen, die ihre eigenen Patientinnen und Patienten auch im Heim weiterbetreuen. Damit sorgen sie für Kontinuität und für eine regionale Verankerung der Institution.

Dieses Modell ist in den letzten Jahren aber unter Druck geraten. Wachsende fachliche Ansprüche in den Institutionen, Überlastung der Hausärztinnen und Hausärzte im Praxisalltag und abnehmende Bereitschaft für Hausbesuche sind einige der Gründe. Dazu kommt eine ungenügende und oft nicht situationsgerechte finanzielle Abgeltung der hausärztlichen Tätigkeit, die sich mit einem veralteten ambulanten Tarif für eine eigentlich stationäre Arbeit abfinden muss. So geben immer mehr langjährige Heimärztinnen ihre Funktion ab und Hausärzte wollen bzw. können oft keine Patientinnen und Patienten mehr in den Institutionen betreuen.

Bedürfnisse der Institution – Bedürfnisse der Grundversorger

Neben den Institutionen, die keine Hausärztinnen oder Hausärzte zur Übernahme ihrer Bewohnenden



Interprofessionalität und palliative Geriatrie live: Heike Hess von Palliaviva (Mitte) befüllt eine PCA-Pumpe für eine Bewohnerin in einer Langzeitinstitution, flankiert von Annette Ciurea (rechts) und der betreuenden Pflegefachperson (Links).

¹ Kanton Zürich, Daten & Statistik der Langzeitpflege: www.zh.ch/de/gesundheits/heime-spitex/daten-statistik-langzeitpflege.html

finden, gibt es aber auch zahlreiche, oft städtische Standorte, die eine Vielzahl von hausärztlichen Ansprechpartnern haben, die lediglich eine kleine Anzahl Bewohnende betreuen. Dadurch sind Vereinheitlichungen von Abläufen im Bereich der Kommunikation, des Verordnungsprozesses, der Medikationssicherheit oder der strukturierten Visite nur schwer umsetzbar. Diese gemeinsamen Haltungen sind aber nötig, um Betreuungsteams fachlich weiterzuentwickeln und Kompetenzen aufzubauen, was wiederum die hausärztliche Arbeit erleichtert und schlussendlich die Versorgungsqualität und -sicherheit verbessert. Die Grundversorger sind andererseits oft damit konfrontiert, dass sie nicht erkennen können, wer auf Seiten der Institution ihre Ansprechpartner sind, welches Problem nun effektiv besteht und wie dringlich es ist. Die Kommunikations- und Entscheidungswege unterscheiden sich stark im Vergleich zum gewohnten Praxisalltag und führen zu grossen Reibungsverlusten.

Fachliche Herausforderungen – Beispiel Palliative Geriatrie

Die Komplexität der Erkrankungen erfordert von Hausärztinnen und Pflegeteams zunehmend spezifische Kenntnisse in alters- und palliativmedizinischer Betreuung: Das Besprechen von realistischen Therapiezielen mit Betroffenen und ihren Angehörigen, die Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz oder auch die Erstellung eines Notfallplans bis hin zum Umgang mit Sterbewünschen und dem assistierten Suizid. Im «**Einmaleins der Pflegeheimmedizin**», einem Fortbildungsangebot von palliative.ch und der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie, werden genau diese

Kompetenzen für Hausärztinnen und Hausärzte vermittelt (➔ Externe Veranstaltungen, Seite 26).

Auch die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich hat die Bedeutung der Palliativen Geriatrie erkannt. Bleibt zu hoffen, dass die aktuell in der Vernehmlassung befindliche «**Strategie Palliative Care im Kanton Zürich 2024–2028**» auch kritische Versorgungsfragen in der Betreuung von älteren Menschen in Langzeitinstitutionen adressiert und Finanzierungslücken schliesst.

Ein Blick in die Zukunft – wie kann die Situation verbessert werden?

Damit die Situation für die Bewohnenden von Institutionen und alle Beteiligten besser wird, braucht es Veränderungen auf verschiedenen, auch politischen und behördlichen Ebenen. Die nationalen Expertempfehlungen geben dazu gute Denkanstösse (sh. blauer Kasten). Hausärztlich und behördlich abgestützte, kooperative, interprofessionelle und vernetzt arbeitende Versorgungsmodelle unter Einbezug von geriatrischer, palliativmedizinischer und gerontopsychiatrischer Expertise sind dabei die Schlüssel zu einer bedarfsgerechten und auch integrierten Versorgung. Dass das einen langen Atem braucht, aber funktioniert, beweist der Kanton Waadt seit mehr als 10 Jahren. Dort setzen sich die kantonale Gesundheitsdirektion, die Spitäler, die regionalen Ärzteorganisationen und die Heimärztinnen gemeinsam für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung in der stationären Langzeitbetreuung ein. Dabei hat auch die Politik erkannt, dass die jährlichen Investitionen des Kantons in die Qualitätsbemühungen sowohl die Versorgung wie auch die Gesamtkosten verbessern.

Aktuelle Problemfelder und nötige Massnahmen im Bereich der Langzeitpflege

(adaptiert nach Empfehlungen der Expertenkommission «Aktuelle Herausforderungen für die stationäre Langzeitpflege: Lessons Learned aus der Corona-Pandemie»)

1. Alters- und Pflegeheime sind nicht nur Wohn- und Lebensorte, sondern ein wichtiges Glied der medizinischen Versorgungskette
2. Die ärztliche Versorgung der Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen muss verbindlich geregelt, adäquat finanziert und politisch gefördert werden. Der Hausärztemangel und die schlechten Rahmenbedingungen führen sonst zu weiteren Engpässen in der ärztlichen Betreuung
3. Die Pflege und Betreuung von Bewohnenden sind aufgrund des ausgetrockneten Arbeitsmarktes erschwert. Es braucht eine gerechte Entlohnung, Anerkennung, Förderung und Weiterbildung für die Pflegenden
4. Zusätzlich benötigte Expertise im Alters- und Pflegeheim ist oft nicht vorhanden, sei es in Geriatrie, Palliative Care, Gerontopsychiatrie, Pharmakologie oder Infektiologie. Diese Kompetenzen werden zunehmend gefragt sein.
5. Interprofessionelle und interinstitutionelle Kommunikation zwischen Praxen, Spitälern sowie den Heimen muss gewährleistet werden. Dafür braucht es auch zeitgemässe technische Möglichkeiten.



Bericht der Expertenkommission

www.bioethics.ch/sgbe/artikel