

Ärztliche Versorgung in Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz

CURAVIVA Fachkongress Alter 2017

Montreux, 19./20. September 2017

Gabriela Bieri-Brüning, Präsidentin der Kommission für
Langzeitgeriatrie der SFGG, Chefärztin Geriatrischer Dienst Zürich,
Ärztliche Direktorin Pflegezentren Zürich

Helmut Bernt, Leiter Pflegedienst Pflegezentrum Entlisberg, Zürich

Ärztliche Versorgung im Heim

- Herausforderungen an die ärztliche Versorgung im Heim
- Gesetzliche Vorgaben
- Verschiedene Modelle der Versorgung
- Modell PZZ
- Modell Gesundheitszentrum
- Was ist gute ärztliche Versorgung im Heim?

Herausforderungen an die ärztliche Versorgung im Heim

Patienten und Behandlung

- Übertritte vom Spital früher, Eintritte von zu Hause später, kürzere Aufenthaltsdauer
- Medizinische Situation wird immer komplexer, instabiler, höhere medizintechnische und pflegerische Anforderungen
- Vermehrt soziale Abklärungen (nicht mehr im Spital)
- Vermehrt Nachsorge nach Spitalaufenthalt, Übergangspflege, Entlassung nach Hause
- Braucht mehr ärztliche Kapazität, mehr geriatrisches Fachwissen nötig

Herausforderungen an die ärztliche Versorgung im Heim

- Psychiatrische Versorgung in Heimen als neue Herausforderung
- Palliative Care, auch von jüngeren Patienten
- Menschen mit Demenz gegen 70% in Pflegeheimen
- Mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit nötig (Pflege, Therapien, Sozialdienst, Psychologen, Seelsorge...)
- Gesundheitliche Vorausplanung (Advance Care Planing)
- Gesetzliche Vorgaben (Heilmittelgesetz, KESR, KVG...)

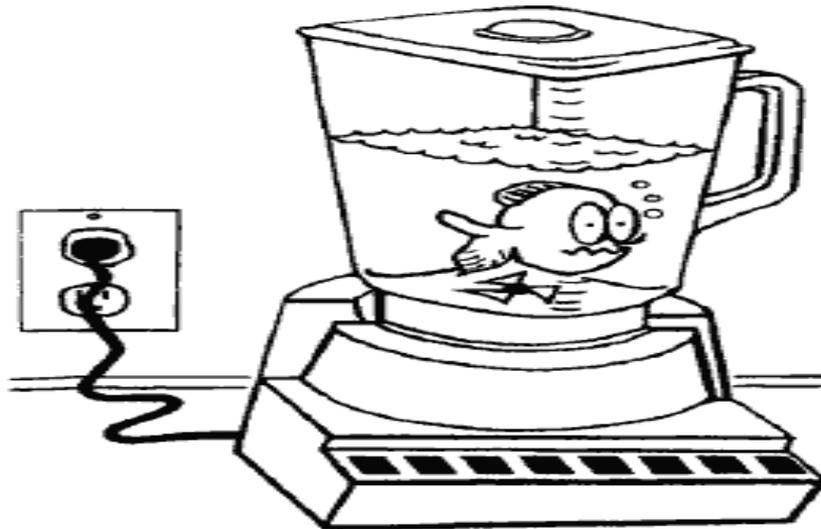
Herausforderungen an die ärztliche Versorgung im Heim

Strukturen

- Ungenügende Leistungsvergütung, ambulanter Tarif in stationärem Bereich, ungenügende Abgeltung des interdisziplinären Austauschs (z.B. Leistungen in Abwesenheit)
- Krankenkasse verlangt Abrechnung über ZSR-Nummer des Heimarztes statt des Heims, Probleme beim Kostenvergleich
- Mehr administrativer Aufwand durch höhere Anforderungen der Krankenversicherer (z.B. Dokumentation doppelt), Heilmittelkontrolle, KESB ...
- Hausarztmangel bringt Versorgungsengpässe auch in Heimen
- Meist ungenügende Einbindung in die Entscheidungsstrukturen im Heim
- Diskrepanz zwischen Verantwortung und Einbindung (z.B. zuständiger Heimarzt Kanton Zürich)
- Oft wird der Heimarzt nur im Notfall gerufen
- Oft wird der Heimarzt erst bei Eskalation gerufen (z.B. mit Angehörigen)



Hausarzt im Heim



Hausarzt im Heim, SGIM 2015

**And you thought
there was stress
in your life !**



G.Bieri, R.Kuhn, T.Häsli

Gesetzliche Grundlagen

- Versicherungsrecht, KVG (**eidgenössisch**)
 - Patientinnen und Patientengesetz (**kantonal**)
 - Gesundheitsgesetz (**kantonal**)
-
- Kindes- und Erwachsenenschutzrecht
 - Heilmittelgesetz

grosse kantonale Unterschiede in der gesetzlichen Vorgabe zur ärztlichen Versorgung im Heim

Umfrage der Kommission für Langzeitgeriatrie der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie bei den Kantonsärzten:

- Spektrum der Vorgabe reicht von obligatorischem Einsitz des Heimarztes in der Direktion bis hin zu keinen Vorgaben
- Die meisten Kantone in der Deutschschweiz verlangen keinen zuständigen Heimarzt, machen keine Vorgaben
- 9 Kantone verlangen einen Heimarzt, gesetzliche Vorgabe der Pflichten (Hygiene, Qualifikation des Pflegepersonal), kaum Mitspracherecht
- In einzelnen Kantonen der Romandie ist die Stellung des Heimarztes besser geregelt, Kanton Waadt verlangt einen Vertrag zwischen Heim und Heimarzt inkl. Regelung des Entgelts (zusätzlich zu Tarmed)
- Der Kanton Tessin geht am weitesten: Einbindung in die Direktion: «direttore sanitario» zusammen mit dem «direttore amministrativo»
- Heimgesetz im Kanton Jura verlangt Wissen zu Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Palliative Care vom Heimarzt

z.B. Kanton Zürich

• Die pflegerische Gesamtverantwortung (Pflegedienstleitung) muss durch eine Pflegefachperson wahrgenommen werden, die mindestens über einen Ausbildungsabschluss auf der Stufe FASRK verfügt.

5. Die gesamtverantwortliche Leitung (Verwaltung), die Leitung des Pflegebereiches und die verantwortliche ärztliche Leitung (Heimarzt)

• Die gesamtverantwortliche Leitung der Institution wird durch eine kompetente und ver-

Für die ärztliche Leitung hat eine Ärztin oder ein Arzt mit einer Bewilligung der selbstständigen Berufsausübung im Kanton Zürich die Verantwortung für die fachgerechte Behandlung der Patientinnen und Patienten sowie die Organisation des Notfalldienstes zu übernehmen und die Einhaltung der Hygienevorschriften zu gewährleisten.

6. Informationspflicht

Der Gesundheitsdirektion sind jährlich die SOMED-Statistik sowie alle weiteren von der Gesundheitsdirektion vorgegebenen Erhebungen einzureichen.

Modelle der ärztlichen Versorgung im Heim

- Hausarztmodell: frei (jeder Hausarzt betreut 1-4 Patientinnen oder Patienten in 1-4 Heimen) oder organisiert z.B. nach Abteilungen
- Heimarztmodell: angestellte Heimärzte oder vertraglich fix eingebundene Ärzte (Haupttätigkeit Heim oder fixer Anteil der Tätigkeit im Heim)
- Alternativen?

Hausarztmodell (häufigste)

Stärken (Strength)	Schwächen (Weaknesses)
<ul style="list-style-type: none"> • persönliche Beziehung • Vertrauen • Sicherheit auf beiden Seiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Interdisziplinäre Zusammenarbeit erschwert, zu wenig Zeit • In Notfällen schwer abkömmlich • Grosser Aufwand Pflege mit x-Ärzten auf der Abteilung • Viele verschiedene Verordnungen • Keine einheitliche ärztliche Haltung
Chancen (Opportunities)	Risiken (Threads)
<ul style="list-style-type: none"> • ...Beziehung bis zum Tod... 	<ul style="list-style-type: none"> • Weniger geriatrisches und gerontopsychiatrisches Fachwissen (hängt von der geriatrischen Erfahrung des HA ab)

Heimarztmodell

Stärken (Strength)	Schwächen (Weaknesses)
<ul style="list-style-type: none"> • Schnelles reagieren in Notfällen möglich • Interdisziplinäre Zusammenarbeit, im Idealfall ein geriatrisches Fachteam • Zuständigkeiten im Betrieb sind geklärt • Abläufe im Betrieb sind bekannt • Teilnahme an Fallbesprechungen/Visiten usw. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manchmal junge unerfahrene Assistenzärzte
Chancen (Opportunities)	Risiken (Threads)
<ul style="list-style-type: none"> • ...interdisziplinäres Lernen • ...Beteiligung an internen FB • Erarbeitung einer gemeinsamen Haltung 	<ul style="list-style-type: none"> • Medizin versus Leben

Zukunft: Netzwerkmodell (Kooperation von Heimen, teilen sich einen Heimärzte, Pflegeexperten, Fachexpertin Demenz...)

Stärken (Strength)	Schwächen (Weaknesses)
<ul style="list-style-type: none"> • Interdisziplinäre Zusammenarbeit • Schnelles reagieren in Notfällen möglich • Fachlicher Austausch • Zuständigkeiten im Betrieb sind mehrheitlich bekannt • Abläufe im Betrieb sind mehrheitlich bekannt • Teilnahme an Fallbesprechungen/ Visiten usw. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verschiedene Ärzte • Manchmal junge unerfahrene Assistenzärzte
Chancen (Opportunities)	Risiken (Threads)
<ul style="list-style-type: none"> • ...hausübergreifendes Lernen • ...Gestaltung internen FB • Gemeinsame Arbeitskultur 	<p>Lange Entscheidungswege Schleppende Innovation Anspruch auf «alle machen alles gleich»</p>

Modell Geriatrischer Dienst der Pflegezentren Zürich

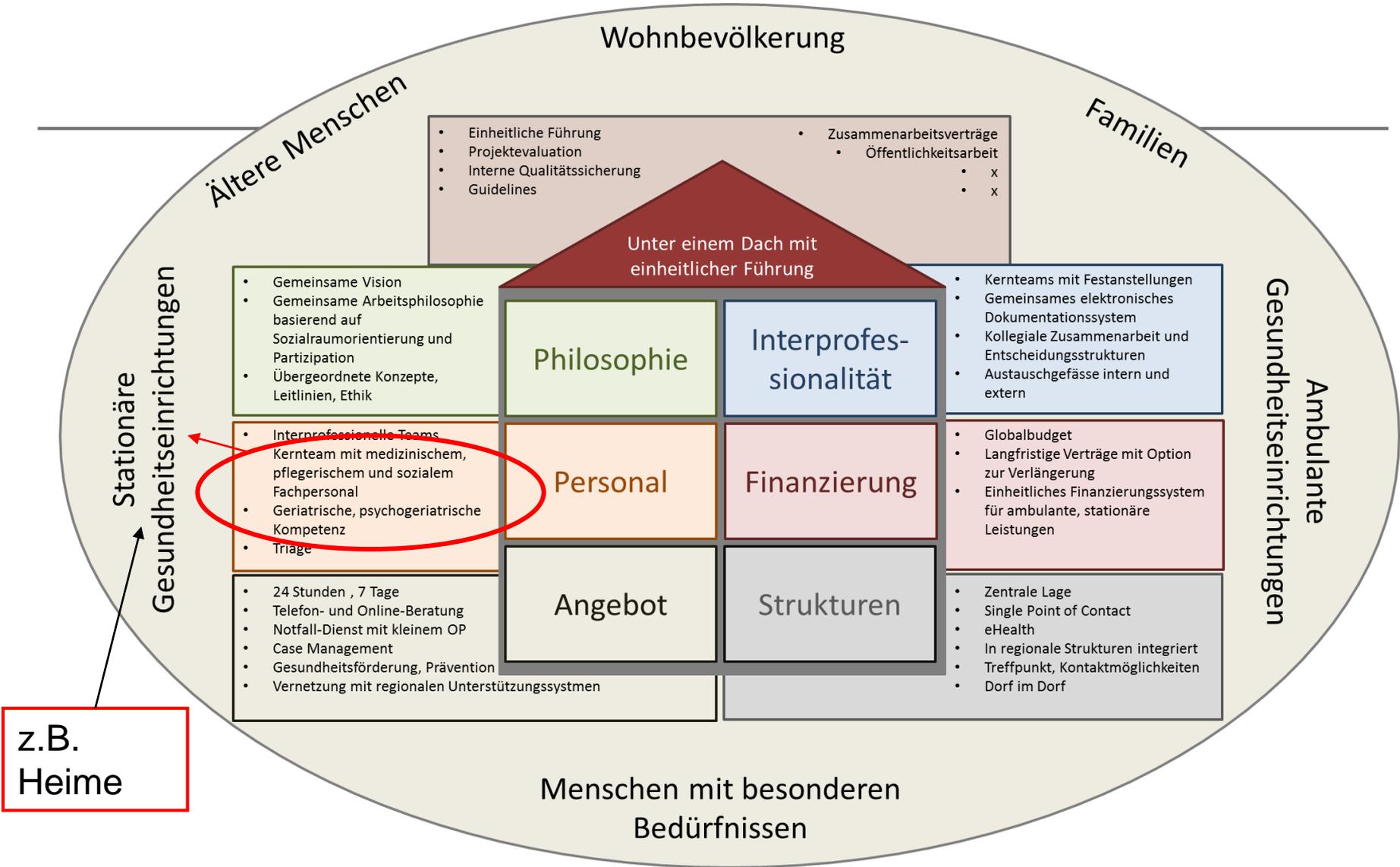
- Grosser Arztdienst (rund 40 angestellte Ärztinnen und Ärzte), der die 1600 Betten der 10 Pflegezentren betreut, davon 84 Betten Übergangspflege
- Ärztliche Struktur wie im Spital: 10 Geriater, 2 Gerontopsychiater (leitende Ärzte), 7 Oberärzte (Facharzt Allg. Inn.Med.), Assistenzärzte
- Leitende Ärzte sind im Betrieb in den Führungsausschuss (Betriebsleitung, LPD, leit. Arzt) auf oberster Entscheidungsebene eingebunden
- Ärztliche Direktorin in Direktion und Geschäftsleitung eingebunden
- Eigener Notfalldienst während 365 Tagen, 24 Stunden
- Geriatrisches Team mit guter Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen

Modell Geriatrischer Dienst der Pflegezentren Zürich, z.B.

- Übergangspflege: Alle Eintritte werden über die Übergangspflege aufgenommen, interdisziplinäres geriatrisches Assessment, Triagerapport, Verlegung auf Langzeitabteilung oder geriatrische Rehabilitation (Geriatrisches Team), über 60% Austritte nach durchschnittlich 28 Tagen (7-fache ärztliche Dotierung)
- Langzeit:
 - Demenz: eigene Memory-Klinik, Hausbesuche SiL, Tageszentren, Qualitätsparameter Demenz
 - Palliative Care
 - Intensität Behandlung (ACP)
 - Psychiatrische Abteilungen
 - Interdisziplinäre Familiengespräche, Interdisziplinäre Rapporte, Fallbesprechungen
- Gemeinsame Demenzschulung

Modell Gesundheitszentrum, Projekt Curaviva

- Basierend auf dem Wohn- und Pflegemodell 2030 von Curaviva
- Arbeitsgruppe erarbeitet das Modell eines Gesundheitszentrum (mit Arztpraxis, Therapien ...) das u.a. auch die medizinisch-therapeutische Versorgung im Heim übernehmen kann
- Zwei Vertreter der Kommission für Langzeitgeriatrie der SFGG arbeiten mit
- Vgl. Schema nächste Seite (Stand Ende Juni 17)



Gute ärztliche Versorgung im Heim braucht:

- Gute Qualität im Heim lässt sich nur durch eine gute Zusammenarbeit v.a. zwischen Pflege und Arzt erreichen !!!
- Es braucht klare Strukturen und Prozesse: Visiten, Notfall (Achtung: Verhinderung unnötiger Hospitalisationen), Ablauf bei Ein- und Austritten, Familiengespräche, interdisziplinäre Rapporte, interdisziplinäre Fallbesprechungen
- Klar geregelte Erreichbarkeit und Vertretungen
- Klare (schriftliche) Verordnungen
- Es braucht eine gemeinsame Haltung (Demenzkonzept, Palliative Care)
- Es braucht gesundheitliche Vorausplanung mit vorausschauender Behandlungsplanung (Advance Care Planning)

Gute ärztliche Versorgung im Heim braucht:

- Regelmässigen Informationsaustausch unter den Heimärzten
- Es braucht geriatrisches und gerontopsychiatrisches Fachwissen (zumindest als Konsilien)
- Es braucht eine vertraglich geregelte Einbindung des Arztes ins Heim mit Klärung der Pflichten und Rechte und Gefässe für den Austausch
- Angemessene Entschädigung für die Heimärzte
- Gemeinsame Fortbildungen (Demenz , Palliative Care, ACP, KESR)

Es braucht eine Stärkung und v.a. stärkere Einbindung der Ärzte im Heim

- Kommission für Langzeitgeriatrie engagiert sich dafür:
 - Mustervertrag, Engagement für bessere Finanzierung, Erarbeitung von Empfehlungen zu Themen wie Norovirus, AGT, Betäubungsmittel, freiheitsbeschränkende Massnahmen, Sturzprophylaxe ..., Weiterbildungen zu Themen der Langzeitgeriatrie (z.B. Delir)
- Die Heimarztfunktion muss wieder attraktiver werden, es braucht geeignete Modelle dazu (Hausarztmodell ist ein Auslaufmodell)