

ROLLE DER HAUSÄRZTE & HEIMÄRZTE IN DER VERSORGUNG DER HEIMBEWOHNER



IMPRESSUM

Herausgeber

CURAVIVA Schweiz
Fachbereich Alter
Zieglerstrasse 53
Postfach 1003
3000 Bern 14

Telefon 031 385 33 33

info@curaviva.ch

www.curaviva.ch

Autor: Jean-Luc Moreau-Majer, in Zusammenarbeit mit der Kommission für ambulante und stationäre geriatrische Langzeitbetreuung der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG (Präsidentin: Gabriela Bieri-Brüning) und weiteren heimärztlich tätigen Kolleginnen/Kollegen

Copyright Titelbild: Monique Wittwer, www.moniquewittwer.ch

Layout: CURAVIVA Schweiz

Ausgabe: Herbst 2015

Aus Gründen der Verständlichkeit kann es vorkommen, dass im Text nur die männliche oder die weibliche Form gewählt wird. Es sind aber immer beide Geschlechter gemeint.

Inhaltsverzeichnis

1.	Abstract	4
2.	Was wären ideale Bedingungen?	4
3.	Was bieten wir heute?	4
4.	Folgende Bedingungen finden wir vor	5
5.	Beschreibung von typischen kantonalen Lösungen	6
6.	Finanzierung	6
7.	Heimärztliche vs. hausärztliche Betreuung	6
8.	Was wir erwarten	7
9.	Verweise	8
9.1.	Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG) Finanzierung	
9.2.	Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie SGG-SSG	
9.3.	Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW	

1. Abstract

Die ärztliche Versorgung der Menschen, die in Institutionen der Langzeitpflege leben, ist in der Schweiz sehr heterogen organisiert. Dies ist einerseits Folge der föderalistischen Ordnung des Gesundheitswesens, andererseits auf Unterschiede zwischen Hausarzt- und Heimarztssystem und unterschiedlicher Ausrichtung der Institutionen zurückzuführen.

Der zunehmende Mangel an Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung und die zurzeit fehlende Attraktivität der heimärztlichen Arbeit fordern die Institutionen der Langzeitpflege zum Handeln auf. Sie müssen dafür sorgen, dass Ärztinnen/Ärzte, Pflegende, Therapeuten und weitere im Heim tätige Berufsgruppen systematisch und in dafür geeigneten Strukturen zusammenarbeiten können.

2. Was wären ideale Bedingungen?

Die wertschätzende interprofessionelle Zusammenarbeit der Pflegenden und Therapeuten der Menschen in der Langzeitpflege ist in allen Schweizer Heimen die Regel. Die Ziele der Betreuung werden (wenn möglich) mit den Betroffenen und ihren Angehörigen diskutiert und festgelegt.

3. Was bieten wir heute?

- **Wir bieten den Bewohnenden**

Bewohnende von Pflegeheimen sind besonders vulnerabel und gehören zu den gebrechlichsten Mitgliedern unserer Gesellschaft. Oft sind sie von mehreren gesundheitlichen Problemen gleichzeitig betroffen: Gangunsicherheit, Stürze, Inkontinenz, Schmerzen, kognitive Beeinträchtigung und Depression Niereninsuffizienz usw. Die Pharmakotherapie ist dementsprechend komplex, Nutzen und Risiken aller Massnahmen müssen abgewogen werden, Wünsche oder Ängste der Betroffenen und ihrer Angehörigen erfragt und diskutiert werden. Das Pflegeheim ist für viele Menschen auch der Ort ihres Sterbens; eine gute Palliativmedizin und -pflege muss garantiert werden.

Im Idealfall werden die gebrechlichen Bewohnenden im Pflegeheim betreut von ihren Hausärztinnen und Hausärzten, die sie mitsamt ihrem familiären Umfeld schon seit vielen Jahren kennen. Die langjährige gemeinsame Geschichte setzt sich in der Institution der Langzeitpflege nahtlos fort und schafft eine Vertrauensbasis. Entscheidungen werden mit den Betroffenen, ihren Angehörigen, dem Pflorgeteam und weiteren therapeutischen Fachleuten besprochen. Damit können Massnahmen vermieden werden, die nicht dem Patientenwunsch entsprechen oder nur fraglichen Nutzen versprechen.

- **Wir bieten den Pflegeinstitutionen**

In Pflegezentren, die auch Patienten aufnehmen, die hochkomplexer Pflege bedürfen, ist seit der Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups, deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen) in den Akutspitälern die Zahl der Kurzaufenthalter und der Patienten mit Rehabilitationsanspruch gestiegen. Diese Institutionen bieten in der organisatorischen Struktur der Langzeitpflege Leistungen an, die eher der Spitalmedizin zuzuordnen sind. Die gesundheitliche Situation der Betroffenen ist ausgesprochen instabil, psychosoziale und ethische Probleme rund um Therapieziele, Austritt, lebensverlängernde Massnahmen etc. sind anspruchsvoll.

Wiederum andere Pflegeheime haben sich spezialisiert auf die Betreuung von Personen mit Demenz, mit psychiatrischen Erkrankungen oder geistiger Behinderung. Hier sind es die störenden und zum Teil selbst- oder fremdgefährdenden Verhaltensweisen, die neuro-psychiatrischen Symptome, die alle Beteiligten herausfordern. Die erwähnten spezialisierten Institutionen der Langzeitpflege werden vielfach nicht im Hausarztssystem, sondern durch fest angestellte oder vertraglich verpflichtete Heimärztinnen/-ärzte betreut.

Eine gute heimärztliche Betreuung beschränkt sich keineswegs auf das Stellen von Diagnosen und das Verordnen von Medikamenten. Ein wesentlicher Teil der Arbeit besteht in der Kommunikation mit den Bewohnenden selbst, mit ihren Angehörigen und mit den Mitarbeitenden von Pflege, Betreuung und Therapie. Diese interprofessionelle Zusammenarbeit ist ein wesentlicher Bestandteil einer guten geriatrischen Langzeitbetreuung.

4. Folgende Bedingungen finden wir vor

Die ärztliche Betreuung der Bewohnenden von Pflegeheimen in der Schweiz ist sehr heterogen. Jeder Kanton hat seine eigenen Gesetze und Verordnungen. Das Spektrum reicht vom obligatorischen Einsitz einer Ärztin/eines Arztes in der Heimleitung bis zum Fehlen jeglicher Vorgabe zur ärztlichen Betreuung in den Heimen (siehe Abschnitt 1.4).

In den letzten Jahren wurden die medizinischen Anforderungen in den Institutionen der Langzeitpflege immer anspruchsvoller, aber gleichzeitig sind Bestrebungen im Gange, den Langzeitbereich auf die reine Betreuung und Pflege zu reduzieren. Der steigenden Komplexität der medizinischen und pflegerischen Betreuung stehen schrumpfende personelle und finanzielle Ressourcen gegenüber.

Ressourcen fehlen wegen politisch motivierten, nicht wissenschaftlich fundierten Sparpaketen. Die heutige Zahl von Pflegenden, die ihre Ausbildung abschliessen, liege massiv unter dem künftigen Bedarf und die Berufsverweildauer sei gering, schrieb die Arbeitsgruppe von GDK und BAG 2012. Die Arbeitsgruppe führte weiter aus: „Der drohende Mangel an ärztlichen Grundversorger/innen zeigt sich u. a. in Form des hohen Durchschnittsalters der praktizierenden Hausärztinnen und -ärzten bei steigender Nachfrage nach hausärztlichen Leistungen. Gleichzeitig fehlt der Nachwuchs und der Bedarf nach Teilzeitarbeit steigt durch die Feminisierung der Medizin, was wiederum den Bedarf an weiteren Ärztinnen und Ärzten erhöht.“

Hausärztinnen und -ärzte, die Heimbewohnende betreuen, berichten, dass diese Arbeit zwar spannend, die Arbeitsbedingungen jedoch schlecht seien. Der Zeitdruck in der Praxis zwingt sie zu Heimbisuchen zu Randzeiten, wenn oft keine diplomierten Pflegekräfte mehr erreichbar seien. Viele aufwändige Leistungen wie Gespräche, Visiten oder Fallbesprechungen werden schlecht oder gar nicht entlohnt. Im Ergebnis verzichten viele motivierte, gut ausgebildete jüngere Ärztinnen und Ärzte darauf, heimärztlich tätig zu sein.

Nicht nur medizinisch sind die Anforderungen gewachsen, auch administrative Ansprüche erhöhen den Zeitdruck. Nicht zuletzt das neue Erwachsenenschutzrecht fordert mehr Zeit, um Patientenverfügungen und Pflegeverträge mit den Bewohnenden und ihren Angehörigen zu besprechen. Die Dokumentation von medizinischen und pflegerischen Leistungen wird immer anspruchsvoller. Zudem werden Leistungen, welche nicht direkt im Zusammenhang mit der Betreuung eines individuellen Patienten stehen (Teamgespräche, Controlling-Funktionen, Sitzungen) oft kaum finanziert und werden deshalb auch kaum erbracht (Grob D, 2014).

- [Arbeitsgruppe von GDK und BAG \(2012\). Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung](#)
- [Grob, Daniel \(2014\). Checkliste für VR-Mitglieder von Pflegezentren – Fragen zur ärztlichen Versorgung des Pflegezentrums](#)

5. Beschreibung von typischen kantonalen Lösungen

- Hoher Regulationsgrad (z.B. TI, JU oder VD)
- Zuständiger Heimarzt obligatorisch (z.B. BE, FR oder ZH)
- Keine Regelung (z.B. BS, LU, SG oder NE)

Genauere Angaben finden sich in den folgenden Links:

[\(Bieri-Brüning G \(2013\). Gesetzliche Rahmenbedingungen für Heimärzte je nach Kanton\)](#)

[\(Bieri-Brüning \(2013\). Resultat der Umfrage der SFGG/SPSG bei den Kantonsärzten\)](#)

6. Finanzierung

Grundsätzlich werden die Leistungen der Heim-/Hausärzte entsprechend dem geltenden ambulanten Tarif TARMED abgerechnet, wenn das Heim mit den Krankenkassen einen Vertrag als Teilpauschalen-Heim abgeschlossen hat. Leistungen, die nicht auf die Betreuung einer bestimmten Person bezogen sind, können über TARMED nicht verrechnet werden; deren Verrechnung ist derzeit ungelöst.

Im Heimarztsystem mit Vollpauschalen-Vertrag ist der Arzt/die Ärztin vom Heim angestellt. Die Entlohnung ist im Arbeitsvertrag festgelegt.

7. Heimärztliche vs. hausärztliche Betreuung

Ärzte übernehmen einen wichtigen Teil der Betreuung von Pflegeheimbewohnern. Wissenschaftliche Untersuchungen im Bereich der Langzeitpflege konnten zeigen, dass multidisziplinäre Interventionen bei der Betreuung von hochbetagten Personen am erfolgreichsten sind. Entscheidend ist die Zusammenarbeit der Ärztinnen und Ärzte mit den Fachpersonen der Pflege und weiterer therapeutischer Berufe.

Zum Beispiel konnten Katz P et al. (2009) in einer Untersuchung zur Versorgung und Pflegequalität in nordamerikanischen Pflegeheimen zeigen, dass ärztliches Engagement einen positiven Einfluss hat auf Hospitalisationsrate, funktionellen Status und Zufriedenheit der Bewohnenden; reduzierte ärztliche Präsenz führte zu schlechtem Patientenoutcome. Der Autor fordert deshalb, dass die Funktion des „Nursing Home Physician Specialist“ geschaffen wird. In Holland gibt es seit 1990 den Spezialtitel „Verpleeghuisarts“, der 2006 mit dem Titel „Sociale geriatric“ zum „Specialist ouderengeneeskunde“ zusammengeführt wurde.

So wünschenswert eine Spezialisierung der heimärztlich tätigen Fachleute erscheinen mag, so ist sie angesichts des fehlenden Nachwuchses nicht realistisch. Es besteht die Gefahr, dass durch überrissene Qualitätsanforderungen (inklusive der unvermeidbaren Dokumentation) paradoxerweise die Qualität der Betreuung sinkt.

- Katz, Paul R., Karuza, J., Intrator, O., Mor V.. (2009). Nursing home physician specialists: A response to the workforce crisis in long-term care. *Annals of Internal Medicine*, 150(6), 411-413. <http://annals.org/article.aspx?articleid=744385>
- Naef J, 2009. Geriatrie für den Hausarzt: Die Situation in der Schweiz. In: Geriatrie für Hausärzte, Hrsg. Stoppe G & Mann E, Verlag Hans Huber Bern, 2009.

8. Was wir erwarten

- Alte und gebrechliche Menschen, die im Heim leben, haben Anrecht auf gute, kontinuierliche Betreuung. Die wichtigste Ressource bei der Betreuung dieser Personen ist Zeit.
- Die Institutionen der Langzeitpflege sorgen dafür, dass Ärztinnen/Ärzte, Pflegende, Therapeuten, Apotheker/ Apotheker und weitere im Heim tätige Berufsgruppen systematisch und in dafür geeigneten Strukturen zusammenarbeiten können.
- Die Institutionen stellen nicht nur die Zeit für die interprofessionelle patientenbezogene Arbeit zur Verfügung, sondern sind verpflichtet, heimärztliche Leistungen für die Institution, die nicht im Tarif bestimmten Bewohnenden verrechnet werden können, angemessen zu vergüten. Dies gilt auch für die Zeit, in welcher die Ärztin/der Arzt für die Institution telefonisch erreichbar sein muss (Pikettdienst).
- Anforderungen an die Pflegeheime bezüglich ärztlicher Betreuung müssen gesamtschweizerisch geregelt werden. Als Minimum ist die Empfehlung der SAMW einzufordern.

dem, dass die Institution eine/-n verantwortliche/-n Heimärztin/-arzt bestimmt, die/der für die Organisation der medizinischen Betreuung in der Institution zuständig ist und die hierfür notwendigen Kenntnisse besitzt.

- Gewisse Aufgaben, die heute noch zum heimärztlichen Kompetenzbereich gehören, werden manchmal von spezialisierten Pflegekräften übernommen (z. B. Advanced Practice Nurses). Diese Entwicklung ist grundsätzlich zu begrüßen, wenn die Zusammenarbeit auf Kooperation beruht und die Berufe sich gegenseitig ergänzen. Ein voller Ersatz von Haus-/Heimärzten/-innen durch Pflegefachkräfte würde erhebliche Änderungen an den bestehenden juristischen Grundlagen bedingen (definierte Verantwortlichkeiten, Ordnungsregelungen, Zeugnis-Regelungen, kantonale Vorgaben etc.). Zudem wären die Erwartungen der Bewohnenden an die medizinische Betreuung nicht erfüllt.
- Im Laufe ihrer Aus- und Weiterbildung sollten Studenten und Assistenzärzte Erfahrungen im Bereich der
- Langzeitpflege machen; dies kann die spätere fachärztliche Ausrichtung nachhaltig beeinflussen. (Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW (2013). Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen)

9. Verweise

9.1 Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG)

Die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG ist die Berufsorganisation (Standesorganisation) der Ärztinnen und Ärzte mit dem Facharztstitel FMH für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin mit abgeschlossener (=ordentliche Mitglieder) oder laufender (=temporäre Mitglieder) Schwerpunkt-weiterbildung in Geriatrie (Altersmedizin) und weiterer geriatrisch interessierter Ärzte (=assoziierte Mitglieder). Sie wurde 1992 unter dem Dach der SGG-SSG gegründet und ist seit dem 1.1.2003 ein unabhängiger Verein mit eigenen Statuten.

Homepage SFGG/SPSG (2015)

<http://www.sfgg.ch/pages/de/home.php>

Profil der Geriatrie (2006)

www.sfgg.ch/media/docs/Profil_Geriatrie_Schweiz_Internet.pdf

www.sfgg.ch/pages/de/definition-der-geriatrie.php

[Empfehlungen / Richtlinien der SFGG](#)

[Musterverträge der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG](#)

Heimarztvertrag für Alters- und Pflegeheim.

[Hausarztvertrag](#) für Alters- und Pflegeheim.

Bochsler H, Bieri-Brüning G, Gründler B (2002). Mustervereinbarung für eine effiziente Zusammenarbeit von Verantwortungsträgern in Langzeitpflegeinstitutionen (Heimleitung, Pflegediensten) und betreuenden Ärzten (Heim-, Beleg- und Personalärzten)

9.2 Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie SGG-SSG

www.sgg-ssg.ch/cms/pages/de/startseite.php

Freiheit und Sicherheit. Richtlinien zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen (Neuaufgabe 2011)

www.sgg-ssg.ch/cms/pages/de/publikationenmedien/weitere-sgg-publikationen.php

9.3 Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW

www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html

August 2015