



Ärztliche Versorgung in Alters- und Pflegeheimen

dedica-Fachkongress
Innovationen in der Langzeitpflege

Dr.med. Gabriela Bieri-Brüning
Präsidentin der Kommission für Langzeitgeriatrie der SFGG,
Chefärztin Geriatriischer Dienst, Ärztliche Direktorin Pflegezentren ZH



Stadt Zürich

Geriatrischer Dienst der Stadt Zürich

Gute ärztliche Versorgung im Heim braucht:

Gute Qualität im Heim lässt sich nur durch eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit erreichen, insbesondere zwischen Pflege und Arzt !!!

- 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
- Überschaubares Medikamentensortiment
- 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 involvierten Heimärzten
- Es braucht geriatrisches und gerontopsychiatrisches Fachwissen (zumindest als Konsiliardienst)
- 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)



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 Heimarzte oder vertraglich fix eingebundene Ärzte (Haupttätigkeit Heim oder fixer Anteil der Tätigkeit im Heim)

Ärztliche Versorgung

Thema	Schlechteste Variante der hausärztlichen Versorgung	Beste Variante der heimärztlichen Versorgung
Medikamentensortiment	Hat jeder Arzt sein eigenes, Medikament muss in der Praxis abgeholt werden	Ist ein definiertes, eng gehaltenes Sortiment, Arzt und Pflege kennt diese Medikamente
Notfälle, Erreichbarkeit, Ferienvertretung	Im Notfall nicht erreichbar oder keine Zeit, Pat. muss in die Praxis oder den Spitalnotfall gebracht werden, allg. Notfalldienst kommt nicht ins Heim	Eigener Notfalldienst, der Pat. kennt oder Zugriff hat auf Dokumentation und Behandlungs- und Notfallplan, kommt ins Haus, erledigt kleine Notfälle vor Ort, je nachdem Hospitalisation (ACP und nicht Möglichkeiten des Heim)
Familien-gespräche	Finden nicht statt oder nur telefonisch durch den Arzt	Finden regelmässig interprofessionell statt, Besprechung des Behandlungsplan

Ärztliche Versorgung

Thema	Schlechteste Variante der hausärztlichen Versorgung	Beste Variante der heimärztlichen Versorgung, Vision
Interdisziplinäre Rapport	Findet nicht statt, kann nicht verrechnet werden, keine Zeit	Regelmässig, zum Austausch mit Pflege und Therapien, gemeinsame Therapiezieldefinition
Interdisziplinäre Fallbesprechungen	Findet nicht statt, kann nicht verrechnet werden, keine Zeit	Regelmässig, insbesondere bei schwierigen therapeutischen oder ethischen Fragestellungen
Interprofessionelle Zusammenarbeit	Je nach Hausarzt mehr oder weniger möglich, keine Gefässe dazu, Arzt in der Regel im Haus wenn tagesverantwortliche Pflegende schon weg	Pflegeteam, Therapien und Arzt kennen sich, treffen sich regelmässig, haben gemeinsame Gefässe, gemeinsame Fortbildungen, gemeinsame Haltung, sind ein Team

Ärztliche Versorgung

Thema	Schlechteste Variante der hausärztlichen Versorgung	Beste Variante der heimärztlichen Versorgung
ACP	Behandlungsplan wird nicht besprochen, bei Verschlechterung Hospitalisation	Behandlungsplan und Notfallplan wird bei Eintritt und am Familiengespräch interprofessionell besprochen und dokumentiert und im Verlauf angepasst
Übergangspflege	Ist aktivierende Pflege, keine Physiotherapie wird zugezogen, Pat. bleibt im Heim (Auslastung eh schlecht)	Interdisziplinäres geriatrisches Assessment, Triage, rehabilitative Übergangspflege durch geriatrisches Team, wenn immer möglich Entlassung nach Hause

Ärztliche Versorgung

Thema	Schlechteste Variante der hausärztlichen Versorgung	Beste Variante der heimärztlichen Versorgung
Behandlung von Menschen mit Demenz	Verordnung von Medikamenten bei Verhaltensauffälligkeiten, bei unklarer Verschlechterung Hospitalisation	Arzt hat viel Demenzwissen, Behandlung wird immer mit Pflorgeteam (n.Bedarf Angehörigen) besprochen; bei Verhaltensstörungen zuerst Einsatz von nicht-medikamentösen Massnahmen, Hospitalisation zurückhaltend
Behandlung von Gerontopsychiatrischen Patienten	Bei schwierigem Verhalten oder Delir Einweisung in die psychiatrische Klinik	Zuzug eines Geriaters oder Gerontopsychiaters (falls nicht schon im Ärzteteam), interprofessionelle Besprechung nicht medikamentöser und medikamentöser Massnahmen

Ärztliche Versorgung

Thema	Schlechteste Variante der hausärztlichen Versorgung	Beste Variante der heimärztlichen Versorgung
Behandlung von Palliativpatienten	Behandlungsplan wird nicht besprochen, Verordnung von Medikamenten, bei Verschlechterung Hospitalisation, da die palliative Betreuung im Heim nicht möglich ist	Behandlungs- und Notfallplan wird interprofessionell mit Pat. und Angehörigen besprochen, palliative Situationen sind im Heim handelbar

