

Vernetzte ambulante Altersmedizin: Erfahrungen und Herausforderungen aus der eigenen Praxis

Sacha Beck, Dr. med. MHA

Ärztlicher Leiter Age Medical – Zentrum Gesundheit im Alter, 8005 Zürich

Memory Clinic Age Medical, Zürich

Geriatrischer Konsiliar- und Liaisonarzt, Gesundheitszentren für das Alter, Zürich

Age Medical – Zentrum Gesundheit im Alter



- Altersmedizinische Fachsprechstunden / Memory Clinic
- Ärztliche Betreuung in Alters- und Pflegeheimen (APH)
- Konsiliartätigkeit in APHs und Akutspitälern
- Beratungstätigkeit / Fortbildungen
- Fachstelle Urteilsfähigkeit im Alter



– Demenzwohngruppe GFA
Eichrain

– Rotacher, Dietlikon

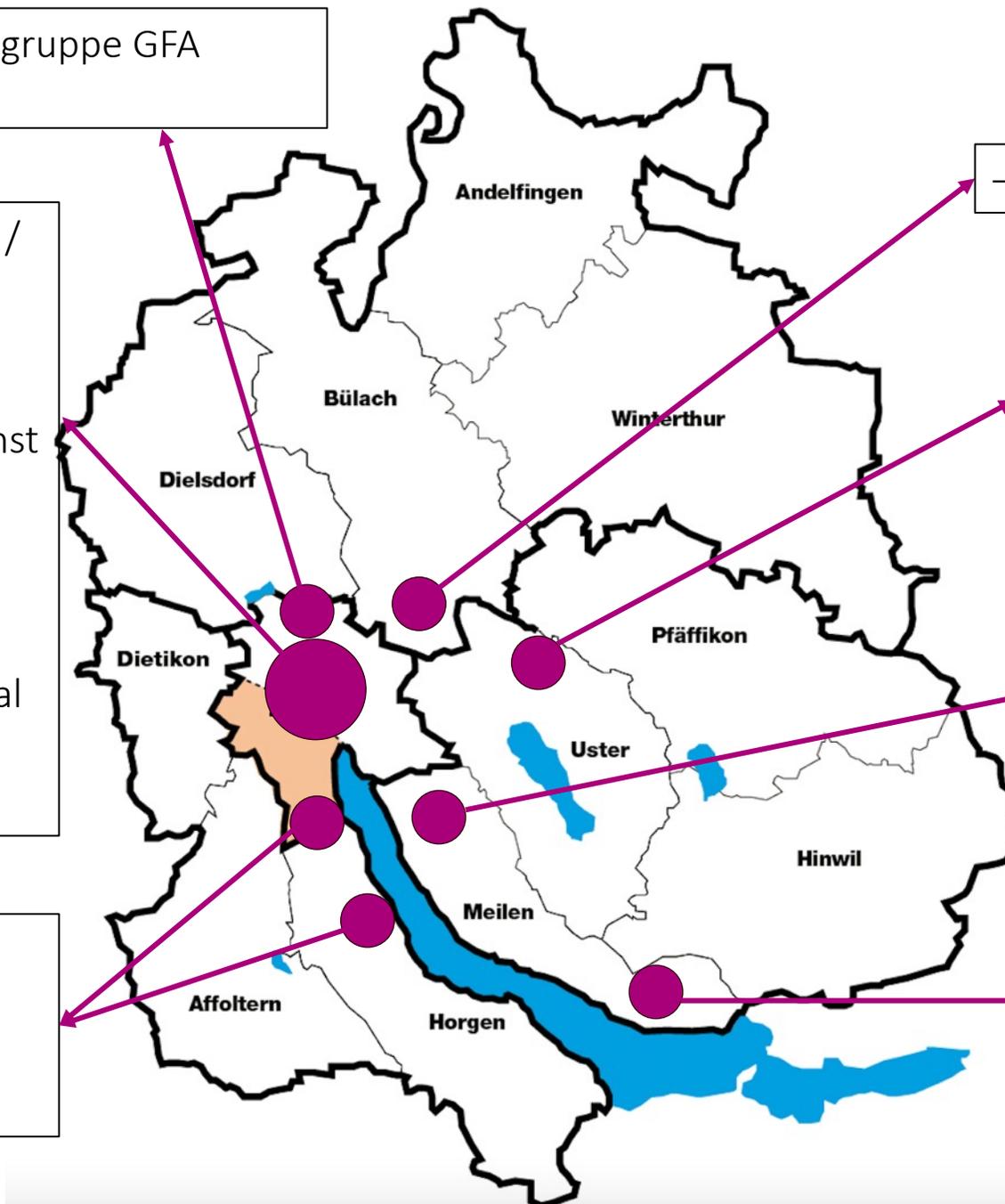
- Zentrum Gesundheit im Alter /
Memory Clinic
- Fallbesprechungen Spitex
Zürich
- Ger. Konsiliar- und Liaisondienst
Gesundheitszentren für das
Alter Stadt Zürich
- Geriatriischer Konsiliardienst
Hirslanden
- Demenzwohngruppe Doldertal
- Tannenrauch / Studacker,
W'hofen

– VitaFutura, Volketswil

– GN Küsnacht: Alters- und
Pflegezentrum

- Serata Thalwil: Alters- und
Pflegezentrum
- Geriatriischer Konsiliardienst
Klinik im Park

– Alterszentrum Lanzeln,
Stäfa



Stationäre Langzeitbetreuung: Ausgangslage (I/II)?

- CH-Prognose 2022 (Obsan): + 56% Bedarf an APH-Plätzen (> 50'000)
- Sehr heterogene Strukturen / unterschiedliche Vorgaben in den Kantonen
- verkürzte Aufenthaltsdauer in den Akutspitälern
- mehr Temporär- und Übergangspflegeaufenthalte mit Rehabilitationsbedarf



Stationäre Langzeitbetreuung: Ausgangslage (II/II)?

- Viele Patientinnen und Patienten treten für die letzte Lebensphase ein
 → hoher Bedarf an geriatrischer und palliativmedizinischer Expertise
- Wachsende Ansprüche von Angehörigen und Betroffenen
- Fachkräftemangel Pflege / Betreuung, hohe Fluktuation
- Rückzug der Hausärztinnen und Hausärzte



Hausärztemangel - Workforce-Studie: Licht am Horizont ?

mfe

Haus- und Kinderärzte Schweiz
Médecins de famille et de l'enfance
Medici di famiglia e dell'infanzia

Medienmitteilung

Workforce

H

**Von gleicher Relevanz:
Wer möchte sich in Alters- und Pflegeheimen
zukünftig engagieren?
Wer macht in Zukunft Hausbesuche in den Alters- und
Pflegeheimen ?**

- ... Haus- und Kinderärzteschaft.
- ... zteschaft wird von über 65-jährigen
- ... mit seit 2010 kontinuierlich zu (von 25% auf 34%).
- ... sich noch bis ca. 2030, eine Entspannung ab 2040 dank
- ... gplätze ist wahrscheinlich.

Risiko für Fehlversorgung

Ungenügende ärztliche und pflegerische Versorgung führt zu Fehlversorgung, nicht indizierten Interventionen und damit zu hohen Gesundheitskosten



Wunsch nach Optimierung

Zahlreiche Initiativen der letzten 2 Jahre haben die Optimierung der medizinischen Versorgung in APHs adressiert

- Nationale Qualitätsindikatoren (erste Publ. 16.05.2022, letzte 09.2024)
- Expertengruppe Pandemie (Publ. 01.2023)
- Postulatsbericht des Bundesrates (Publ. 04.09.2024)
- SAMW, Zentrale Ethikkommission (Publ. 10.2024)

Alters- und Pflegeheime im Wandel

Pandemiegetriebene Forderung (behördlich und gesellschaftlich):

Ein Lebens- und Wohnumfeld wie zuhause und bei Bedarf eine
Behandlung wie im Spital

-> „Von Stätten des unterstützen Wohnens und Lebens“ zu
Institutionen der medizinischen Grundversorgung

Stellungnahme ZEK/SAMW (2024): “ein älterer Mensch im Heim ist
schlechter (haus)ärztlich versorgt als zuhause”

Betriebliche Ausgangslage: fachliche Komplexität

Geriatrische Themen

Erkennen von
Gesundheitsveränderungen

Präventive Pflege

Umgang mit Verlust / Tod

Pharmakotherapie

Umgang mit Notfällen

Ernährung

Hygiene

Demenz

Fürsorge <> Autonomie

Gesundheitliche Vorausplanung



Betriebliche Ausgangslage: integrative Komplexität

Familie / Vertretungspersonen

Grundversorger / HA

Gemeinden / Träger

Apotheken / Zulieferer

Spitex / aufsuchende Angebote

KESB / Behörden

Altersbeauftragte / Soziale Betreuung

Spezialisten / Therapeuten

Spitäler



Optimierung der medizinischen Versorgung: Lösungsansätze I/II

- Bund und Kanton müssen sich im Interesse der Versorgungssicherheit und Kosteneffizienz mehr für die APH engagieren
- Wahrnehmung (politisch und gesellschaftlich) der medizinischen Arbeit in Heimen als wichtiger Teil der Grundversorgung
- Wahrnehmung der APH als Teil einer integrierten Versorgungskette (Grundversorgung, zuweisende Strukturen, Notfallstationen, Spital / Kliniken)
- Leistungsaufträge an qualitative Mindeststandards knüpfen (dazu nötige Mittel bereitstellen)



Umgang mit aktuellen Herausforderungen für die stationäre Langzeitpflege in der Schweiz:

Lessons learned aus der Corona-Pandemie

Empfehlungen eines nationalen Expert*innenkomitees



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Bundesamt für Gesundheit BAG

SAMWASSM

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Académie Suisse des Sciences Médicales
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Swiss Academy of Medical Sciences

Medizinische Grundversorgung in den Alters- und Pflegeheimen

Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission der SAMW

Optimierung der medizinischen Versorgung: Lösungsansätze II/II

- Sicherstellung des (elektronischen) Datenaustausches und des Zugangs zu medizinischen Informationen
- Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit und Versorgungsforschung
- Zugang zu ergänzender fachlicher Expertise ermöglichen (Geriatric, Gerontopsychiatrie, Palliativmedizin)
- Verbindliche Regelungen der Zusammenarbeit (Verantwortlichkeiten, Erreichbarkeit, Visiten, etc.)



Umgang mit aktuellen Herausforderungen für die stationäre Langzeitpflege in der Schweiz:

Lessons learned aus der Corona-Pandemie

Empfehlungen eines nationalen Expert*innenkomitees



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Bundesamt für Gesundheit BAG



Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Académie Suisse des Sciences Médicales
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Swiss Academy of Medical Sciences

Medizinische Grundversorgung in den Alters- und Pflegeheimen

Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission der SAMW

Wie wir in Alters- und Pflegezentren arbeiten

- Wöchentliche Visite mit standardisiertem Ablauf
- Klare Regeln für Kommunikation und Verordnungen (gemeinsame Sprache)
- Definierte Abläufe für Ein-/Aus- und Übertritte
- Klärung von Behandlungszielen bei Eintritt



Wie wir in Alters- und Pflegezentren arbeiten

- Geriatrischer Konsiliar- und Liaisondienst
- Für Pflorgeteams: Teaching / Fortbildung, Erarbeitung und Umsetzung von Standards
- Beratung der Heimleitung und/oder strategischen Gremien
- Austausch mit regionaler Hausärzteschaft / zuweisenden Institutionen / Altersbeauftragten / regionaler Spitex
- Öffentlichkeitsanlässe zu altersmedizinischen Themen wie z.B. Polypharmazie



Instrumente zur Kommunikation: Ampelkarte Dringlichkeit

Kategorie	Dringlichkeit	Hilfe organisieren
Kategorie D, grün	Reguläre Visite	Eine kontinuierliche Gesundheitsverschlechterung kann per Mail an den HA oder auf der nächsten regulären Visite besprochen werden. Sonst Beantwortung innert 7 Tagen
Kategorie C, gelb	Innert 24h	Die Gesundheitsverschlechterung ist kein Notfall, hat aber einen dringenden Handlungsbedarf: Mail an HA mit der Bemerkung dringend, brauche Rückmeldung innert 48h
Kategorie B, orange	sofort	Es handelt sich um einen Notfall: sofort Telefon an HA mit der Bemerkung Notfall, brauche sofortige Rückmeldung, sonst Notfallarzt zuziehen
Kategorie A, rot	Sofort, so schnell wie möglich	Notfall der akut lebensbedrohlich ist: 144 rufen und ggf. Reanimation je nach Abmachung in der GVP

Instrumente zur Kommunikation: ISBAR

„Um was geht’s?“

I Identifikation	Identifikation <ul style="list-style-type: none">• Name und Funktion• Abteilung / Bereich• Bewohner / Bewohnerin: Name, Vorname, Geburtsdatum
S Situation beschreiben	Situation <ul style="list-style-type: none">• Aktuelles Problem? Seit wann?• Vitalzeichen? Bewusstsein?
B Background unterbreiten	Hintergrund <ul style="list-style-type: none">• Diagnosen / Nebendiagnosen / Medikation• Aktuelle medizinische / therapeutische Massnahmen• Involvierte Spezialisten / Spezialistinnen
A Assessment aufzeigen	Einschätzung <ul style="list-style-type: none">• Welcher Art ist ihrer Meinung nach das Problem (physisch, psychisch, kognitiv, funktional)?• Verdachtsdiagnose? Verdacht auf Delir?• Wie schätzen Sie die Dringlichkeit ein?
R Recommen- dation	Empfehlung <ul style="list-style-type: none">• Welchen Vorschlag haben Sie für das weitere Vorgehen?• Was erwarten Sie vom Arzt / der Ärztin?

Gesundheitliche Vorausplanung (GVP)

- Wichtig: die Behandlungswünsche und den Betreuungsauftrag bestimmen nicht wir, sondern der ältere Mensch, bzw. seine Angehörigen
- Beinhaltet den Behandlungsplan, Patientenverfügung und ärztliche Notfallanordnung
- Soll bei Eintritt in die Institution mit Betroffenen und Bezugspersonen besprochen werden (durch Pflege, Arzt/Ärztin)
- Kann und soll je nach Verlauf angepasst werden
- Soll bei Verlegung in Spital mitgegeben werden

Name, Vorname und Geb.Datum: _____

Ärztliche Notfallanordnung	
<input type="checkbox"/> A: Maximaltherapie Alle lebenserhaltenden Massnahmen inkl. Spitaleinweisung mit REA, IPS gewünscht.	<input type="checkbox"/> B 2: Spitaleinweisung ohne REA, IPS Spitalbehandlung, soweit indiziert erwünscht; aber keine REA, keine IPS.
<input type="checkbox"/> B 3: nur Behandlung vor Ort Keine Spitaleinweisung, keine REA, aber alle sinnvollen Behandlungen vor Ort erwünscht.	<input type="checkbox"/> C: nur palliatives Vorgehen vor Ort Keine Spitaleinweisung, nur palliative Massnahmen zur Symptomlinderung vor Ort erwünscht.

Buchstaben A, B2, B3 und C entsprechen der Einteilung von ACP Swiss

Vertretungsperson:

Name, Vorname _____

Art der Beziehung / Verwandtschaft _____

Telefonnummer: _____

Benachrichtigung (Tag / Nacht): _____

Datum und Unterschrift Bewohnerin oder Vertretungsperson

Medikamentenreview

- Mind. jährliche Durchsicht der Medikation bei allen Bewohnern durch Pharmazeutin, Pflegeexpertin und Heimarzt gemeinsam
- Überprüfung hinsichtlich Indikation, Dosierung, Interaktionen etc.
- Empfehlungen zuhanden der behandelnden Ärzteschaft



Wie kann gute Versorgung in APH gelingen?

- Verständnis, was ein Alters- und Pflegeheim genau ist und was es leistet
- Dem Kanton eine aktivere und dauerhafte Rolle in der Definition und Steuerung von medizinischen Mindeststandards zuteilen (gerechte Finanzierung mitdenken)
- Eine gute Versorgung im Bereich der stationären Langzeitpflege braucht politische Legitimation und Rückenwind
- Träger von APHs und operative Schlüsselfiguren müssen wollen (Angst vor Medikalisierung, wieviel Innovationskraft und Ressourcen stecken im System?)
- Von guten Versorgungsmodellen lernen („Good practice“)



Praxisbeispiel Kanton Waadt



- Fixe Expertengruppe unter Führung Kanton („Think Tank APH“)
- Fachvertretung APH-Ärzte in der kantonalen Ärzteorganisation
- Kantonale Vereinigung von Ärzten der stationären Langzeitbetreuung
- Vertragliche Regelung zwischen Institution und Heimärztin, bzw. den in der Institution tätigen Hausärztinnen (Rechte und Pflichten), Qualitätsvorgaben
- Kanton bezahlt Zusatzentgelte für Ärzte und Institutionen, sofern diese Qualitätsvorgaben eingehalten werden

Wie kann gute ärztliche Versorgung in APH gelingen?

Politik

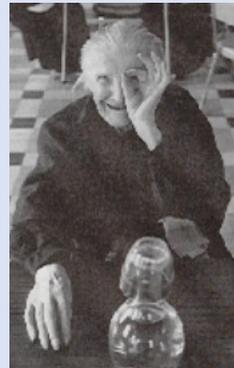
LTC = Teil der med. Versorgung
Heimartzfunktion in allen Kantonen
Mehr überregional handeln
Austauschen, voneinander lernen

Ohne Hausärztinnen geht es nicht:

Fachverbände im Boot haben
Interesse Wecken für eine interessante Arbeit
Strukturiertes, effizientes Arbeiten ermöglichen
Kooperative Modelle in der ärztlichen Versorgung

Vernetzung der Institution nach Aussen

Zuweiser / Spitäler / HA
Regionale Anbieter
Behörden und Gemeinden



Finanzierung

Adäquater Tarif und Finanzierung von Qualität

Bereit sein für Entwicklungen

Neue Rollen: z.B. APN
Hospital @ Long Term Care
Digital Health Lösungen / Datentransfer

Zugang zu altersmedizinischem Wissen fördern

Geriatrische Kompetenz einbringen (Heimarzt, Konsiliar)
Gesundheitliche Vorausplanung etablieren
Engere Zusammenarbeit mit spezialisierter PC

Zusammenarbeit in der Institution

- Standards in Visite, Dokumentation...
- Fachwissen Pflege stärken in Geriatrie/Demenz/PC
- Austausch mit Pflegeexpertin/Fachdisziplinen
- Qualität: Medireview, Behandlungsplan, u.a.m

Age Medical – Zentrum Gesundheit im Alter

Hardturmstrasse 131

8005 Zürich

T: +41 44 342 50 00

www.age-medical.ch

sacha.beck@age-medical.ch



079 / 622 99 00