

DIE MULTIPROFESSIONELLE PERSPEKTIVE

FÜR DIE MEDIZINISCHE UND THERAPEUTISCHE VERSORGUNG IN DEN
ALTERS- UND PFLEGEHEIMEN



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: Dr. Eliane Pfister Lipp, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut Neumünster
Copyright Titelbild: iStock Photo
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. Medizinische und therapeutische Versorgung in Alters- und Pflegeheimen	4
2.1. Anstellungsverhältnis	5
2.2. Heimeigene Praxis	5
2.3. Vermietung von Räumlichkeiten	5
2.4. Bezug externer Leistungen	5
2.5. Konsiliar- und Liaisondienst	6
2.6. Telemedizin	6
3. Herausforderungen	6
3.1. Schlussfolgerungen und Zukunftsperspektiven	7

1. Abstract

Die medizinische und therapeutische Versorgung wird von den Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz unterschiedlich organisiert. Die Modelle reichen von der Anstellung von eigenem Fachpersonal bis zum Bezug externer Leistungen. Eine Herausforderung ist dabei die multiprofessionelle Zusammenarbeit zum Wohl der Bewohnerinnen und Bewohner. Sie ist aber nicht nur Herausforderung, sondern gerade auch Teil der Lösung, um die anstehenden Herausforderungen in der medizinischen und therapeutischen Versorgung anzugehen. Damit dies gelingt, sind Dienstleistungserbringer, Heimleitungen und die Politik in der Pflicht, das Bewusstsein für die Multiprofessionalität zu schärfen und geeignete Strukturen für eine erfolgreiche Umsetzung zu schaffen.

2. Medizinische und therapeutische Versorgung in Alters- und Pflegeheimen

Die medizinische und therapeutische Versorgung von Bewohnerinnen in Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz umfasst verschiedene Angebote. Dazu gehört die medizinisch-ärztliche Versorgung durch Haus- und Heimärzte, Gerontopsychiater, Zahnärzte und andere Spezialisten, die therapeutisch orientierte Versorgung wie zum Beispiel durch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Gerontopsychologen sowie die Versorgung durch weitere Dienste wie beispielsweise die pharmazeutische Beratung durch Apothekerinnen, die Aktivierung, die Musiktherapie, die spirituelle Begleitung oder die Podologie. Alle genannten Angebote gehören bei den wenigsten Heimen zum Grundangebot, können bei Bedarf aber hinzugezogen werden. Ethische Standards bilden bei der Versorgung den unerlässlichen Rahmen für die Betreuung und Behandlung von älteren Menschen in Alters- und Pflegeheimen. Das Ziel der Angebote besteht darin, den Bewohnern unter Respektierung ihrer Würde und Autonomie die optimale Versorgung und Betreuung anbieten zu können.

Diese verschiedenen Leistungserbringer koordinieren ihre Leistungen rund um das Wohl des Bewohners, indem sie multiprofessionell zusammenarbeiten. Eine Schlüsselfunktion haben die Pflegenden, die Betreuenden und die Angehörigen oder gesetzlichen Vertretungen inne, weil sie in einem engen, oder wie die Pflege sogar täglichen Kontakt mit den Bewohnern stehen. Eine weitere Schlüsselrolle nehmen die Ärzte wahr, weil sie rein formal bestimmte weitere medizinische und therapeutische Leistungen verordnen müssen. Je nach Kanton, Institution und Grösse eines Heims ist die Leistungserbringung unterschiedlich geregelt. Es gibt verschiedene Modelle, wie ein Heim die verschiedenen Angebote zur Verfügung stellen kann.

Die ärztliche Grundversorgung in einem Heim wird durch Heimärzte, durch die Hausärztinnen der Bewohner oder durch eine Kombination von beidem sichergestellt. Heimärzte können vom Pflegeheim haupt- oder nebenberuflich angestellt sein oder ihre eigene Praxis in den Räumlichkeiten des Heims führen. Hausärzte führen ihre eigenen Praxen, haben die Bewohnerinnen meist schon seit mehreren Jahren betreut und führen diese Betreuung auch nach dem Heimeintritt weiter. Viele Pflegeheime kennen auch ein Mischsystem, bei dem die einen Bewohne-

rinnen die Dienste einer Heimärztin und andere diejenigen ihres gewohnten Hausarztes in Anspruch nehmen. Bewohnerinnen von Alters- und Pflegeinstitutionen haben das gesetzliche Recht (Art. 386 ZGB), ihren Arzt selber zu wählen, sofern nicht wichtige Gründe – wie beispielsweise ein Notfall oder grosse Distanz – dagegen sprechen.

Die (spezial-)ärztliche, therapeutische und weitere Versorgung der Bewohnerinnen wird von Heimen meist mittels einem der nachfolgenden Modelle angeboten. Die Wahl hängt meist von der Grösse, der Lage, der medizinisch-pflegerischen Ausrichtung und Bedürfnisse (z.B. Demenz, Rehabilitation, psychische Erkrankungen) und von weiteren wirtschaftlichen und politischen Faktoren ab.

2.1 Anstellungsverhältnis

Alters- und Pflegeheime können eigenes medizinisches und therapeutisches Fachpersonal wie beispielsweise einen Physiotherapeuten oder eine Podologin anstellen. Der Vorteil dieses Modells liegt darin, dass die betreffenden Dienstleistungen örtlich und zeitlich unmittelbar vorhanden sind und das Fachpersonal gut in die täglichen Abläufe von Pflege und Betreuung eingebunden werden kann. Allerdings ist dieses Modell für die meisten Dienstleistungen oft nur von grösseren Pflegeheimen mit entsprechend hoher Bettenzahl und Nachfrage nach den betreffenden Dienstleistungen finanzierbar.

2.2 Heimeigene Praxis

Alters- und Pflegeheime können eine oder mehrere eigene (Gruppen-)Praxen führen. Dadurch, dass sie bzw. die Trägerorganisation das wirtschaftliche Risiko tragen, können sie attraktive Anstellungsbedingungen beispielsweise für Teilzeit arbeitende Ärztinnen und Therapeuten anbieten. Der Vorteil liegt ebenfalls darin, dass die betreffenden Dienstleistungen örtlich und zeitlich unmittelbar vorhanden sind und das Fachpersonal gut in die täglichen Abläufe von Pflege und Betreuung eingebunden werden kann. Eine solche Praxis kann ihre Dienstleistungen zudem anderen Patienten und Institutionen anbieten. Auch dieses Modell kommt eher nur für grössere Pflegeheime in einer guten Lage in Frage und die Infrastruktur muss natürlich vorhanden sein.

2.3 Vermietung von Räumlichkeiten

Alters- und Pflegeheime haben auch die Möglichkeit, eigene Räumlichkeiten an Dienstleister, wie zum Beispiel an eine Ergotherapeutin zu vermieten und ggf. eine Leistungsvereinbarung abzuschliessen. Diese arbeiten dann auf eigene Rechnung und können nicht nur das betreffende Heim bedienen, sondern auch externe Patientinnen in den Räumlichkeiten des Heims betreuen oder ihre Dienste umliegenden Heimen oder anderen Institutionen anbieten. Der Vorteil dieses Modells liegt für das Heim darin, dass es das wirtschaftliche Risiko nicht tragen muss, die Dienste aber ebenfalls zeit- und ortsnah in Anspruch nehmen kann. Der Dienstleisterin wiederum kann sich ein attraktives und professionelles Arbeitsumfeld mit heterogener Kundschaft bieten und es kann sich ihr die Möglichkeit bieten, ebenfalls gut in das Pflege- und Betreuungsteam des Heims integriert zu sein.

2.4 Bezug externer Leistungen

Viele Alters- und Pflegeheime sind zu klein, um für die medizinische und therapeutische Versorgung ihrer Bewohnerinnen eigenes Fachpersonal anzustellen oder Praxisräume zu

vermieten. In diesem Fall werden die benötigten Dienstleistungen von externen und selbständig tätigen oder anderswo angestellten Fachpersonen herangezogen. Für gewisse Versorgungsangebote wie beispielsweise der Gerontopsychiatrie gibt es in gewissen Regionen auch mobile Teams, die von den Heimen angefordert werden können. Der Vorteil des punktuellen externen Leistungsbezugs besteht für ein Heim darin, dass keine Vorhalteleistungen finanziert werden müssen, sondern die Leistung nur bei Bedarf beansprucht werden kann. Allerdings ist es eine grosse Herausforderung, die externen Dienstleister so einzubinden, dass eine multi-professionelle Zusammenarbeit im Heim stattfinden kann. Das Heim muss dafür geeignete Strukturen schaffen.

2.5 Konsiliar- und Liaisondienste

Konsiliardienste werden im Auftrag des betreuenden Haus- oder Heimarztes hinzugezogen und werden meistens von externem ärztlichem Personal wie beispielsweise von Geriatern oder Psychiaterinnen geleistet. Sie werden punktuell und beratend in die Behandlung einbezogen oder können eine bestimmte Behandlung eines Bewohners übernehmen. Neben den ärztlichen können auch pharmazeutische Konsiliardienste in Anspruch genommen werden, die das Medikamentenmanagement beraten und unterstützen. In der Psychiatrie spricht man auch von Liaisondiensten, bei denen sich die hinzugezogene Fachperson im Pflegeteam bespricht und Massnahmen vorschlägt.

2.6 Telemedizin

Gewisse Institutionen bieten auch Beratungsdienste über das Internet an. Diese können für Pflegeheime eine gute Möglichkeit sein, schnell zu wichtigen Informationen zu gelangen, wenn gerade kein persönlicher Kontakt vor Ort stattfinden kann.

Die ärztlichen und therapeutischen Leistungen für Bewohner von Alters- und Pflegeinstitutionen werden grundsätzlich, d.h. mit Ausnahmen, von den Krankenkassen bezahlt. Alle nicht-ärztlichen Leistungen wie beispielsweise diejenigen der Physio- und Ergotherapie, aber auch der Gerontopsychologie, müssen von einem Arzt verordnet oder delegiert werden, damit die Krankenkassen die Kosten übernehmen. Es gibt aber auch Leistungen, die nicht kostendeckend oder gar nicht über die Krankenkassen verrechnet werden können. Dazu zählen beispielsweise Anfahrtswege von auswärts tätigen Therapeutinnen oder Zeit für Gespräche und Teambesprechungen.

Der Vollständigkeit halber seien noch die Pflegeleistungen erwähnt, die von den Krankenkassen, der öffentlichen Hand und mit einem kleinen Anteil vom Bewohner selbst getragen werden und die Betreuungs- und Hotelleriekosten, die der Bewohner vollständig übernehmen muss.

3. Herausforderungen

Die medizinische und therapeutische Versorgung in Alters- und Pflegeinstitutionen steht vor vielen Herausforderungen. Einige seien nachfolgend genannt.

Die stetig steigende Lebenserwartung der Menschen in der Schweiz und die ständige Weiterentwicklung der medizinischen Möglichkeiten führen zwar einerseits zu mehr gesunden Jahren, andererseits aber auch zur Zunahme der Fragilität, Multimorbidität, Demenz und der chronischen Krankheiten im hohen, vierten Lebensalter. Das Gesundheitswesen, die Heime und die Dienstleister müssen sich auf eine weiterhin zunehmende Komplexität der Fälle und auf eine zunehmend spezialisierte Pflege und Betreuung vorbereiten (z.B. für vermehrte dementielle Erkrankungen, psychiatrische Erkrankungen und Palliative Care).

Eine weitere Herausforderung für die ärztliche Versorgung in Alters- und Pflegeheimen ist die Struktur der bestehenden Ärzteschaft mit einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung im ambulanten Sektor und die damit zusammenhängende abnehmende Verfügbarkeit von Haus- und Heimärzten. Zwar nimmt die reine Zahl dieser Ärzteschaft seit Jahren zu. Ein grosser Teil dieser Ärzte befindet sich aber kurz vor dem Pensionierungsalter und der Nachwuchs ist zu klein, um den bevorstehenden Angebotsrückgang aufzufangen. Der Nachwuchs ist zudem eher weiblich. Gemäss der aktuellen FMH-Statistik von 2014 arbeiten Ärztinnen im ambulanten Bereich öfter in Teilzeit als ihre männlichen Kollegen. Frauen arbeiten zudem auch eher in (zentraleren) Gemeinschaftspraxen als Männer, die anteilmässig eher in (dezentraleren) Einzelpraxen tätig sind. Einzelpraxen, deren Ärzte mitunter Heimbewohner betreuen, haben zunehmend Mühe, Nachfolger zu finden. Gruppenpraxen, die von grösseren Heimen für mehrere Institutionen geführt werden, könnten hier Abhilfe schaffen.

Die seit Jahren steigenden Kosten im Gesundheitswesen und auch in den Pflegeheimen führen dazu, dass auch im Alters- und Heimbereich ein Fokus auf Leistungs- und Kostentransparenz gelegt wird und Massnahmen für eine Eindämmung der Kostenentwicklung - zum Beispiel Tarifordnungen - entwickelt und umgesetzt werden.

Eine grosse Herausforderung besteht auch in der multiprofessionellen Zusammenarbeit der verschiedenen Dienstleister. An der Pflege, Betreuung und Behandlung der Bewohnerinnen sind viele unterschiedliche Berufe und Personen beteiligt, die alle unterschiedlich arbeiten, aber alle das gleiche Ziel verfolgen: die Sicherstellung des Wohls des Patienten. Das gemeinsame Hinwirken auf die Erreichung dieses gemeinsamen Ziels macht die multiprofessionelle Zusammenarbeit aus. Neben dem Bewusstsein für diese interdisziplinäre Zusammenarbeit braucht es auch geeignete Strukturen und Ressourcen in den Alters- und Pflegeheimen, damit sie tatsächlich umgesetzt und gelebt werden kann. Solche Strukturen können beispielsweise gemeinsame Rapporte, interdisziplinäre Fallbesprechungen, gemeinsame Angehörigengespräche oder eine gemeinsame elektronische Patientendokumentation sein.

Entscheidend ist aber, dass die ernsthafte multiprofessionelle Zusammenarbeit nicht nur Herausforderung, sondern gerade eine wichtige und integrierende Herangehensweise ist, die medizinische und therapeutische Versorgung in den Alters- und Pflegeheimen für die Zukunft sicher zu stellen. Wichtig ist, das gemeinsame Ziel zu definieren. Es muss das bestmögliche und ganzheitliche Wohl der Bewohnerin unter Respektierung ihrer Autonomie und ihrer verschiedenen Bedürfnisse sein, das weder von Unter-, noch von Überversorgung geprägt sein darf.

4. Schlussfolgerungen und Zukunftsperspektiven

Damit die verschiedenen Professionen und Dienstleister zum Wohl des Bewohners multiprofessionell zusammenarbeiten können, sind geeignete Strukturen nötig, die gerade auch, aber natürlich nicht nur, die externen Dienstleister gut integrieren. Hindernisse gilt es zu identifizieren und aus dem Weg zu räumen. Wenn ein multiprofessionelles Zusammenarbeiten beispielsweise gemeinsame Rapporte erfordert, die Anfahrtswege oder die Zeit dafür aber nicht oder nur teilweise vergütet werden, dann sind das wenig hilfreiche Rahmenbedingungen.

In der Verantwortung stehen dabei die Dienstleister selber, die ihre Ziele und Arbeitsweise in den Dienst der Multiprofessionalität stellen müssen, besonders aber auch die Heimleiterinnen und Heimleiter. Sie haben den Spielraum, innerhalb ihres eigenen Hauses die richtigen Prioritäten zu setzen und geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen. Es braucht von der Heimleitung ein klares Bekenntnis zur multiprofessionellen und am Wohl der Bewohner orientierten Versorgung und zu einer Kultur der differenzierten ethischen Entscheidungsfindung. Um dieses Bekenntnis in die Tat umzusetzen, können sie beispielsweise Gefässe für den gemeinsamen bewohnerzentrierten Austausch zwischen dem pflegenden, behandelnden und betreuenden Fachpersonal schaffen, passende Weiterbildungen anbieten – zum Beispiel zur ethischen Entscheidungsfindung –, administrative Lösungen suchen, die ein gemeinsames Arbeiten vereinfachen, bestehende Hierarchien und Rollenkonflikte abbauen und allfällige unter- oder nicht gedeckte Kosten aus eigenen oder dritten Mitteln finanzieren.

Auf den ersten Blick mag die Schaffung solcher Rahmenbedingungen angesichts des unternehmerisch engen Korsetts der Alters- und Pflegeheime beschwerlich wirken. Es muss deshalb den Bemühungen die Überzeugung zugrunde liegen, dass ein „rechtzeitiges Miteinander“ langfristig sowohl aus ethischer als auch ökonomischer Sicht lohnend ist. Wenn beispielsweise eine frühe pharmazeutische Beratung die Pflegenden entlasten und die Therapiesicherheit verbessern kann, oder ein entsprechend geschultes Personal rechtzeitig psychische Leiden von Bewohnern erkennen kann, kann nicht nur für eine gute Pflege- und Betreuungsqualität gesorgt werden, sondern es können auch hohe Folgekosten vermieden werden.

Diese Überzeugung sollte auch die politisch Tätigen prägen, bei denen auch eine grosse Verantwortung liegt. Sie definieren nämlich die grundlegenden Rahmenbedingungen wie Finanzierungs- und Tarifsysteme, Bewilligungen, Qualitätsvorschriften, Abrechnungs- und Verordnungsverfahren und weitere Regulierungen, innerhalb deren sich die Heime zu bewegen haben. Heute sind beispielsweise an der Finanzierung eines Heimaufenthalts und an der medizinischen und therapeutischen Versorgung viele verschiedene Finanzierer (Versicherungen, Gemeinden, Kantone und Privathaushalte) beteiligt. Eine Vereinfachung würde Rollenkonflikte abbauen und die Umsetzung einer weniger fragmentierten, aber ganzheitlicheren Behandlungs- und Betreuungskette fördern. Gewisse Tarifsysteme, Anreize und Ansprüche wiederum machen Kontroll- und Administrationssysteme nötig, die viel Geld kosten, das auch - vielleicht effektiver - für die Zeit mit den Bewohnerinnen und Bewohnern eingesetzt werden könnte. Es gehört zu den Aufgaben der Heime und der Heimverbände, sich bei den zuständigen politischen Stellen für die Gestaltung sinnvoller Rahmenbedingungen stark zu machen.

Juni 2015