

MEDIZINISCHE UND THERAPEUTISCHE
VERSORGUNG IN ALTERS- UND
PFLEGEINSTITUTIONEN



IMPRESSUM

Herausgeber

CURAVIVA Schweiz
Fachbereich Alter
Zieglerstrasse 53
Postfach 1003
3000 Bern 14

Telefon 031 385 33 33

info@curaviva.ch

www.curaviva.ch

Layout:

CURAVIVA Schweiz

Ausgabe:

Herbst 2015

Inhaltsverzeichnis / Subdossiers

- Hausärzte und Heimärzte
- Alterspsychiatrie
- Gerontopsychologie
- Zahnärzte
- Apotheker
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Ethische Perspektiven
- Multiprofessionelle Perspektive

1. Abstract

Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeinstitutionen treten oft erst in ein Heim ein, wenn es ihnen ihre gesundheitliche Situation nicht mehr erlaubt, mit Unterstützung von Angehörigen und/oder der Spitex zu Hause zu bleiben. Nebst viel Betreuungs-, Begleitungs- und Pflegeaufwand benötigen sie eine sehr gute medizinische und therapeutische Versorgung, die von den Institutionen organisiert und koordiniert werden muss.

Gleichzeitig haben die Bewohnerinnen/Bewohner und ihre Angehörigen ein Anrecht darauf zu erfahren, welche Angebote im Rahmen einer medizinischen Versorgung in einer Alters- und Pflegeinstitution angeboten werden. Dies fördert die Transparenz im Leistungsangebot. In der Praxis zeigt sich, dass die Angebote rund um die medizinische und therapeutische Grundversorgung alles andere als einheitlich geregelt sind und deshalb gerade für die älteren Menschen und deren Angehörige diesbezüglich eine enorme Verunsicherung besteht. Dieser unbefriedigenden Situation und die entsprechenden Informationslücken sollen mit dem neuen Themendossier «Medizinische und therapeutische Versorgung in Alters- und Pflegeinstitutionen» behoben werden. Verschiedene Stakeholders zeigen in diesem Themendossier auf, was ihre Aufgabe in einer Alters- und Pflegeinstitution umfasst, wie die Finanzierung geregelt ist und was wie genau verbessert werden müsste.

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

ALTERSPSYCHIATRIE



IMPRESSUM

Herausgeber

CURAVIVA Schweiz
Fachbereich Alter
Zieglerstrasse 53
Postfach 1003
3000 Bern 14

Telefon 031 385 33 33

info@curaviva.ch

www.curaviva.ch

Autoren: Dr. Marie-Thérèse Clerc, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée, CHUV, Lausanne ; Prof. Armin von Gunten, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée, CHUV, Lausanne

Copyright Titelbild: Martin Glauser, <http://www.martinglauser.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. Definition der Alterspsychiatrie	4
3. Erfassung des psychogeriatrischen Bedarfs im Pflegeheim	4
4. Angebot an psychogeriatrischen Leistungen im Pflegeheim	5
5. Finanzierung	6
6. Empfehlungen und Leitlinien	6
7. Quellenangabe und Literaturhinweise	8
8. Links	9
9. Downloads	10

1. Abstract

Die Alterspsychiatrie ist ein Spezialgebiet der Psychiatrie, das Bestandteil der multidisziplinären Organisation für die Förderung der psychischen Gesundheit von Menschen über 65 Jahren bildet. Oft besteht bei älteren Menschen eine Kombination von psychischen, somatischen und sozialen Problemen. Nachstehend werden der Umfang des psychogeriatrischen Bedarfs in den Pflegeheimen sowie das Spektrum der verfügbaren Leistungen beschrieben. Da in diesem Bereich keine nationalen Richtlinien bestehen, lehnen sich die Empfehlungen und die vorgeschlagenen Leitlinien an jene an, die in anderen westlichen Ländern erarbeitet wurden.

2. Definition der Alterspsychiatrie

Die demografische Entwicklung und der Anstieg der Lebenserwartung haben zur Entstehung einer Altersmedizin beigetragen. In diesem Zusammenhang und gemäss dem von der WHO herausgegebenen Konsenspapier¹ ist die Alterspsychiatrie (oder Psychogeriatric oder Gerontopsychiatrie) als Spezialgebiet der Psychiatrie definiert, das Bestandteil der multidisziplinären Organisation für die Förderung der psychischen Gesundheit von Menschen über 65 Jahren bildet.

Die Alterspsychiatrie befasst sich mit der Diagnose und Behandlung aller psychiatrischen Erkrankungen und von deren Folgen. Von der Psychiatrie des jüngeren Erwachsenenalters unterscheidet sie sich vor allem durch die häufige Kombination von psychischen, somatischen und sozialen Störungen sowie durch die Besonderheiten der semiotischen Äusserung, der Beziehung zwischen Therapeut und Patient und der Reifung des psychischen Apparats mit dem Alter. In der Schweiz ist die Spezialisierung in Alterspsychiatrie seit 2006 eine von der FMH anerkannte Weiterbildung. Nähere Informationen bietet die Internetseite der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (www.sgap-sppa.ch).

3. Erfassung des psychogeriatrischen Bedarfs im Pflegeheim

Bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern ist die Prävalenz von psychiatrischen Störungen sehr hoch^{2,3}. Besonders verbreitet sind Demenzerkrankungen, Depressionen und Angststörungen. Im Durchschnitt leiden 58% der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner an einer Demenz; von diesen weisen 78% verhaltensbezogene und psychische Störungen auf, die mit dieser Demenz zusammenhängen. 10% der Bewohnerinnen und Bewohner erfüllen die diagnostischen Kriterien für eine depressive Episode; dazu kommen weitere 29% mit einem depressiven Syndrom. Weniger gut untersucht ist die Prävalenz von Angststörungen, die sich zwischen 11 und 38% bewegt. Die anderen psychiatrischen Erkrankungen scheinen seltener zu sein: Substanzmissbrauch 1-18%, Schizophrenie 3-7%, bipolare Störung 1-3%, Verwirrheitszustand 6-14%. Es überrascht auch nicht, dass ein hoher Einsatz von psychotropen Me-

dikamenten festzustellen ist: 50-80% der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner erhalten mindestens ein solches Medikament⁴.

Das Pflege- und Betreuungspersonal und die Leitung der Pflegeheime sind sich in der Regel bewusst, dass ein entsprechender Bedarf besteht und dass sie Schwierigkeiten haben, ihn zu decken⁵⁻⁶. Die bedeutendsten Hindernisse, die eruiert wurden, sind der Mangel an qualifizierten Fachleuten, die Rekrutierungsprobleme und die Rationierung in der Pflege.

Unserem Wissen nach liegt keine Umfrage zur Zufriedenheit von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern vor. In einer Studie, die auf der Selbstbestimmungstheorie beruht, wurde aufgezeigt, dass das psychische Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner nicht von soziodemografischen Merkmalen (Alter, Bildungsstand usw.) abhängt, sondern von der Befriedigung bestimmter psychologischer Grundbedürfnisse (Autonomiegefühl, Lebenszweck, hochstehende soziale Interaktionen, Gefühl der Selbstverwirklichung)⁷. Diese Schlussfolgerungen werden in einem Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums bestätigt, in dem ausserdem die entscheidende Rolle der psychischen Gesundheit für die Lebensqualität betont wird⁸.

4. Angebot an psychogeriatrischen Leistungen im Pflegeheim

Im Bereich der psychischen Gesundheit können die Bewohnerinnen und Bewohner durch externe Fachpersonen und durch das Personal des Pflegeheims versorgt werden⁹.

Oft kann ein grosser Teil der psychischen Gesundheitsprobleme im Pflegeheim mit internen Ressourcen bewältigt werden, ohne dass ein Alterspsychiater beigezogen werden muss. Manchmal verfügen auch die für das Heim zuständigen Ärztinnen und Ärzte über Erfahrung in der Psychogeriatric. Dies ist zum Beispiel bei Geriatern der Fall. In anderen Fällen kann das Pflegeheim eine Pflegefachperson oder eine andere im Bereich psychische Gesundheit ausgebildete Mitarbeiterin beauftragen, ihre Kenntnisse an die Teams weiterzugeben, Probleme zu besprechen, die bei der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner auftreten, Massnahmen vorzuschlagen, die Kontakte zur Heimärztin/Heimarzt, bzw. Hausarzt/Hausärztin zu fördern und bei Bedarf um den Beizug einer externen Fachperson zu ersuchen.

Die spezialisierten Leistungen im Bereich Psychogeriatric umfassen:

- **Konsiliarpsychiatrie:** Der Konsiliararzt ist ein Psychiater, der im Auftrag des Heimarztes oder des Hausarztes des Bewohners tätig wird. Er kann punktuell eingesetzt werden oder die regelmässige Betreuung eines oder mehrerer Bewohner übernehmen
- **Liaisonpsychiatrie:** Der Liaisonpsychiater trifft sich mit dem Pflorgeteam, bespricht das Vorgehen bei der Pflege eines Bewohners oder bei einem spezifischen Problem, gibt Informationen ab, schlägt Massnahmen vor und beteiligt sich damit an der Unterstützung und Ausbildung des Personals des Pflegeheims im Bereich der psychischen Gesundheit.
- **Mobiles Team:** Dabei handelt es sich um eine besondere Form der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie: Ein Team, das aus einem Psychiater und einer auf Psychiatrie spezialisierten Pflegefachperson besteht.

sierten Pflegefachperson besteht, ist in einem geografisch abgegrenzten Gebiet tätig (im Gegensatz zum Konsiliararzt, der einer bestimmten Einrichtung angegliedert ist).

- **Telepsychiatrie:** Die Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie über das Internet kann für abgelegene Pflegeheime oder in Regionen hilfreich sein, in denen eine Unterversorgung mit Alterspsychiatern besteht.

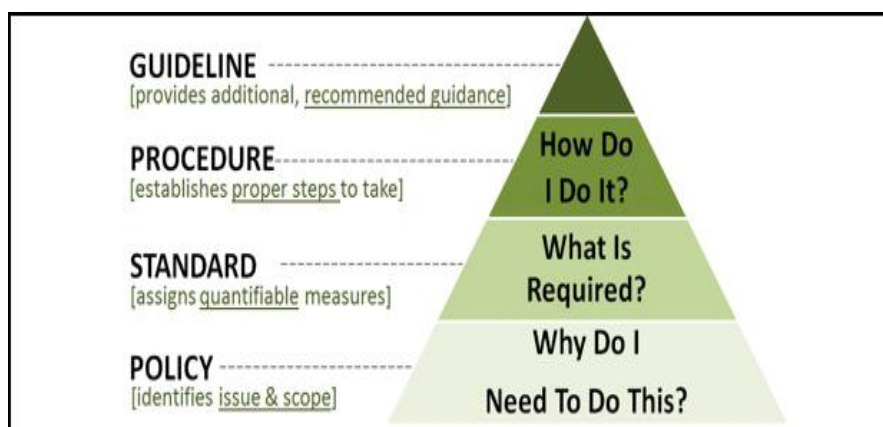
Angesichts der spezifischen Gegebenheiten in jeder Einrichtung und der verschiedenen kantonalen Regelungen hängt das Gesamtangebot von der Verfügbarkeit von spezialisierten alterspsychiatrischen Leistungen, vom Ausbildungsstand des Personals, von wirtschaftlichen Faktoren, von der Pflegephilosophie des Heims und von der Unterstützung der Vorgesetzten ab.

5. Finanzierung

Die psychogeriatrischen Konsilien, einschliesslich der Einsätze von mobilen Teams und der telepsychiatrischen Leistungen, sowie die medikamentöse Behandlung werden von der Grundversicherung der Krankenkasse des Bewohners übernommen.

Die Einsätze im Rahmen der Liaisonpsychiatrie erfolgen im Rahmen eines Vertrags zwischen dem Psychiater und dem Pflegeheim und werden dem Heim in Rechnung gestellt.

6. Empfehlungen und Leitlinien



Die Begriffe Empfehlungen und Leitlinien (auch Guidelines) werden oft synonym verwendet. Empfehlungen werden in der Regel von einer Expertengruppe erarbeitet und beruhen auf wissenschaftlichen Belegen (evidence-based). Leitlinien (oder Guidelines) leiten sich aus den Empfehlungen ab und sind darauf ausgerichtet, die klinische Praxis zu vereinheitlichen und zu verbessern. Weder Empfehlungen noch Leitlinien sind verbindlich.

Es bestehen keine gesamtschweizerischen Leitlinien für die psychische Gesundheit von Betagten im Pflegeheim. Allerdings liegen zwei Konsenspapiere zur Diagnostik und Therapie von Demenz und der damit verbundenen verhaltensbezogenen und psychischen Symptome vor^{10,11}.

Das Missverhältnis zwischen dem psychogeriatrischen Bedarf im Pflegeheim und dem Angebot wird durch zwei nationale Erhebungen belegt^{12,13}. Denn obwohl im Durchschnitt 69% der Heimbewohnerinnen und -bewohner an mindestens einer Störung leiden, die ihre psychische Gesundheit beeinträchtigt, werden nur 27% wegen psychischen Problemen behandelt. Diese Behandlung erfolgt in 60% der Fälle durch einen Allgemeinmediziner, in 35% der Fälle durch einen Psychiater. Da keine nationalen Studien zur Wirksamkeit der verschiedenen Behandlungstypen vorliegen, bezieht sich die erste Empfehlung darauf, dass derartige Studien durchgeführt und finanziert werden müssen.

Gestützt auf die internationale Fachliteratur^{9,14-17} lassen sich die folgenden zusätzlichen Empfehlungen abgeben:

- Jedes Pflegeheim sollte einen oder mehrere Mitarbeitende als Ansprechperson für Fragen der psychischen Gesundheit ernennen.
- Es sollte eine regelmässige Beurteilung aller Bewohnerinnen und Bewohner eingeführt werden, um psychiatrische Probleme zu erfassen. Kurzfragebögen oder andere einfache Screening- oder Messinstrumente (Beobachtungsbögen, Analogskalen usw.) können vom gesamten Pflorgeteam benutzt werden.
- Die Ausbildung der Pflgeteams im Bereich der psychischen Gesundheit ist von entscheidender Bedeutung für das Krankheitsverständnis und die Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner. Die Unterstützung und Förderung der Ausbildung und der Verbesserung der klinischen Praxis durch die Heimleitung spielen dabei eine entscheidende Rolle.

Link (siehe franz. Version?)

- Es sollten ausreichende Ressourcen an Personal bereitgestellt werden, damit die folgenden Aufgaben übernommen werden können: psychiatrisches Screening, Begleitung, Beobachtung des Ansprechens auf die Therapie, Diskussion mit den Ansprechpersonen der Einrichtung, dem behandelnden Arzt und den Konsiliarärzten.
- Die psychiatrischen Erkrankungen der Bewohnerinnen und Bewohner sollten im Pflegeheim im Rahmen einer multidisziplinären Behandlung angegangen werden, die in einem schriftlichen Programm konkret festgelegt wird, in dem die Ziele der medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapie aufgeführt sind. Dieser individuell abgestimmte Behandlungsplan muss die Bedürfnisse der verschiedenen Beteiligten (Bewohner, Familie und Pflgeteam) berücksichtigen.
- Die Qualität der psychogeriatrischen Versorgung im Pflegeheim sollte nationalen Standards entsprechen und durch unabhängige spezialisierte Fachpersonen evaluiert werden können.

Die Behandlung der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner wird auch durch das Zivilgesetzbuch (ZGB) geregelt. Die 2013 in Kraft getretene Revision des ZGB stärkt das Selbstbestimmungsrecht der Person (Förderung der Autonomie) und gewährleistet ihr zugleich die notwendige Unterstützung und den erforderlichen Schutz (Stärkung der Solidarität in der Familie). In einer Patientenverfügung kann eine urteilsfähige Person festlegen, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder nicht zustimmt. Sie kann darin auch einen therapeutischen Vertreter bezeichnen (Art. 370 ZGB). Benötigt ein urteilsunfähiger Bewohner medizinische Massnahmen, die in der Patientenverfügung nicht geregelt sind, legt der Arzt den Behandlungsplan zusammen mit der Person fest, die im medizinischen Bereich vertretungsberechtigt ist (therapeutischer Vertreter, Beistand, Ehepartner oder andere in den gesetzlichen Bestimmungen bezeichnete Angehörige, Art. 378 ZGB). Die Wünsche des Bewohners müssen so weit wie möglich berücksichtigt werden (Art. 382 ZGB). Im Fall einer fürsorglichen Unterbringung ist der Arzt verpflichtet, unter Beizug des Bewohners und von dessen Vertrauensperson einen schriftlichen Behandlungsplan zu erstellen (Art. 433 ZGB).

In den anderen westlichen Ländern ist die Canadian Coalition for Seniors' Mental Health (CCSMH) zu erwähnen, die vier Dokumente erarbeitet hat. Diese können auf der Website www.ccsmh.ca gratis heruntergeladen werden. Es handelt sich um nationale Leitlinien zur Evaluation und Behandlung von Verwirrtheitszuständen, Depressionen, des Suizidrisikos und von psychischen Gesundheitsproblemen im Pflegeheim (mit Schwerpunkt auf stimmungs- und verhaltensbezogenen Symptomen).

Auch in Australien wurden nationale Leitlinien erlassen.

Demenz und ihre psychischen und verhaltensbezogenen Symptome:

- health.qld.gov.au/cdg/docs/cdg_demen_gdline.pdf
- www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/silverbook/common-clinical-conditions/dementia/
- www.dementiaresearch.org.au/images/dcrc/output-files/328-2012_dbmas_bpsd_guidelines_guide.pdf

Verwirrtheitszustände:

[http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/A9F4D074829CD75ACA25785200120044/\\$FILE/delirium-cpg.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/A9F4D074829CD75ACA25785200120044/$FILE/delirium-cpg.pdf)

7. Quellenangabe und Literaturhinweise

- ¹ WHO (World Health Organization). Psychiatry of the elderly : A consensus statement. Geneva, 1996. WHO/MNH/MND/96.7
- ² • Seitz D et al. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes : A systematic review. Int Psychogeriatr 2010 ;22(7) :1025-39.
- ³ von Gunten A et al. A longitudinal study on delirium in nursing homes. Am J Geriatr Psychiatry 2013;21(19):963-72.
- ⁴ Lustenberger I et al. Psychotropic medication use in Swiss nursing homes. Swiss Med Wkly 2011;141:w13254.
- ⁵ Zuniga F et al. Rapport final de l'enquête relative au personnel de soins et d'accompagnement dans les établissements médico-sociaux en Suisse. Université de Bâle, 2013. [deutscher Text, siehe www.nursing.unibas.ch/shurp]
- ⁶ Purandare N et al. Perceived mental health needs and adequacy of service provision to older people in care homes in the UK: a national survey. Int J Geriatr Psychiatry 2004;19:549-53.
- ⁷ Ferrand C et al. Psychological need satisfaction and well-being in adults aged 80 years and older living in residential homes: Using a self-determination theory perspective. J Aging Stud 2014;30:104-11.
- ⁸ Zimmermann-Sloutskis D et al. Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution. Observatoire suisse de la santé, rapport 54 (2012). [deutscher Text, siehe www.obsan.admin.ch]
- ⁹ • Snowdon J. Mental health service delivery in long-term care homes. Int Psychogeriatr 2010 ;22(7) : 1063-71.
- ¹⁰ •• Monsch AU et al. [Consensus 2012 sur le diagnostic et le traitement des patients atteints de démence en Suisse](#). Rev Med Suisse 2013 ;9 :838-47. DEUTSCH
- ¹¹ •• Savaskan E et al. [Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz \(BPSD\)](#). Praxis 2014;103(3):135-48.
- ¹² Kaeser M et al. Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social. Office Fédéral de la Statistique, 2012. [deutscher Text, siehe www.bfs.admin.ch]
- ¹³ Schuler D et al. La santé psychique en Suisse: Monitoring 2012. Observatoire suisse de la santé, rapport 52 (2012). [deutscher Text, siehe www.obsan.admin.ch]

- ¹⁴ Gibson MC et al. Principles of good care for long-term care facilities. Int Psychogeriatr 2010 ;22(7) 1072-83.
- ¹⁵ Moyle W et al. Recommendations for staff education and training for older people with mental illness in long-term aged care. Int Psychogeriatr 2010 ;22(7) :1097-1106.
- ¹⁶ Pachana NA et al. Screening for mental disorders in residential aged care facilities. Int Psychogeriatr 2010 ;22(7) :1107-20.
- ¹⁷ Conn DK et al. Advances in the treatment of psychiatric disorders in long-term care homes. Curr Opin Psychiatry 2010 ;23 :516-21.

- Empfehlenswert
- Sehr empfehlenswert

8. Links

Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie:

www.sgap-sppa.ch

Psychiatrische Ausbildung in Gerontopsychiatrie wird in mehreren Kantonen von verschiedenen Institutionen angeboten:

- Rotes Kreuz (VS, FR, GE)
www.croix-rouge-valais.ch/organisation-aide/formation-accompagnateur-psychiatrie-avance-72.html

www.croix-rouge-fr.ch/fr/formations/accompagnateur-en-psychiatrie-de-l-age-avance-cours-fap/formation-fap

www.croix-rouge-ge.ch/uploads/documents/Formation%20Sante/programme%20formations%202014.pdf
- Arpege (Association pour la Recherche et la Promotion en Etablissements Gérontopsychiatriques, Verein für die Forschung und Förderung in alterspsychiatrischen Einrichtungen), VD
<http://www.arpege-vd.ch/fap/>

Weitere Ausbildungen:

- DAS (Diploma of Advanced Studies) Gesundheit der alternden Bevölkerung, CAS (Certificate of Advanced Studies) Psychogeriatric
www.sgg-ssg.ch/cms/pages/fr/manifestations/formation-continue.php
- Nicht-zertifizierende Fortbildung
www.ecolelasource.ch/nos-formations/formations-postgrades/modules-de-formation.html

9. Downloads

¹⁰ [Monsch AU et al. Consensus 2012 sur le diagnostic et le traitement des patients atteints de démence en Suisse. Rev Med Suisse 2013 ;9 :838-47.](#)

¹⁰ [Monsch AU et al. Konsensus 2012 zur Diagnostik und Therapie von Demenzkranken in der Schweiz. Praxis 2012;101\(19\):1239-49.](#)

¹¹ [Savaskan E et al. Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz \(BPSD\). Praxis 2014;103\(3\):135-48.](#)

Text genehmigt vom Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie: www.sgap-sppa.ch

Juni 2015

DIE ROLLE DER GERONTOPSYCHOLOGIE
IN DER VERSORGUNG VON
HEIMBEWOHNER/INNEN



IMPRESSUM**Herausgeber**

CURAVIVA Schweiz
Fachbereich Alter
Zieglerstrasse 53
Postfach 1003
3000 Bern 14

Telefon 031 385 33 33

info@curaviva.ch

www.curaviva.ch

Autorinnen: Vorstandsmitglieder der Schweizerischen Fachgesellschaft für Gerontopsychologie (SFGP)

Kontakt: gerontopsychologie@sgg-ssg.ch

Copyright Titelbild: CURAVIVA Schweiz

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. Ideale Versorgung	4
3. Was wir bieten	4
4. Folgende Bedingungen finden wir vor	5
5. Mögliches gerontopsychologisches Leistungsangebot	5
6. Form der Leistung	6
7. Finanzierung	6
8. Interprofessionelle Zusammenarbeit	6
9. Empfehlungen	7
10. Weitere Informationen – Links	8
11. Ausgewählte Literatur	8

1. Abstract

Die Gerontopsychologie befasst sich dem Erleben und Verhalten von älteren Menschen und wie dieses positiv beeinflusst werden kann. Das gerontopsychologische Leistungsspektrum ist sehr breit und richtet sich nicht nur an die Heimbewohner/innen sondern auch an deren Angehörige und an die Institutionsmitarbeitenden. Gerontopsycholog/innen sind heute in Institutionen der Langzeitpflege aber noch wenig präsent. Dies in Zukunft zu ändern, ist wichtig, um im Rahmen der medizinischen und therapeutischen Versorgung optimal und individuell auf die Bedürfnisse der Heimbewohner/innen (z.B. mit einer Demenzerkrankung oder mit Migrationshintergrund), deren Angehörige (z.B. mit Anpassungsschwierigkeiten während oder nach dem Versterben des/der Bewohner/in) und auch den Institutionsmitarbeiter/innen (z.B. mit hoher Arbeitsbelastung) eingehen zu können.

2. Ideale Versorgung

Idealerweise sind Gerontopsycholog/innen in Schweizer Alters- und Pflegeinstitutionen angestellt und Teil der interprofessionellen Teams. Denn um Heimbewohner/innen optimal versorgen zu können, ist die fachliche Einbindung von gerontopsychologischen Fachpersonen wichtig und nötig.

3. Was wir bieten

Die Gerontologie befasst sich mit dem Verhalten und Erleben älterer Menschen sowie mit Möglichkeiten, dieses positiv zu beeinflussen. Dabei wird basierend auf Forschungsergebnissen davon ausgegangen, dass Entwicklung und Wachstum bis ins hohe Alter möglich sind. Die Gerontopsychologie ist eine Teildisziplin der Psychologie. Ihre Ansätze und Methoden stammen sowohl aus anderen Subdisziplinen der Psychologie (z.B. klinische Psychologie, Neuropsychologie oder Sozialpsychologie) wie auch aus anderen gerontologischen Disziplinen (z.B. Medizin, Biologie, Soziologie). Gerontopsychologinnen und -psychologen sind in sehr unterschiedlichen Berufsfeldern tätig. Diese reichen von Anstellungen innerhalb von Versorgungsinstitutionen (z.B. Psychiatrische Kliniken), über Tätigkeiten in privaten Organisationen (z.B. Personalauswahl und -entwicklung) oder Vereinen (z.B. Pro Senectute) bis hin zu Forschungs- und Lehrtätigkeiten (z.B. an Universitäten und Fachhochschulen).

Bei der psychotherapeutischen Behandlung von älteren Menschen gibt es Überschneidungen in den Tätigkeitsfeldern von Gerontopsycholog/innen und Gerontopsychiater/innen. Der wesentliche Unterschied zwischen den beiden Berufsgruppen besteht darin, dass die Gerontopsychiater/innen ein Medizinstudium absolviert haben und deshalb Medikamente/ Psychopharmaka verschreiben können, während die Leistungen von Gerontopsycholog/innen ausschliesslich nicht-medikamentöser Art sind. Im Gegensatz zu den Gerontopsychiatern/innen umfasst die Expertise von Gerontopsychologen nicht nur die Diagnostik und Behandlung von

älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen, sondern auch normale psychische Alterungsprozesse und Möglichkeiten diese positiv zu beeinflussen.

4. Folgende Bedingungen finden wir vor

Gerontopsycholog/innen sind heute in Alters- und Pflegeheimen wenig präsent. Deshalb besteht grundsätzlich in allen unten genannten Leistungsbereichen Ausbaupotential.

5. Mögliches gerontopsychologisches Leistungsangebot

a) Für BewohnerInnen (individuell sowie für Paare, Familien, Gruppen)

- *Diagnostik*: Abklärungen mittels Fachgespräch, Tests und Fragebögen z.B. hinsichtlich des Vorliegens demenzieller Entwicklungen, Depressionen oder weiterer psychischer Erkrankungen
- *Psychoedukation und Training*: Vermittlung von Informationen über psychische Entwicklungsprozesse im Alter und Üben hilfreicher Bewältigungsstrategien, z.B. bzgl. Gedächtnis, Schlaf oder Schmerzen
- *Psychologische Beratung*: z.B. in Bezug auf Themen wie Eingewöhnen ins Alters- und/oder Pflegeheim, Sexualität, Beziehungsprobleme oder Suchtproblematiken
- *Psychotherapie*: zur Behandlung psychischer Erkrankungen und zur Förderung psychischer Gesundheit
- *Sterbebegleitung*: psychologische Begleitung von Menschen am Lebensende als Teil von Palliative Care (richtet sich auch an Angehörige und das Personal)

b) Für Angehörige

- *Psychologische Beratung und Psychotherapie*: z.B. bei Paarkonflikten, bzgl. Umgang mit alternden Eltern oder beim Verlust einer nahestehenden Person

c) Für das Personal

- *Supervision und Coaching*: Reflexion von schwierigen Behandlungssituationen zur Weiterentwicklung fachlicher und psychosozialer Kompetenzen

- *Aus- und Weiterbildung:* zu einem breiten Spektrum an Themen, wie z.B. Nähe und Distanz im Pflegealltag, emotionaler Ausdruck bei Demenz, Umgang mit Angehörigen

d) Für Institutionen

- *Organisationsberatung:* z.B. Ausarbeitung von Behandlungskonzepten und Leitbildern oder demenzgerechte Heimgestaltung
- *Forschungsprojekte:* z.B. zu Zufriedenheit von Heimbewohner/Innen, Auswirkungen neuer Behandlungsabläufe oder Pflegequalität aus Sicht von Angehörigen
- *Gerontotechnologie:* Entwicklung und Evaluation neuer gerontologischer Technologien, z.B. elektronische Kommunikationsmittel oder Notfallmeldesysteme

6. Form der Leistung

Gerontopsycholog/innen arbeiten in den meisten Fällen entweder in einem Anstellungsverhältnis oder sind selbständig tätig. Diagnostische Abklärungen und psychotherapeutische Behandlungen von Heimbewohner/innen mit psychischen Erkrankungen können von der Krankenkassengrundversicherung finanziert werden, wenn diese von einem Arzt oder einer Ärztin verordnet und an einen/eine Gerontopsycholog/in mit einem Fachtitel in Psychotherapie oder Neuropsychologie delegiert werden.

7. Finanzierung

Folgende Finanzierungsarten sind momentan möglich:

Leistungsempfänger:	Verrechnung durch:
BewohnerInnen	Krankenkassengrundversicherung (von Ärzt/innen delegierte gerontopsychologische Leistungen) Zusatzversicherungen private Finanzierung Finanzierung im Rahmen von Stiftungsprojekten
Angehörige	private Finanzierung
Personal	Institutionen
Institutionen	Stiftungen oder Institutionen zur Forschungsförderung Institutionen selbst

8. Interprofessionelle Zusammenarbeit

Dort, wo Gerontopsycholog/innen in Alters- und Pflegeheimen bereits vertreten sind, konnte sich die interprofessionelle Zusammenarbeit gut etablieren. Da die Gerontopsychologie starke Bezüge zu anderen Disziplinen aufweist (siehe Kapitel 1), sind Gerontopsycholog/innen mit unterschiedlichen Ansätzen und Methoden vertraut und darum gut auf eine solche Zusammenarbeit vorbereitet.

9. Empfehlungen

In Bezug auf Bewohner/innen

- Bessere gerontopsychologische Versorgung von Heimbewohner/innen

Aufgrund der hohen Prävalenz von psychischen Störungen im Alter (Kaeser, 2012) und den besonderen Lebensumständen von Heimbewohner/innen (z.B. Umzug in eine Institution und die damit verbundenen Veränderungen, Verlust von Ressourcen, Pflegeabhängigkeit) haben diese einen erhöhten Bedarf an psychologischen Leistungen (Delenbach & Angst, 2011). Die Tabuisierung von psychischen Störungen von älteren Menschen selbst wie auch die oft unbegründet negativ getönte Haltung von Angehörigen und Betreuern gegenüber Behandlungserfolgen bei älteren Menschen (Altersstereotype), haben bisher häufig zu einer unzureichenden psychologischen Versorgung von Heimbewohner/innen geführt, welche mit hohen Pflege- und Gesundheitsfolgekosten verbunden sein kann.

- Gerontopsychologische Versorgung von Menschen mit Demenz

Die zu erwartenden demografischen Veränderungen weisen auf eine deutliche Zunahme von Heimbewohner/innen mit einer demenziellen Erkrankung hin (Nationale Demenzstrategie 2014-2017). Gerade die damit verbundenen Verhaltensauffälligkeiten stellen eine grosse Herausforderung im Heimalltag dar und haben hohe nicht-medizinische Gesundheitskosten bei Menschen mit Demenz zur Folge (Olesen et al., 2012). Um diese einzudämmen, ist eine optimale gerontopsychologische Versorgung wichtig.

- Gerontopsychologische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

Es ist davon auszugehen, dass in Zukunft mehr Menschen mit Migrationshintergrund in Langzeitinstitutionen leben werden (Hungerbühler & Bisegger, 2012), die z.B. andere Erwartungen bzgl. ihrer Pflege im Alter haben und einen anderen Lebensstil gewöhnt sind. Die psychologische Begleitung von Heimbewohner/innen mit Migrationshintergrund und deren Angehörigen ist daher besonders wichtig, um Anpassungsstörungen zu vermeiden.

In Bezug auf Angehörige

- Beratung und Betreuung von Angehörigen

Angehörige in schwierigen Situationen (z.B. bei Krankheit oder Persönlichkeitsveränderungen des Bewohners, bei Entscheidungen bezüglich Palliative Care) gut zu begleiten und zu betreuen, ist eine herausfordernde Aufgabe. Aufgrund ihres Fachwissens rund um das Thema Alter(n) können Gerontopsycholog/innen Angehörige in solchen Situationen begleiten und betreuen, aber auch zwischen den involvierten Parteien vermitteln.

In Bezug auf das Personal

- Unterstützung des Pflegepersonals im Umgang mit herausfordernden Situationen

Der Einbezug von Gerontopsycholog/innen und deren Fachwissen kann für Pflegende unterstützend bzw. entlastend wirken. Einerseits dadurch, dass Angehörige, die sich in einer belastenden Situationen befinden, an eine ausgewiesene Fachperson verwiesen werden können, andererseits dadurch, dass die Pflegenden selbst Unterstützung einfordern können im Umgang mit herausfordernden Situationen.

In Bezug auf die Institution

- Einbezug von Gerontopsycholog/innen in die Institutionsorganisation

Um auch in Zukunft eine optimale Betreuung der kommenden Generationen von Heimbewohner/innen gewährleisten zu können, bietet sich der Einbezug von Gerontopsycholog/innen bei der Ausarbeitung und Evaluation neuer Behandlungskonzepte, Einführung neuer Technologien oder bei der Gestaltung neuer Alterszentren an.

Wie Sie eine/n Gerontopsycholog/in finden

Die Schweizerische Fachgesellschaft für Gerontopsychologie (SFGP) ist die Vereinigung von Psycholog/innen mit einem Hochschulabschluss (Universität oder Fachhochschule), die sich auf den Bereich Alter spezialisiert haben und praktisch oder wissenschaftlich in diesem Bereich tätig sind. Sie bietet seit 2012 eine Zusatzqualifikation in Gerontopsychologie an, mit welcher gerontopsychologische Spezialkenntnisse und Praxiserfahrungen ausgewiesen werden. Auf der SFGP-Internetseite (Link siehe nächstes Kapitel) findet sich eine Liste von qualifizierten Alterspsychotherapeuten sowie eine Kontaktadresse zur Vermittlung weiterer Experten.

10. Weiterführende Informationen

Links:

Schweizerische Fachgesellschaft für Gerontopsychologie (SFGP)
www.sgg-ssg.ch/cms/pages/de/fachgruppen/sfgp--gerontopsychologie.php

Schweizerischer Berufsverband für angewandte Psychologie (SBAP)
www.sbap.ch/

Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP)
www.psychologie.ch/de.html

11. Ausgewählte Literatur

- Heuft, G., Kruse, A., & Radebold, H. (2005). Lehrbuch der Gerontosomatik und Alterspsychotherapie. Stuttgart: UTB.
- Maercker, A. (2014). Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Berlin Heidelberg: Springer.
- Martin, M., & Kliegel, M. (2014). Psychologische Grundlagen der Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer.

Referenzen im Text

- Bundesamt für Gesundheit (BAG), & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). (2013). Nationale Demenzstrategie 2014-2017. Bern: BAG und GDK.
www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/index.html?lang=de
- Dellenbach, M., & Angst, S. (2011). Förderung der psychischen Gesundheit im Alter. Bericht. Teilprojekt im Rahmen des Projektes „Best Practice Gesundheitsförderung im Alter. Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie. www.gesundheitsfoerderung.ch
- Hungerbühler, H., & Bisegger, C. (2012). „Und so sind wir geblieben...“. Ältere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Bern: Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM.
www.ekm.admin.ch/dam/data/ekm/dokumentation/materialien/mat_alter_d.pdf

- Kaeser, M. (2012). Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen. Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (2008/09). Bern: Bundesamt für Statistik.
www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/.../publ.Document.163045.pdf
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.U., & Jönsson, B. on behalf of the CDBE2010 study group and the European Brain Council. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19, 155-162.

Mai 2015

ZAHNMEDIZINISCHE BETREUUNG IN
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. G. Menghini, Klinik PPK, Zentrum für Zahnmedizin der Universität Zürich
Copyright Titelbild: Zentrum für Zahnmedizin der Universität Zürich
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.	Entwicklung der oralen Gesundheit in den Pflegezentren, aktuelle Lage	4
3.	Wirksame Massnahmen zur Verbesserung der oralen Gesundheit in den Pflegezentren	
3.1.	Vom Pflegepersonal regelmäßig durchgeführte, wirksame Mundhygiene	5
3.2.	Standardisierte zahnmedizinische Eintrittsuntersuchung (durch einen Zahnarzt)	7
3.3.	Professionelle Mundhygiene (durch eine Prophylaxe-Assistentin)	8
4.	Technische Ausrüstung	9
5.	Literatur	9
6.	Links	9
7.	Downloads	9

1. Abstract

Um die orale Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner in einer Alters- und Pflegeinstitution steht es nicht so gut. Eine Eintrittsuntersuchung durch einen Zahnarzt (oder idealerweise durch den Heimzahnarzt) und die Nachbetreuung durch eine Prophylaxe-Assistentin zusammen mit einer wirksamen Mundhygiene durch das Pflegepersonal bringen hier eine klare Verbesserung.

2. Entwicklung der oralen Gesundheit in den Pflegezentren, aktuelle Lage

Das Ausmass und die Art des zahnmedizinischen Betreuungsbedarfs in sozialmedizinischen Institutionen in der Schweiz sind der Dissertation Brändli (2012) zu entnehmen. Diese Arbeit bietet eine Übersicht über die Entwicklung der oralen Gesundheit der Bewohner/-innen von Pflegeheimen, geriatrischen Spitalabteilungen, Krankenheimen und Altersheimen in den letzten 25 Jahren in der Schweiz. Besonders aufschlussreich sind die 1995/96 erhobenen Daten aus zwei Pflegezentren der Stadt Zürich (Glauser 2009) und die 2011/12 durchgeführte Untersuchung von neu in einem Pflegezentrum der Stadt Zürich eingetretenen Personen (Brändli 2012).

Die erwähnten Erhebungen zeigen, dass in den letzten rund 25 Jahren die durchschnittliche Anzahl noch vorhandener Zähne bei den Bewohner/-innen dieser Institutionen zugenommen hat. Der Anteil Prothesenträger hat abgenommen, z.B. in Zürich zwischen 1996 und 2011 um mehr als ein Viertel. Die Mundhygiene ist dagegen bei rund zwei Dritteln der Heimbewohner/-innen weiterhin als sehr schlecht einzustufen.

Die bis anhin von verschiedenen Gremien, Fachgesellschaften und Verbänden postulierten und zum Teil durchgeführten Massnahmen zur Verbesserung der Lage haben sich nicht spürbar auf die orale Gesundheit dieser Bevölkerungsschicht ausgewirkt.

3. Wirksame Massnahmen zur Verbesserung der oralen Gesundheit in den Pflegezentren

Die Klinik für Präventivzahnmedizin, Parodontologie und Kariologie des Zentrums für Zahnmedizin der Universität Zürich hat im grössten Pflegezentrum der Stadt Zürich ab 2009 ein zahnmedizinisches Betreuungsprogramm für die betagten Bewohner/-innen entwickelt und umgesetzt. Aufgrund der positiven Erfahrungen und auf Wunsch der Stadt Zürich wird das Programm „Zahnmedizinische Betreuung in den Pflegezentren der Stadt Zürich“ auf alle städtischen Pflegezentren (rund 1500 Pflegepersonen und 1600 Betten) ausgeweitet.

Das Programm steht allen interessierten Pflegezentren zur Verfügung.

Die entsprechende zahnmedizinische Betreuung ist in drei Stufen gegliedert, die unter Berücksichtigung der finanziellen und personellen Ressourcen der jeweiligen Institution subsequent implementiert werden können:

- 3.1. Vom Pflegepersonal regelmäßig durchgeführte, wirksame Mundhygiene**
- 3.2. Standardisierte zahnmedizinische Eintrittsuntersuchung (durch einen Zahnarzt)**
- 3.3. Professionelle Mundhygiene (durch eine Prophylaxe-Assistentin)**

3.1. Vom Pflegepersonal regelmäßig durchgeführte, wirksame Mundhygiene

Die Betagten sollten so weit wie möglich ihre Mundhygienegewohnheiten beibehalten. Aus den oben erwähnten Untersuchungen ist aber klar ersichtlich, dass über 90 Prozent der Pflegeheimbewohner/-innen nicht mehr in der Lage sind, alleine eine genügende Mundhygiene zu betreiben. Die Pflegenden sind deswegen angehalten, die Mundhygiene der zu betreuenden Personen weitgehend zu übernehmen.

a) Instruktion des Pflegepersonals

Es ist für das Pflegepersonal vorteilhaft zu wissen, wie die meistverbreiteten Mundkrankheiten (Karies und Zahnfleischentzündung) entstehen und wie diese sich vorbeugen oder zumindest stoppen lassen. Diesbezüglich empfehlen wir die Lektüre der Broschüre [«Zahnschäden sind vermeidbar»](#) (Kapitel 3, 4 und 9). Diese Broschüre wird seit 2013 an alle in Ausbildung stehenden FaGe im Rahmen der überbetrieblichen Kurse der Organisation der Arbeitswelt (OdA) in den Kantonen Aargau, Bern, St. Gallen, und Zürich verteilt. Somit werden die neu in den Beruf tretenden FaGe über die Problematik der Mundhygiene bei unselbstständigen Betagten zumindest bereits sensibilisiert sein.

Die wichtigste Voraussetzung für eine wirksame Umsetzung der Mundhygiene ist aber eine rund **zweistündige, individuelle praktische Instruktion des Pflegepersonals direkt am Patienten** (in verschiedenen Pflegesituationen) unter der Führung einer dafür ausgebildeten Prophylaxe-Assistentin (Bühlmann & Menghini 2010). Nach einigen Monaten Praxis wird der erreichte Stand der Mundhygiene durch die Prophylaxe-Assistentinnen überprüft. Dieses Vorgehen macht den Unterschied zu anderen Projekten, die eine ausschliesslich theoretische Instruktion des Pflegepersonals durch Referate vorsehen.

b) Mundinspektion

Die Pflegenden werden durch diese Instruktion in der Lage sein, eine einfache Mundinspektion durchzuführen, um überhaupt zu wissen, ob die ihnen anvertrauten Bewohner/-innen noch bezahnt sind, eine Prothese tragen oder zahnlos sind. Sie müssen auch imstande sein, bakteriellen Zahnbelag (Plaque) auf der Oberfläche von Zähnen und Prothesen zu detektieren, sowie stark kariöse Zähne und stark entzündetes Zahnfleisch zu erfassen. Als zusätzliche Hilfe für die Pflegenden wurde in Zusammenarbeit mit den Pflegezentren der Stadt Zürich das Merkblatt [«Handlungsablauf Mundinspektion»](#) zusammengestellt. Darin wird das nötige Material zusammengefasst und das genaue systematische Vorgehen aufgelistet.

c) Zähnebürsten

Da das Pflegepersonal erfahrungsgemäss viele Aufgaben bewältigen muss und wenig Zeit für die Körperpflege (die Mundhygiene ist Teil davon) der Bewohner/-innen hat, wurde nach einer

einfachen und gleichzeitig wirksamen Lösung gesucht, um eine adäquate Mundhygiene der Bewohner/-innen mit verhältnismässig wenig Aufwand zu gewährleisten (Schauplatz Spitex 2011). Die Lösung liegt im wöchentlichen Gebrauch einer hochdosierten Fluoridzahnpaste (Duraphat mit 5 mg F/g). Die praktische Empfehlung lautet:

Die verbleibenden Zähne werden **mindestens einmal pro Woche** mit einer hochdosierten Fluoridzahnpaste (Duraphat) gebürstet.

Ansonsten werden die bestehenden Mundhygienegewohnheiten beibehalten.

Die Verwendung der rezeptpflichtigen Duraphat-Zahnpaste beim Zähnebürsten beugt neuer Karies an exponierten Zahnstellen vor (im betreffenden Altersbereich vor allem an freiliegenden Wurzeln) und unterstützt die Inaktivierung von bereits bestehenden kariösen Läsionen (Baysan et al. 2001).

Auch für das Zähnebürsten wurden die einzelnen Schritte im Merkblatt [«Handlungsablauf Zähnebürsten»](#) zusammengefasst.

Damit beim Zähnebürsten keine Zahnflächen vergessen gehen, ist ein systematisches Vorgehen angesagt. Das Merkblatt [«Zähnebürsten bei älteren Pflegebedürftigen»](#) verdeutlicht die einzuhaltende Reihenfolge der Schritte und die angestrebten Zahnbürstbewegungen.

d) Reinigung der Zahnprothesen

Die genauen Abläufe bei der Reinigung und der Aufbewahrung von Zahnprothesen sind im Merkblatt [«Handlungsablauf Zahnprothese reinigen»](#) zusammengefasst.

e) Leistungserfassung

Die regelmässige Erfassung der durchgeführten Mundhygiene erfolgt mittels einem [«Mundhygieneprotokoll»](#) oder durch das EDV-System des Heims (z.B. Easy-Doc).

f) Medikamente für die zahnmedizinische Betreuung von Pflegebedürftigen

Es sind wenige Medikamente nötig, um die Erhaltung oder die Wiedererlangung einer genügenden oralen Gesundheit zu gewährleisten. Eine Auswahl solcher Produkte ist auf dem Merkblatt [«Produkte für die Mundpflege bei Pflegebedürftigen»](#) zusammengefasst. Diese sollten in den einzelnen Pflegeabteilungen stets vorhanden sein, damit das Pflegepersonal sie nach Bedarf gemäss Merkblatt anwenden kann.

g) Ziele der Mundhygiene

Durch die regelmässige Entfernung von Speiseresten und mikrobiellem Zahnbelag (Plaque) auf Zähnen, Kronen, Brücken, Implantaten und Prothesen sowie durch die Befeuchtung der Mundschleimhaut wird eine Steigerung des Wohlbefindens der Bewohner/-innen erreicht. Folgende Ziele werden angestrebt:

- Weniger Karies (langsames Fortschreiten)
- Weniger Zahnfleischentzündungen
- Weniger durch Prothesen verursachte Schleimhautentzündungen
- Weniger Mundgeruch
- Soor- und Infektionsprophylaxe

Zusätzliche Tipps für die Durchführung der Mundhygiene in schwierigen Situationen wie auch Abbildungen über die in Pflegeheimen häufig beobachteten Munderkrankungen sind im **«Handbuch der Mundhygiene bei unselbstständigen Betagten in Pflegeeinrichtungen»** zusammengefasst. Diese Publikation ist ab November 2015 im [SSO-Shop](#) erhältlich.

-> Eine Auswahl der Produkte für die [Mundhygiene in Pflegeheimen](#)

3.2. Standardisierte zahnmedizinische Eintrittsuntersuchung (durch einen Zahnarzt)

Die standardisierte zahnmedizinische Eintrittsuntersuchung wird, auf Wunsch des Patienten oder der verantwortlichen Person mit Vertretungsrecht, durch einen Heimzahnarzt durchgeführt und umfasst folgende Bereiche:

- a) Beurteilung der Mundschleimhaut
- b) Beurteilung der oralen Hygiene von Zähnen und der abnehmbaren Prothesen
- c) Erhebung des Zahnstatus (Kronen/Wurzeln) und zahnbezogener Behandlungsvorschlag
- d) Prothesenstatus und Beurteilung des Zustands der Prothesen
- e) Befragung des Patienten (ggf. der Pflegeperson) über Schmerzen im Mundbereich und Kaufähigkeit

Die Standardisierung beruht auf den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2013) und ist eine wichtige Voraussetzung, um Vergleiche zwischen Untersuchungen zuverlässig anzustellen, und somit auch die Entwicklung der oralen Gesundheit verfolgen zu können.

Als Heimzahnärzte sind erfahrene praktizierende Zahnärzte vorzusehen. Diese sind nicht nur für die Eintrittsuntersuchung, sondern auch für die zahnmedizinische Versorgung von Langzeitbewohner/-innen und für die Notfälle verantwortlich, d.h. sie können die nötigen Therapien selber vornehmen oder an andere Zahnärzte oder zahnärztliche Institutionen delegieren.

Im Rahmen der Eintrittsuntersuchung können gegebenenfalls auch einfache Behandlungen durchgeführt werden. Im Vordergrund steht die Inaktivierung von kariösen Läsionen (Applikation von Duraphat-Lack oder Silbernitrat) sowie die Anpassung von Prothesen zur Verbesserung der Kaufähigkeit und zur Beseitigung von Druckstellen.

Falls die unter Punkt 3.1. beschriebenen Mundhygienemassnahmen durch das Pflegepersonal wegen z.B. massiven Zahnsteins oder einer starken Gingivitis erschwert oder nicht möglich sind, wird vom Heimzahnarzt eine professionelle Zahnreinigung durch eine Prophylaxe-Assistentin verschrieben (s. Punkt 3.3.). Erfahrungsgemäss benötigen rund 50 Prozent der untersuchten Bewohner/-innen eine solche Sitzung bei der Prophylaxe-Assistentin.

Wir vertreten die Ansicht, dass im Einverständnis mit den betagten Patienten in der Regel eher minimale Therapien durchzuführen sind, die verhältnismässig viel zu der Erhaltung einer guten Lebensqualität (Schmerzfreiheit, angemessene Kaufähigkeit) beitragen und wenig Nachteile aufweisen (z.B. lange, anstrengende Sitzungen entfallen). Diese Überlegung berücksichtigt auch die Tatsache, dass die durchschnittliche Lebenserwartung der Bewohner/-innen der Pflegezentren der Stadt Zürich 2014 weniger als zwei Jahre betrug.

Diese Massnahmen tragen wesentlich dazu bei, zeit- und personalintensive Überweisungen von Bewohner/-innen zu Zahnarztpraxen oder zahnmedizinische Institutionen zu reduzieren.

Die geschilderte Betreuung eines Pflegezentrums mit rund 250 Bewohner/-innen ist mit dem Einsatz eines Zahnarztes während eines Tages pro Monat verbunden.

Die zahnmedizinische Eintrittsuntersuchung wird den Bewohner/-innen mit den von der SSO empfohlenen Tarifpositionen direkt vom Heimzahnarzt in Rechnung gestellt (geringe Belastung für die Heimverwaltung).

3.3. Professionelle Mundhygiene (durch eine Prophylaxe-Assistentin)

Die professionelle Mundhygiene durch eine erfahrene Prophylaxe-Assistentin (PA) umfasst eine gründliche Plaqueentfernung, eine supragingivale Zahnsteinentfernung mit manuellen Instrumenten und Ultraschallgeräten sowie die Applikation von Fluoridlack.

Die PAs werden vom Heimzahnarzt angestellt und überwacht. Dieser ist auch zuständig für die direkte Rechnungsstellung der PA-Sitzungen beim Patienten.

Die Prophylaxe-Assistentinnen dürfen die Patienten nur behandeln, wenn auch ein Heimzahnarzt oder Heimarzt/Hausarzt vor Ort ist. Ihr Einsatz in den Pflegeheimen obliegt einer Bewilligung der jeweiligen kantonalen Gesundheitsdirektion.

Die Betreuung eines Pflegezentrums mit rund 250 Bewohner/-innen ist mit dem Einsatz einer Prophylaxe-Assistentin während zwei Tagen pro Monat verbunden.

Die erwähnten Aufgaben der [Prophylaxe-Assistentin](#) in den Pflegeheimen können auch von einer [Dentalhygienikerin](#) übernommen werden. Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass eine Dentalhygienikerin für die Durchführung der aufgelisteten Massnahmen im supragingivalen Bereich grundsätzlich überqualifiziert und, tarifbedingt, einen Viertel teurer ist als eine Prophylaxe-Assistentin. In der Schweiz werden jährlich nur rund 70 Dentalhygienikerinnen ausgebildet. Diese Zahl deckt die Nachfrage aus den Zahnarztpraxen nicht. Es ist auch nicht zu erwarten, dass die Arbeit in einem Pflegeheim demjenigen in einer Praxis vorgezogen wird.

4. Technische Ausrüstung

Für die Durchführung von Eintrittsuntersuchungen, Behandlungen und Prophylaxesitzungen ist es zweckmässig, die bestehenden Heiminfrastrukturen wie z.B. Coiffeur- oder Podologiestühle zu benutzen.

Bei der Anschaffung einer mobilen zahnärztlichen Behandlungseinheit fiel die Entscheidung auf die Einheit D-15500 Combi-Port-Premium der Firma [BPR Swiss](#). Die wichtigsten Gründe für die Wahl dieses Produkts sind die effiziente und leise Absauganlage und der integrierte Piezo-Zahnsteinentferner. Die robuste Ausführung beinhaltet zusätzlich eine Drei-Weg-Spritze, einen elektrischen Mikromotor und eine starke LED-Beleuchtungseinheit.

Für die professionelle Zahnreinigung wurde ein Set mit den sechs wichtigsten Instrumenten und einer Absaugkanüle zusammengestellt. Als dazugehörige Tray eignen sich am besten die SciCan Kontainer/Kassetten Salus. Diese Trays sind besonders leicht, und die gebrauchten Instrumente können in der dazugehörigen Halterung direkt thermodesinfiziert werden. Diese Eigenschaften sind wertvoll, da in den meisten Pflegezentren keine Möglichkeit besteht, Instrumente zu sterilisieren. Diese müssen dafür regelmässig in die Zahnarztpraxen transportiert werden. Für einen Arbeitstag werden rund acht Instrumentensets benötigt. Instrumente und Trays können bei der Firma [DermaDent](#) bezogen werden.

5. Literatur

Baysan A, Lynch E, Ellwood R, Davies R, Petersson L, Borsboom P: [Reversal of Primary Root Caries Using Dentifrices Containing 5'000 and b1'000 ppm Fluoride](#). Caries Res 35:41-46 (2001)

Brändli B: [Orale Gesundheit und Mundhygiene von neueingetretenen Bewohnern eines Pflegezentrums der Stadt Zürich](#). Med Diss (2012)

Bühlmann S, Menghini G: [Die Reinigung der eigenen Zähne hat Vorrang](#). Dentalworld 3:8-9 (2010)

Glauser- Popaj L: [Orale Gesundheit und Mundhygiene von Bewohnern zweier Pflegeheime der Stadt Zürich](#). Med Diss (2009)

[Minimal einfach ein Mal](#). Schauplatz Spitex 4:6-7 (2011)

WHO: [Oral health surveys: basic methods - 5th edition Geneva](#), World Health Organization (2013)

6. Links

[Zentrum für Zahnmedizin der Universität Zürich](#), Klinik PPK

[Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO](#)

7. Downloads

Die [Publikationen und die angegebenen Merkblätter können im PDF-Format](#) heruntergeladen werden.

Die Angaben über Produkte und Lieferfirmen sind am gleichen Ort aufgeführt.

Kontaktadresse für weitere Informationen:

Dr. G. Menghini
Klinik PPK
Zentrum für Zahnmedizin der Universität Zürich
Plattenstrasse 11
8032 Zürich

Tel. +41 44 634 34 88
Fax.+41 44 634 43 01

giorgio.menghini@zsm.uzh.ch
www.zsm.uzh.ch

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO
Dr. B. von Ziegler
Leiterin Taskforce Alterszahnmedizin
Mühlebachstrasse 90
8008 Zürich

bettinavonziegler@bluewin.ch
<https://www.sso.ch/zahnaerzte/alterszahnmedizin.html>

DIE ROLLE DER APOTHEKERINNEN/
APOTHEKER IN DER VERSORGUNG
VON HEIMBEWOHNERINNEN UND -
BEWOHNERN



IMPRESSUM

Herausgeber

CURAVIVA Schweiz
Fachbereich Alter
Zieglerstrasse 53
Postfach 1003
3000 Bern 14

Telefon 031 385 33 33

info@curaviva.ch

www.curaviva.ch

Autoren: TopPharm AG, Fachkommission Netzwerke, Arbeitsgruppe Heime: Dr. C. Bourquin, Dr. V. Dora, B. Kursawe
Copyright Titelbild: CURAVIVA Schweiz
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. Einleitung	4
2. Pharmazeutische Betreuung von Institutionen	4
3. Ist-Situation	5
4. Das Leistungsangebot der öffentlichen Apotheke	5
Die Medikamentenlieferung	
5. Das Leistungsangebot eines Konsiliarapothekers	5
Die Pharmazeutischen Dienstleistungen	5
6. Der Medikamentenversorgungsprozess im Heim	6
7. Finanzierung der Leistungen	6
8. Zusammenfassung	7
9. Quellenangabe	8
10. Links	8
11. Downloads	8

1. Einleitung

Die Vorgaben zum Umgang mit den Medikamenten für Institutionen des Gesundheitswesens sind in der Schweiz sehr unterschiedlich. Je nach Kanton gelten andere gesetzliche Bestimmungen. Die Zusammenarbeit mit dem Apotheker wird von den Behörden aller Kantone gefordert oder gefördert, weil dadurch nachweislich die Qualität im Umgang mit den Medikamenten erhöht wird und damit die Patientensicherheit. (1)

2. Pharmazeutische Betreuung von Institutionen

Der Apotheker ist die Fachperson rund um die Medikamente, deren Wirkung und Anwendung. Im Rahmen eines fünfjährigen Hochschulstudiums und einer mindestens zweijährigen Weiterbildung hat er sich ein breites medizinisches Basiswissen und die wissenschaftlichen Kenntnisse zu Medikamenten und Therapien erworben. Ausserdem kennt er die gesetzlichen Vorgaben und Qualitätsanforderungen, die es im Umgang mit Medikamenten zu befolgen gilt, und setzt diese in der Praxis um. Er ist ein wichtiger Knotenpunkt im Netzwerk von Institutionen, Verschreibern, Versicherern und Behörden rund um Patienten. Die örtliche Präsenz, die niederschwellige Erreichbarkeit und die attraktiven Öffnungszeiten der öffentlichen Apotheke und Lösungen zu Unzeiten (Notfälle) unterstützen die Netzwerkfunktion des Apothekers. Je nach Umfang der pharmazeutischen Betreuung kann der Apotheker verschiedene Leistungen übernehmen.

Die Zusammenarbeit mit dem Konsiliarapotheker führt zur:

- Entlastung des Pflegepersonals und deren Verantwortung
- Erhöhung der Therapie- und somit der Patientensicherheit
- Effizienz in der Medikamentenversorgung und Wirtschaftlichkeit
- Erhöhter Qualität (definierte Handlungsweisen, Pharmakovigilanz)(1)

Ziel wäre es, dass das Heim die fachtechnische Verantwortung für die Medikamentenversorgung ganz einem zu bezeichnenden Apotheker überträgt. Er übernimmt in diesem Rahmen auch die Verantwortung, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen eingehalten werden (Betäubungsmittel, Medizinprodukte und weitere).

Für die medikamentöse Therapie bei älteren Menschen gelten spezielle Regeln: Auf der einen Seite treten altersbedingt oft mehrere Krankheiten gleichzeitig auf, die parallel behandelt werden müssen, auf der anderen Seite sind nicht alle zugelassenen Medikamente für ältere Menschen geeignet, da sich der Stoffwechsel und die Körperfunktionen mit zunehmendem Alter ändern. Die geriatrische Medizin trägt den Bedürfnissen von betagten Menschen Rechnung. (2) (3) Im Kanton Freiburg werden auf Initiative der Apothekerschaft seit 20 Jahren interprofessionelle Qualitätszirkel Ärzte/Apotheker durchgeführt, in welchen die Geriatrische Pharmakotherapie im Zentrum steht. Solche Zirkel werden unterdessen in einigen weiteren Kantonen durchgeführt und könnten in Zukunft unter Einbezug der Pflegeverantwortlichen stattfinden. (4)

3. Ist-Situation

Die Medikamentenversorgung ist in Heimen und Pflegeinstitutionen sehr unterschiedlich geregelt. Dabei spielen auch regionale Besonderheiten und kantonale Gesetzgebungen eine wichtige Rolle. Einige Kantone verlangen ausdrücklich die konsiliarische Betreuung durch einen Apotheker.

Punkto Finanzierung kommen zwei Modelle zur Anwendung: Im Teilpauschalenmodell wird nur das Pflegematerial pauschal verrechnet, während die Medikamente individuell abgegolten werden. Im Vollpauschalmodell werden sowohl Medikamente als auch Pflegematerial pauschal abgegolten. Diesem Modell müssen auf kantonaler Ebene entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen zugrunde liegen, und die Abgeltung in einem Vertrag festgelegt sein. Die Institution trägt die Budgetverantwortung und überträgt die Verantwortung für die Medikamente in der Regel einem Konsiliarapotheker. (5)

Die Art, wie die Medikamente ins Heim gelangen, ist vielfältig:

Rüstige Bewohner holen die Medikamente in den Apotheken ab. Je nach Gesundheitszustand des Patienten übernimmt das Heim die Medikamentenversorgung. Nicht selten müssen Mitarbeitende von Heimen die Medikamente in verschiedenen Arztpraxen und Apotheken «einsammeln». Diese Situationen sind für die Institutionen sehr Zeit- sowie Kosten aufwendig und nicht effizient.

Es gibt auch Heime, die das Medikamentenmanagement in Zusammenarbeit mit einer lokalen Apotheke organisieren. Auch hier gibt es unterschiedliche Modelle. Die Zusammenarbeit kann so weit gehen, dass die Apotheke die Medikamente einnahmefertig gerüstet in die Heime liefert. (6)

4. Das Leistungsangebot der öffentlichen Apotheke

Die Medikamentenlieferung

Die Apotheke liefert die ärztlich verordneten Medikamente in Originalschachteln oder fertig konfektioniert in Wochenblistern direkt ins Heim, eventuell direkt auf die Stationen. Die Medikamente werden so gekennzeichnet, dass der Empfänger der Medikamente genau ersichtlich ist. Dieser Prozess wird effizient und kostengünstig organisiert, sodass Pflegende und Betreuungspersonen möglichst wenig Aufwand haben. Aufgrund der örtlichen Nähe kann der Apotheker bei Bedarf sofort und persönlich intervenieren.

5. Das Leistungsangebot eines Konsiliarapothekers

Die Pharmazeutischen Dienstleistungen

Der Apotheker kann medikamentöse Therapien durch die Wahl spezieller Arzneiformen, gezielte Generikasubstitution, therapeutischer Substitution (im Konsens mit dem Verschreiber) und das Erkennen von Mehrfachverordnungen patientenfreundlicher, kostengünstiger und sicherer machen. Bei Bedarf werden Mass geschneiderte Lösungen eigens vom Apotheker hergestellt. Doppelverordnungen durch mehrere betreuende Ärzte oder überflüssig gewordene Langzeittherapien sind Beispiele, die auch bei Medikamentenverordnungen in Institutionen immer wieder anzutreffen sind. Der Apotheker stellt durch die pharmazeutische Validierung von Verordnungen solche Anomalien fest und trägt in Zusammenarbeit mit dem Verschreiber und dem Pflegepersonal zur Optimierung der Medikamententherapie bei.

Die Prozessdefinitionen im Medikamentenmanagement, Schulungen für Pflegende und Auszubildende, Kontrollen, Fehlermanagement, der Kontakt zu Behörden sowie die fachliche Begleitung von Audits können durch den Apotheker sichergestellt werden. Der Umfang der pharmazeutischen Leistungen wird anhand kantonaler Vorgaben und der Bedürfnisse des Heims festgelegt sowie vertraglich vereinbart. Weiter können Apotheker auch bei der Einrichtung der Stationsapotheken, der Zusammenstellung eines Notfallsortiments und bei der Wahl einer Software-Lösung beratend zur Seite stehen. **Im Rahmen der Zusammenarbeit kann dem Apotheker die fachtechnische Leitung der Heimapotheke übergeben werden.**

6. Der Medikamentenversorgungsprozess im Heim

Ist ein Medikament nicht verfügbar (zum Beispiel infolge eines Produktionsengpasses) oder bestehen akute Applikationsprobleme, sucht der Konsiliarapotheker eine angemessene Lösung und verhindert so den Spiessrutenlauf der Pflegenden. Voraussetzung dafür ist ein eingespieltes Netzwerk der involvierten Fachpersonen (Arzt, Heim, Apotheke, etc.) und die sofortige Intervention des Apothekers. Je nach Situation nimmt der Apotheker vor der Evaluation und Organisation eines Ersatzprodukts Rücksprache mit dem Verschreiber. Nach einer gefundenen Lösung werden die Pflegenden informiert und instruiert.

Einkauf von vorkonfektionierten Medikamenten

Die Vorkonfektionierung von Medikamenten in Wochen- oder Schlauchblistern hat in den letzten Jahren auch in der Schweiz an Bedeutung gewonnen, nicht zuletzt weil sich die Fachpersonen in Institutionen vermehrt der Pflege der Patienten widmen können und für administrative Arbeiten immer weniger Zeit bleibt. Zahlreiche Apotheken bieten vorkonfektionierte Medikamente als Dienstleistung in Eigenproduktion oder via Drittfirmen bereits heute an. Neben der Verbesserung der Therapiesicherheit und Klärung der Verantwortlichkeiten steht der angemessene Einsatz der personellen Ressourcen im Vordergrund. Beim Wechsel zu Blistersystemen müssen sämtliche Prozesse rund um das Medikamentenmanagement neu geregelt werden, damit höchst mögliche Therapiesicherheit und Flexibilität erreicht werden können.

Für diese Vorbereitungsarbeiten wird die Zusammenarbeit mit einem Konsiliarapotheker empfohlen, damit auch für speziellen Herausforderungen wie schnellen Therapiewechseln und dem Einsatz von Reservemedikamenten Rechnung getragen werden kann. (7) (8)

7. Finanzierung der Leistungen

Die Kosten für die ärztlich verordneten Medikamente können im Teilpauschalensystem von den Apotheken direkt an die Krankenkassen fakturiert werden. Die Kosten für eine allfällige Verblisterung können nur im ambulanten Bereich direkt an die Kassen verrechnet werden. Der Grund liegt darin, dass auch bei einer Auslagerung des Medikamenten-Richtprozesses an eine Apotheke, die Institution die volle Abgeltung inklusiv Anteil für das Medikamenterichten via BESA, RAI oder PLAISIR erhält. Institutionen handeln deshalb mit der Apotheke direkt einen oder mehrere Tarife für die Verblisterung und allfällige weitere in Anspruch genommenen Dienstleistungen aus.

Gerade in der Betreuung von Bewohnern von Institutionen des Gesundheitswesens kann der Apotheker sein Fachwissen als Medizinalperson einbringen und fördert und überwacht im Interesse der Leistungserbringer, der Leistungsträger und der Leistungsempfänger die vom Krankenversicherungsgesetz geforderten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit beim Medikamentenmanagement (optimales Nutzen/Kostenverhältnis). Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird von der Politik und Fachpersonen empfohlen und gefordert. Die finanzielle Abgeltung innerhalb eines Berufs-Segmentes ist geregelt, die Abgeltung des interprofessionellen Austauschs zwischen Medizinalpersonen und Berufen der Gesundheitspflege jedoch ist vertraglich noch nicht geregelt. Damit die qualitativ hochstehende und professionelle Betreuung und Pflege von Bewohnern in Institutionen vermehrt umgesetzt werden kann, wären offizielle Abgeltungsempfehlungen hilfreich.

Unsere Empfehlung

1. Prozess professionell vereinfachen
2. Wirtschaftlichkeit erhöhen
3. Sicherheit erhöhen und Verantwortlichkeiten regeln
4. Personal entlasten

Konkrete Handlungsfelder

- Zusammenarbeit mit einem lokalen Apotheker vereinbaren und vertraglich festlegen
- Schulung und Ausbildung im Bereich Medikamente regeln
- Durch den Apotheker eine Situationsanalyse erstellen lassen
- Einen Partner für die Versorgung mit Medikamenten wählen (keine Medikamente einsammeln, sondern liefern lassen!)
- Personalengpass in der Pflege: Welche Arbeiten können ausgelagert werden?

- Vor- und Nachteile der Medikamentenbestellung in Wochenblistern oder Originalpackungen mit lokaler Apotheke evaluieren

8. Zusammenfassung

Die Zusammenarbeit mit einem Apotheker steigert die Sicherheit und die Qualität im Medikamentenmanagement sowie das Fachwissen der Mitarbeiter und führt zu einer nachhaltigen Steigerung der Effizienz in den Prozessen.

9. Quellenangabe

- (1) Locca J.-F. et al. [Qualité de la prescription médicamenteuse](#): des progrès grâce à la collaboration médecins-pharmaciens, Rev Med Suisse 2009; 5: 0-0
- (2) Mazzocato C. et al. [Polymédication et personne âgée: ni trop ni trop peu!](#) Rev Med Suisse 2013 ; 9: 1026-31
- (3) Dormann H. et al. [Adverse Drug Events in Older Patients admitted as an Emergency](#). Dtsch Ärztebl Int 2013; 110(13): 213-9
- (4) Locca J.-F. et al. [Development of pharmaceutical care services](#) in nursing homes: practice and research in a Swiss canton. Pharm World Sci 2008; DOI 10.1007/s1 1096-008-9273-9
- (5) Bugnon O. et al. [Incitations é la performance. Care Management 2012](#); 5: Nr. 5/6
- (6) Kursave G. [Sichere Medikamentenabgabe: Heime und Spitäler](#) 2015; Nr. 1: 20-22
- (7) Hesse F., Schmid B., [Optimiertes Medikamentenmanagement](#). Care Management 2011; 4 Nr. 5
- (8) Albrecht L. et al. [Gérer un semainier à plusieurs chez un patient bénéficiaire de soins à domicile](#). Rev. Med Suisse 2014 ; 10 : 2246-51

10. Links

www.mydose.ch

www.pharmis.ch

11. Downloads

[Liste der TopPharm «Heimapotheke»](#)

Dieses Grundlagenpapier wurde von pharmaSuisse, Schweizerischer Apothekerverband, zur Kenntnis genommen. Es wird als mögliche Basis für Gespräche über interprofessionelle Zusammenarbeit in Heimen und Institutionen des Gesundheitswesens betrachtet.

Juni 2015

PHYSIOTHERAPIE



IMPRESSUM**Herausgeber**

CURAVIVA Schweiz
Fachbereich Alter
Zieglerstrasse 53
Postfach 1003
3000 Bern 14

Telefon 031 385 33 33

info@curaviva.ch

www.curaviva.ch

Autorin: Ursula Treier, Vorstandsmitglied Fachgruppe Physiotherapie in der Geriatrie FPG GPG

Kontakt: physiotherapie-zuhause@bluewin.ch

Copyright Titelbild: Bilderarchiv Fachgruppe Physiotherapie in der Geriatrie, Fotograf: Bruno Wyss, www.brunowyss.com

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. Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen	4
3. Berufsbild Physiotherapie in der Geriatrie	5
Leistungsangebot	6
4. Ziele	6
5. Beschreibung möglicher Arbeitsmodelle	7
6. Empfehlung an die Institutionen und ihre Trägerschaften	8
7. Zum Schluss	8
8. Literaturangaben und –empfehlungen	9
9. Downloads	9
10. Links	9

1. Abstract

Die physiotherapeutische Versorgung in Alters- und Pflegeinstitutionen ist in der Schweiz nach Kanton und Art der Zusammenarbeit mit den Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen unterschiedlich, da die Rahmenbedingungen kantonal geregelt sind und die Institutionen frei wählen können, ob sie Physiotherapeutinnen anstellen oder bei Bedarf zuziehen.

Für eine optimale Behandlung der Menschen, die in Langzeitinstitutionen leben, ist ein breites gerontologisches und physiotherapeutisches Fachwissen genauso notwendig wie die kontinuierliche, interprofessionelle Zusammenarbeit mit allen anderen Beteiligten. Hoffnungsvollerweise finden sich für die Gestaltung und Finanzierung dieser Zusammenarbeit innovative Lösungen.

2. Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

Die physiotherapeutische Versorgung in den Alters- und Pflegeinstitutionen ist in der Schweiz nach Kanton und Art der Zusammenarbeit mit den Physiotherapeutinnen unterschiedlich. Die Rahmenbedingungen sind kantonal geregelt. Der Physiotherapietarifvertrag wurde für das ambulante Setting gestaltet, so dass viele, in der interprofessionellen Zusammenarbeit wichtige Dienstleistungen wie Ziel- oder Angehörigengespräche, nicht abgerechnet werden können. Erschwerend kommt hinzu, dass der Tarifvertrag von physioswiss (Schweizer Physiotherapie Verband) per 1.7.2011 gegenüber den Krankenkassen gekündigt wurde und bis heute noch nicht mit allen Krankenkassen erneuert werden konnte.

Die Einführung der Swiss-DRG (Swiss Diagnostics Related Groups) und der daraus resultierenden Abrechnung in Fallpauschalen für die Spitäler hat seit dem 1.1.2012 zu einem Aufgabentransfer in die Alters- und Pflegeinstitutionen geführt. Die Fallkomplexität ist stark angestiegen und erfordert ein spezialisiertes Wissen. Viele Alters- und Pflegeinstitutionen sind nicht mehr nur klassische Langzeitbetreuungsinstitutionen, sondern auch Rehabilitationseinrichtungen für ältere Menschen.

Parallel dazu hat die Nachfrage nach Langzeitpflegeplätzen für Menschen mit Demenz, palliativer Pflege sowie gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern zugenommen. Langzeitpflegebedürftige Menschen sind häufig hochbetagte, fragile Bewohner und Bewohnerinnen, die an verschiedenen Behandlungsbedürftigen und chronischen Krankheiten gleichzeitig leiden (Multimorbidität).

Es gibt Alters- und Pflegeinstitutionen, welche mit ambulanten Dienstleistungen von Physio- und Ergotherapie die Vor- und Nachsorge im Sinne der geschlossenen Behandlungskette anbieten. Für solche Domizilbehandlungen braucht es ein erweitertes Berufsverständnis, weil das ganze Umfeld in die Behandlung mit einbezogen werden muss. Coaching, Beratung und Prävention spielen dabei genauso eine wichtige Rolle wie eine gute Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringenden.

Das Anforderungsprofil an Physiotherapeutinnen, die in Alters- und Pflegeinstitutionen arbeiten, ist durch diese Entwicklungen komplexer geworden (siehe Berufsbild unten).

3. Berufsbild Physiotherapie in der Geriatrie

Die physiotherapeutische Arbeit in der Geriatrie bedingt, nebst den 'handwerklichen' Fähigkeiten und dem Grundwissen über Physiotherapie, gerontologische Kenntnisse, spezialisierte Weiterbildungen und Erfahrungswissen.

Für die Arbeit mit älteren und hochbetagten Menschen ist es zentral, sich mit dem Altern und Sterben auseinanderzusetzen und die eigenen, sich immer wieder verändernden, Altersbilder zu reflektieren. Kommunikative Fähigkeiten, die den Zugang zu Menschen mit eingeschränkten Hirnfunktionen und zu ihren Angehörigen auch unter erschwerten Bedingungen erlauben sind wichtig. Ebenso die Fähigkeit, die Ressourcen und Kompetenzen der älteren Menschen zu erfassen und in die Behandlung mit einzubeziehen.

Physiotherapeutinnen arbeiten wirksam (d.h. adäquate Behandlungen mit überprüfbaren Ergebnissen), nachhaltig, alltagsorientiert und gehen auf die Bedürfnisse, Eigenheiten und Möglichkeiten der betroffenen Menschen ein.

Die Bereitschaft mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens zu Gunsten der betroffenen Menschen zusammen zu arbeiten ist genauso bedeutend wie vertieftes Wissen über die Auswirkungen der Alterungsprozesse, die altersspezifische Krankheiten, die Probleme und Folgen der Multimorbidität und deren physiotherapeutischen Behandlungen. Dazu gehören auch die Kenntnisse der Risikofaktoren, der Grundlagen und Möglichkeiten der Prävention und der Gesundheitsförderung im Alter.

Die Fachgruppe Physiotherapie in der Geriatrie FPG GPG hat ein Berufsprofil Physiotherapie in der Geriatrie erarbeitet (<http://www.sgg-ssg.ch/cms/media/fpg/BerufsprofilOkt09.pdf>).

Leistungsangebot

Die Angebote sind in alphabetischer Reihenfolge aufgelistet und geben einen Einblick in die vielfältige physiotherapeutische Arbeit:

<ul style="list-style-type: none"> • Aktive und passive Bewegungstherapie • Atmungstherapie • Beratung von pflegenden Angehörigen • Cognitiv-motorisches Training (CMT) • Geriatrische Rehabilitation • Haushaltstraining und Anpassung im Wohnumfeld • Hilfsmittelabklärungen und -anpassung • Kurse in Sturzprävention, Gangsicherheit, etc. • Kurse in Sturzprävention, Gansicherheit, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manuelle Therapietechniken • Neurotraining • Physikalische Therapie (z.B. Wärme- oder Kälteanwendungen) • Physiotherapeutische Lymphologie • Schulung/Coaching von anderen Fachpersonen bei komplexen Mobilisationssituationen • Spezifische Weichteiltechniken • Sturzrisikoerfassung und -prävention • Je nach Alters- und Pflegeinstitutionen Fortbildungen für Pflegefachpersonen, z.B. in Kontraktur-prophylaxe, gesundheitsförderndem Verhalten bei Transfersituationen
---	--

4. Ziele

Die Ziele der Physiotherapie in Alters- und Pflegeinstitutionen sind es den alten Menschen ein Leben in möglichst hoher Lebensqualität zu ermöglichen. Auf der Funktionsebene bedeutet dies eine optimale körperliche Leistungsfähigkeit und Schmerzarmut, auf der Aktivitätsebene das Erreichen der gewünschten Selbständigkeit.

Die Schwerpunkte der physiotherapeutischen Behandlung sind je nach Diagnosen und Gesundheitszustand der alten Menschen verschieden. In der geriatrischen Rehabilitation sind die Ziele das Wiedererlangen von Beweglichkeit, Kraft, Mobilität, Gangsicherheit und Selbständigkeit (z.B. nach einer Schenkelhalsfraktur). In der Palliative Care und der Demenzbetreuung liegen die Schwerpunkte auf der Schmerzbehandlung, der Atmungstherapie, der Beweglichkeits- und Aktivitätserhaltung im Alltag (z.B. selbständige Mobilität auf der Wohngruppe).

Immer mehr Menschen kehren nach einer Zeit in der Institution wieder nach Hause zurück. Hier sind die Wohnungsabklärung, sowie eine gezielte Nachbehandlung im gewohnten Umfeld wichtig. Die Vernetzung mit anderen Dienstleistungserbringern (Hausärzte, Spitex, etc.) gilt es sicherzustellen.

Im Zentrum der täglichen Arbeit stehen immer die Bewohnerinnen und Bewohner. Erweiterte Zielsetzungen sind die Beratung von Mitarbeitenden, Studierenden und Angehörigen.

5. Beschreibung möglicher Arbeitsmodelle

Physiotherapeutinnen arbeiten auf unterschiedliche Arten mit Institutionen zusammen:

1. Physiotherapeutinnen arbeiten als Angestellte der Institution:

Komplexe Mobilitätssituationen gemeinsam mit der Pflege gestalten, der Support bei der Hilfsmittelanpassung, die Teilnahme an Angehörigen- und/oder Zielgesprächen, gemeinsame Fortbildungen, interprofessionelle Projekte (z.B. Sturzprophylaxe, Schmerzbehandlung) können unkompliziert angegangen werden. Die erbrachten KVG-Pflicht-Leistungen werden den Krankenkassen / Unfallversicherungen via Einzelleistungsabrechnung oder über die AATP-Pauschale (Arzt-, Arzneimittel-, Therapie- und Pflegematerialkosten) verrechnet. Die ungedeckten, d.h. von den Versicherungen nicht gedeckten Leistungen, finanziert die Institution, bzw. deren Trägerschaft via Leistungsvereinbarung. Die Bewohner und Bewohnerinnen, ihre Angehörigen und das interprofessionelle Team profitieren von der vernetzten, enge Zusammenarbeit. Behandlungsziele werden gemeinsam besprochen und umgesetzt. So erreicht die Behandlung und Betreuung ein hohes Qualitätsniveau. Die Institution kann für sich Nutzen aus dem Fachwissen der Physiotherapeutinnen im Bereich der Gesundheitsförderung des Personals (Ergonomie am Arbeitsplatz, rückschonendes Arbeiten, etc.) ziehen.

Die kurzen Kommunikationswege erleichtern sowohl die interdisziplinäre (mit Ergo-, Aktivierungs-, Kunst-, Musiktherapie und Logopädie) wie auch die interprofessionelle (mit Pflege, Case/Care-Management und Ärzten) Zusammenarbeit.

2. Selbständige oder von Institutionen angestellte Physiotherapeutinnen kommen von auswärts:

Diese Physiotherapeutinnen sind nur punktuell, bei Bedarf anwesend. Die Zusammenarbeit ist dadurch herausfordernder, da sie nur für die im Tarifvertrag vorgesehenen Leistungen bezahlt werden. Es darf z.B. keine Wegpauschale verrechnet werden, so dass es für viele Physiotherapeutinnen nicht wirtschaftlich ist Menschen in einer Institution zu behandeln. Gemäss einer kleinen Umfrage bei Mitgliedern der Fachgruppe Physiotherapie in der Geriatrie zeigen sich folgende Herausforderungen: Fehlende Information, wenn eine Patientin krank oder abwesend ist, ungenügende Integration der Physiotherapeutin ins Behandlungsteam, unklare Zuständigkeiten von Seite der Pfl-

ge, Instruktionen (z.B. Bandagieren, Spastizität lösen, Transfertechniken usw.) werden im Pflorgeteam nicht weiter gegeben.

3. **Selbständige Physiotherapeutinnen führen ihre Praxis in den Räumlichkeiten der Institution:**

Hier werden sowohl Patienten und Patientinnen der Institution, wie auch Auswärtige behandelt. Der Zeitaufwand für den Weg entfällt und die Kommunikationswege sind kürzer. Die Zusammenarbeit bleibt jedoch eine Herausforderung, da die Leistungen für eine zielführende interprofessionelle Zusammenarbeit nicht finanziert werden und das Terminplanung in der Praxis nicht immer genügend Spielraum dazu lässt.

6. **Empfehlung an die Institutionen und ihre Trägerschaften**

1. Die Institutionen informieren die behandelnde Physiotherapeutin frühzeitig darüber, wenn ein Behandlungstermin nicht stattfinden kann (z.B. telefonisch oder per Mail).
2. Die Institutionen klären mit den Physiotherapeutinnen zusammen die Kommunikationswege und Zuständigkeiten. Die Institution, resp. ihre Trägerschaft kann (wenn keine Physiotherapeutinnen angestellt werden können) die Zusammenarbeit mit den auswärtigen Physiotherapeutinnen fördern, in dem sie gemeinsame Kommunikationsgefässe (Fallgespräche, Pflegefachgespräche in speziellen Situationen, etc.), gemeinsame Projekte oder Fortbildungen ermöglicht. Diese Zusammenarbeit könnte den Physiotherapeutinnen von der Institution im Hinblick auf die Qualitätssteigerung der Institution bezahlt werden. Für die Weg-/ Zeitpauschale sollten Tarife ausgehandelt werden.
3. Die Institutionen fördern die Kenntnisse über die Berufskompetenzen anderer Fachpersonen oder Organisationen. Dadurch verändert sich die Haltung zu Gunsten eines hohen Patientennutzens vom Konkurrenz- zum Kooperationsdenken.
4. Die Aus- und Weiterbildung in Integrierter Versorgung ist erstrebenswert und sollte bei Fortbildungsprogrammen der Institutionen berücksichtigt werden. So könnten regional vorhandenen Organisationen (Pflege- und Alterszentren, Spitex, Pro Senectute, Pro Infirmis, Sozialdienst der Gemeinden, Case & Care Management von Institutionen, etc.) ihre Dienste bekannt machen und miteinander verknüpfen.
5. Die Institutionen setzen sich zusammen mit den Versicherern, den Trägerschaften und physioswiss für ausreichende finanziellen Rahmenbedingungen ein:
 - Tarife sind so zu gestalten, dass sie der Komplexität der Anforderungen in der Geriatrie Rechnung tragen
 - Physiotherapeutinnen sind für ihre vielseitigen Dienstleistungen angemessen zu bezahlen, d.h. die Tarifstruktur wird entsprechend angepasst.

7. Zum Schluss

Mit dem Willen und dem Mut aller Beteiligten zu Veränderungen kann die medizinische und therapeutische Behandlung in Alters- und Pflegeinstitutionen zu Gunsten der älteren Menschen erleichtert, verbessert und optimiert werden.

8. Literaturangaben und -empfehlungen

- [Physiotherapie im Wandel](#) (2011) Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP SSPS. Physiotherapie im Pflegezentrum (M. Nagel)
- [Das neue Berufsprofil Physiotherapie in der Geriatrie](#) (2009) Fachgruppe Physiotherapie in der Geriatrie FPG GPG

9. Downloads

Berufsbild Physiotherapie (2009) Schweizerischer Physiotherapie Verband
www.physioswiss.ch

Sturzprävention Rheumaliga
www.rheumaliga.ch/Sturzpraevention

10. Links

Berufsverband
www.physioswiss.ch/

Fachgruppe Physiotherapie in der Geriatrie FPG GPG
www.phsio-geriatrie.ch

Ausbildungsmöglichkeiten Physiotherapie
www.physioswiss.ch/swiss/grundausbildung.htm

Juni 2015

SEINEN ALLTAG MEISTERN

ERGOTHERAPIE BEI AELTEREN MENSCHEN



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: Iris Lüscher, Präsidentin Ergotherapeutinnen-Verband Schweiz EVS/ASE,
evs-ase@ergotherapie.ch

Copyright Titelbild: Ergo Schweiz (www.ergotherapie.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. Ergotherapie – für wen?	4
2. Was bietet die Ergotherapie an?	4
3. Kostenübernahme/Finanzierung	4
4. Ergotherapie als Grundangebot des Heimes / der Institution	5
5. Ergotherapie in der Institution durch ambulante Ergotherapeuten	5
6. Zukunftsvision, Empfehlungen und Wünsche	6
7. Informationen zur Ausbildung	6
8. Informationen zur Ausbildung	7
9. Links zu den Fachhochschulen	7
10. Weiterführende Informationen / Links	7

1. Abstract

Ergotherapie stellt die Handlungsfähigkeit des Menschen in den Mittelpunkt. Sie trägt zur Verbesserung der Gesundheit und zur Steigerung der Lebensqualität bei. Sie befähigt Menschen, an den Aktivitäten des täglichen Lebens teilzuhaben.

2. Ergotherapie – für wen?

Ein fortgeschrittenes Alter bringt körperliche, psychische und soziale Veränderungen mit sich, die sich auf das tägliche Leben auswirken. So kann es plötzlich Schwierigkeiten bereiten, zu sich selber oder anderen zu schauen, sein Zuhause aufzuräumen, eine Fernsehsendung zu verfolgen, aus dem Haus zu gehen oder bei einem Bankomaten Geld abzuheben. Es können auch Ängste auftreten wie das Gefühl, die Kontrolle über seine Zukunft zu verlieren. Diese Schwierigkeiten können in Zusammenhang stehen mit einem Kräfte- oder Sensibilitätsverlust, einem Verlust an Beweglichkeit, Sehstörungen, kognitiven Störungen, Demotivation oder chronischen Schmerzen. Auch kann es sein, dass die bauliche Umgebung oder das Zuhause nicht mehr den eigenen Möglichkeiten entsprechen.

3. Was bietet die Ergotherapie an?

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten verfügen über die notwendigen Fachkenntnisse, um gemeinsam mit den von Erkrankung, Behinderung oder Unfall betroffenen Personen, ihrem Umfeld und den involvierten Institutionen individuelle Lösungen zu finden, welche die Alltagsbewältigung verbessern und auftretende Schwierigkeiten in der Betätigung reduzieren.

Die Ergotherapie bietet:

- Training der alltagsrelevanten körperlichen, kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten
- Zusammenarbeit mit dem unterstützenden Umfeld (z.B. Angehörige, Ärzte, Pflege, Therapien), um eine optimale Begleitung des Menschen in seinem individuellen Alltag zu erreichen
- Beratung und Unterstützung bei der Anpassung der Wohnumgebung sowie der Wahl der Hilfsmittel
- Beratung und Umsetzung angepasster Gruppenaktivitäten
- Beratung und Umsetzung von Präventionsmassnahmen, zum Beispiel Sturz- oder Schmerzprävention
- Beratung und Umsetzung gesundheitsfördernder Aktivitäten welche die Lebensqualität steigern
- Beratung und Instruktion der unterstützenden Bezugspersonen bei der Lagerung von Menschen mit stark eingeschränkter Mobilität

Indem sie sich auf jene Tätigkeiten konzentrieren, welche die betroffene Person als wichtig erachtet, unterstützen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ältere Menschen dabei, ihren Alltag besser zu meistern und erhöhen damit deren Lebensqualität.

Über die Wirksamkeit der Ergotherapie bei Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz wurde 2013 ein ausführlicher Bericht erstellt → [Link HTA-Bericht](#). Dabei kommen die Autoren zum Schluss, dass ein individualisiertes, ergotherapeutisches Programm einen wichtigen Beitrag zur Reduktion von anfallenden Kosten, sowie des medizinisch-pflegerischen Aufwandes leisten kann. Richtig eingesetzt verbessert die Therapie Lebensqualität und den Gemütszustand von Demenzkranken, so die Wissenschaftler. Damit die Therapiemaßnahmen erfolgreich sind, müssen sie an die jeweiligen Bedürfnisse des Patienten angepasst werden. So trägt die Ergotherapie unter Umständen dazu bei, dass Demenzkranke bis zu eineinhalb Jahre später ins Heim kommen. Dem HTA-Bericht zufolge können ergotherapeutische Maßnahmen gegebenenfalls den medizinisch-pflegerischen Aufwand reduzieren. So kann das Funktions- und Fertigkeitstraining in Kombination mit anderen Verfahren den Gesundheitszustand und die Stimmung verbessern. Die kognitive Stimulation verzögert den geistigen Abbau bei leichter bis mittlerer Demenz. Die sensorische Stimulation fördert zum Beispiel das Sozialverhalten. Laut Bericht wirken sich nachweisbar ergotherapeutische Verfahren positiv auf unterschiedliche Lebensbereiche von Patienten/Bewohnern aus.

4. Kostenübernahme/Finanzierung

Ärztlich verordnete Ergotherapie wird durch die Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung finanziert.

Für zusätzliche Dienstleistungen der Ergotherapie wie Beratung und Umsetzung von Präventionsmassnahmen oder Beratungen betreffend gesundheitsfördernden Massnahmen in einem Heim müssen individuelle Vereinbarungen getroffen werden.

5. Ergotherapie als Grundangebot des Heimes / der Institution

Ergotherapie findet vor allem in den Bereichen der geriatrischen Rehabilitation und/oder Akut- und Übergangspflege ihre Einsatzmöglichkeiten. In der Deutsch- und Westschweiz ist der Einbezug der Ergotherapie in den Heimen nicht einheitlich und wird sehr unterschiedlich gehandhabt, im Tessin hat die Ergotherapie in allen Alters- und Pflegeheimen ihren Platz und gehört zum Grundangebot.

Durch die direkte Integration der Ergotherapie im Grundangebot eines Heimes, wird die so wichtige interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzten, Pflegefachpersonen, Therapeuten, Sozialdiensten und Weiteren mittels gemeinsam geführten Dokumentationen, Rapporten und/oder Fallbesprechungen sichergestellt und ein gemeinsames Vorgehen zu Gunsten der Bewohnerinnen findet Anwendung.

6. Ergotherapie in der Institution durch ambulante Ergotherapeuten

Da nicht jedes Heim / jede Institution über ein internes Ergotherapie-Angebot verfügt, werden häufig ambulante Ergotherapeuten aufgeboden. Diese führen die ergotherapeutische Behandlung im jeweiligen Heim / jeweiligen Institution durch. Die ambulanten Ergotherapeuten haben die Möglichkeit, via Bezugsperson der BewohnerInnen oder gemeinsamen Dokumentationen wichtige Informationen gegenseitig austauschen. Dieser Austausch wird als entscheidender Beitrag bei der Erreichung der Ziele von älteren Menschen erachtet und wird deshalb sehr angestrebt. Zum Beispiel sind dadurch wichtige erlernte Strategien im Alltag, welche möglichst einheitlich ausgeführt werden sollten, nachhaltig umzusetzen.

7. Zukunftsvision, Empfehlungen und Wünsche

Ergotherapeuten sehen einen grossen Bedarf an primär-präventiven und gesundheitsfördernden Programmen für ältere Menschen ab 60+, z.B. mit den Themen Gelenkschutzinstruktion, Haus-/Wohnungsabklärungen, Sturzprävention oder Transitions-Management (Lebensübergang in die Pension). Diese Programme können durch Ergotherapeuten von den jeweiligen Heimen/ Institutionen für BewohnerInnen, Angehörige und Mitarbeitende als Dienstleistung angeboten werden.

Bei der Planung und Umsetzung von Gruppenangeboten, sowie beim Planen von baulichen Massnahmen kann die Expertise der Ergotherapie einen zusätzlichen und wertvollen Impuls geben. Diese Leistungen sind KVG-unabhängig, die Finanzierung dieser wichtigen Leistungen müsste deshalb separat geregelt werden.

Als Ergotherapeuten wünschen wir uns, dass wir zu einem festen Bestandteil der ganzheitlichen Betreuung in Heimen und Institutionen gehören. Wir sind auf die aktive Kontaktaufnahme von Ärzten und Pflegefachpersonen angewiesen. Wir wünschen uns eine bestmögliche interprofessionelle Zusammenarbeit aller Akteure eines Alters- und Pflegeheimes (Pflegefachpersonal, Haus-/Heimarzt, Physiotherapeut, Aktivierungstherapeut...), dies um dem Bewohner, der Bewohnerin die bestmögliche therapeutische Betreuung zukommen zu lassen und die Lebensqualität der Bewohner so verbessern zu können. Eine Abklärung durch die Ergotherapie kann Potenziale, Möglichkeiten, sowie Grenzen aufzeigen. Die gezielt eingesetzte Ergotherapie kann den Alltag von Menschen positiv verändern. Wenn beispielsweise aufgrund einer Erkrankung das Ankleiden zum Problem wird, kann innerhalb der Ergotherapie die gewohnte Durchführung evaluiert und je nach Bedarf angepasst werden, den Ablauf in der Situation trainiert sowie eine Anleitung (schriftlich, bildlich) erstellt werden. Die Ergotherapie befähigt also Menschen, die für sie wichtigen Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst selbständig durchführen zu können.

Da zum Alltag von BewohnerInnen immer auch die Pflegefachpersonen dazu gehören ist eine aktive Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen, z.B. beim Umsetzen von Strategien, äussert sinnvoll und notwendig. Gerne bringen wir uns aktiv in diese Zusammenarbeit ein und tragen mit unserem Fachwissen zur ganzheitlichen Betreuung/Behandlung von älteren Menschen bei.

8. Informationen zur Ausbildung

Die Ausbildung in Ergotherapie findet als dreijähriges Vollzeitstudium an einer der drei mit Link erwähnten Fachhochschulen statt. Es führt zu einem Bachelor of Science in Ergotherapie. Etwa zwei Drittel der Ausbildung finden an der Schule statt, ein Drittel in Form von Praktika in ergotherapeutischen Arbeitsfeldern.

9. Links zu den Fachhochschulen

- [ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften](#)
- [Haute école de travail social et de la santé - Vaud](#)
- [SUPSI Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana](#)

10. Weiterführende Informationen / Links

[ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz](#)

Homepage

[Gesetzliche Grundlagen der Ergotherapie](#)

Link zu Pdf-Dateien

[Habermann, C. \(Ed.\). \(2005\). Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie. Georg Thieme Verlag](#)

Fachliteratur

[HTA-Bericht, Volltext](#)

Pdf-Datei

[Verordnung Ergotherapie](#)

Pdf-Datei

Da das Dienstleistungsangebot der Ergotherapie in der Geriatrie den jeweiligen Bedürfnissen angepasst wird, erhebt dieser Bericht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Kontakt: evs-ase@ergotherapie.ch

Juni 2015

ETHISCHE PERSPEKTIVEN

IN DER MEDIZINISCHEN UND THERAPEUTISCHEN VERSORGUNG IN
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. Heinz Rügger MAE, Theologe/Ethiker/Gerontologe, wissenschaftlicher Mitarbeiter
am Institut Neumünster

Copyright Titelbild: Martin Glauser, www.martinglauser.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. Grundvoraussetzungen medizinisch-pflegerischen Handelns	4
3. Prinzip der Patientenautonomie	4
4. Fürsorgeprinzip	5
5. Gerechtigkeitsprinzip	6
6. Palliative Care	6
7. Entscheidungsverfahren	6
8. Dokumentation und Verschwiegenheitspflicht	6
9. Einbezug ethischer Fachkompetenz	7
10. Empfehlungen	
Anhang	

1. Abstract

Weil hochaltrige Bewohnerinnen von Alters- und Pflegeheimen eine besonders verletzte und von fremder Hilfe abhängige Personengruppe darstellen, ist eine sensible Wahrnehmung ethischer Aspekte in der Pflege und Betreuung in Heimen besonders wichtig. Zentrales Prinzip ist dabei die Patientenautonomie. Diese gilt auch in Situationen fehlender Urteilsfähigkeit: In diesem Fall ist das sorgfältige Eruiieren des mutmasslichen Willens der betroffenen Person zentral. Verzicht auf Leidensverlängerung durch Übertherapie sowie ein differenzierter Einsatz von Optionen Passiver Sterbehilfe (Verzicht auf lebensverlängernde Interventionen) sind wesentliche ethische Anliegen. Die Letztentscheidung über die durchzuführende Behandlung liegt nicht bei der zuständigen Ärztin, sondern bei der betroffenen Person selbst oder im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit bei der vertretungsberechtigten Person gemäss der in Art. 378 (+ 381) ZGB festgehaltenen Kaskade. Als Teil ihrer Qualitätssicherung ist es Aufgabe von Alters- und Pflegeheimen, an einer Kultur differenzierter ethischer Entscheidungsfindung zu arbeiten.

2. Grundvoraussetzungen medizinisch-pflegerischen Handelns

Soll in Alters- und Pflegeheimen eine angemessene Versorgung in den Bereichen Medizin, Pflege und Betreuung sichergestellt werden, bedarf es dazu neben einer adäquaten Infrastruktur und fachlich gut ausgebildetem Personal auch einer Kultur des menschlichen Umgangs, die im Respekt vor der unverlierbaren Würde jedes Menschen, und sei er noch so multimorbid, dement, persönlichkeitsverändert und in seinem Verhalten herausfordernd, gründet. Eine solche Kultur orientiert sich an der einzigartigen Persönlichkeit, am autonomen Willen und an den Bedürfnissen des Heimbewohners.

Als Grundvoraussetzung gilt in Anlehnung an die vier biomedizinisch-ethischen Prinzipien von T. L. Beauchamp & J. F. Childress: Jede Heimbewohnerin soll im Rahmen der zur Verfügung stehenden Ressourcen diejenige medizinisch-pflegerische und betreuende Unterstützung erhalten,

- die ihre Lebensqualität optimal fördert (Fürsorgeprinzip in seiner doppelten Gestalt als Nonmalefizenz- und als Benefizienzprinzip: nicht schaden/Gutes tun),
- der sie zustimmen kann (Autonomieprinzip im Sinne der informierten Zustimmung)
- und die jeder anderen Person in der gleichen Situation ebenfalls zustehen würde (Gerechtigkeits- oder Nichtdiskriminierungsprinzip).

Weil hochaltrige Bewohnerinnen von Alters- und Pflegeheimen eine besonders verletzte und von fremder Hilfe abhängige Personengruppe darstellen, ist eine besonders sensible, selbstkritische Wahrnehmung ethischer Aspekte in der Praxis von Pflege und Betreuung besonders wichtig.

3. Prinzip der Patientenautonomie

Medizinisch-pflegerische Versorgung in Heimen richtet sich nach dem Prinzip der Patientenautonomie. Das heisst: Die Behandlung eines urteilsfähigen Bewohners ist nur ethisch verantwortbar und rechtlich zulässig, wenn sie mit dessen Zustimmung erfolgt. Grundsätzlich darf jede medizinische Intervention abgelehnt werden. Eingefordert werden kann jedoch im Sinne der Patientenautonomie nur, was medizinisch indiziert ist und den Regeln der medizinischen und pflegerischen Kunst entspricht.

Der Anspruch auf Respekt vor der Selbstbestimmung jedes Menschen ist normativ, also an keine empirischen Bedingungen geknüpft, und gilt auch dann, wenn jemand nicht mehr fähig ist, selbst für sich zu entscheiden. In einem solchen Fall von Urteilsunfähigkeit gilt der mutmassliche Wille einer Heimbewohnerin als verbindlicher Orientierungsmassstab für die medizinische Versorgung. Er ist in einem sorgfältigen Verfahren unter Einbezug aller relevanten Bezugspersonen und unter Berücksichtigung auch averbaler Kommunikationssignale der betroffenen Person selbst zu eruieren.

Angesichts der zunehmenden Zahl hochaltriger, urteilsunfähiger Heimbewohner ist das sorgfältige Eruieren des mutmasslichen Willens der betroffenen Personen eine besondere Herausforderung. Dabei spielt das Instrument einer Patientenverfügung eine wesentliche Rolle (vgl. Art. 370-373 ZGB). Solche Vorausverfügungen sind verbindlich,

- sofern sie in urteilsfähigem Zustand und ohne äusseren Zwang erstellt wurden,
- nichts einfordern, was gesetzlich verboten oder medizinisch nicht indiziert ist,
- keine Indizien dafür vorliegen, dass die betroffene Person ihren Willen nach Abfassung der Verfügung wieder geändert hat.

4. Fürsorgeprinzip

Medizinisch-pflegerische Behandlung und Betreuung in Heimen orientiert sich am Wohl und an der Lebensqualität der Bewohner: was ihnen schadet, soll nach Möglichkeit vermieden, was ihnen dient, getan werden. Dabei sind zuweilen im Blick auf konkrete Interventionen Nutzen-Schaden-Abwägungen vorzunehmen. Es können sich auch Dilemma-Situationen ergeben, in denen unterschiedliche ethische Ansprüche in Spannung zueinander stehen, etwa der Anspruch einer Bewohnerin auf Freiheit einerseits, auf Sicherheit andererseits. In solchen Situationen ist eine sorgfältige Güterabwägung zwischen den verschiedenen Ansprüchen durchzuführen, ohne die Spannung einseitig zugunsten des einen Wertepols aufzulösen.

Fürsorge (Care) geht von einem mehrdimensionalen Menschenbild aus, weil Lebensqualität immer gleichzeitig von unterschiedlichen Faktoren abhängt: somatischen, psychischen, kognitiven, sozialen, spirituellen, kulturellen. Welchen Faktoren in einer bestimmten Situation welches Gewicht zukommt, bestimmt der Heimbewohner selbst. Es gilt immer: Fürsorge richtet

sich an den Bedürfnissen und Prioritäten der betroffenen Person aus und orientiert sich dementsprechend am Prinzip der Patientenautonomie.

Dies gilt es insbesondere in den vielen Situationen zu beachten, in denen bei hochaltrigen Bewohnerinnen der Einsatz von oder der Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen zur Diskussion steht.

Grundsätzlich darf eine urteilsfähige Bewohnerin jede Behandlung ablehnen. An Grenzen stösst dieses Prinzip bei urteilsunfähigen Personen, die durch ihr Verhalten sich selbst oder Drittpersonen ernsthaft gefährden oder in einer Hausgemeinschaft zu einer schwerwiegenden Zumutung für andere Personen werden. Hier können Heime zum Beispiel Einschränkungen der Bewegungsfreiheit verfügen (vgl. Art. 383-385 ZGB). Im Falle von psychischer Störung, geistiger Behinderung oder schwerer Verwahrlosung kann auch eine fürsorgerische Unterbringung (Art. 426-429 ZGB) auf ärztliche Anordnung hin angezeigt sein.

5. Gerechtigkeitsprinzip

Menschen in Alters- und Pflegeheimen haben prinzipiell den gleichen Anspruch auf angemessene medizinisch-pflegerische Versorgung wie andere Patientengruppen. Rationierung medizinisch indizierter Leistungen allein aus Altersgründen wäre diskriminierend und ist deshalb nicht zulässig. Eine Demenzdiagnose ist an sich noch kein Argument gegen den Einsatz von lebensverlängernden Massnahmen.

6. Palliative Care

Allerdings spielt der Palliative Care-Ansatz in Alters- und Pflegeheimen eine zentrale Rolle, der Symptomkontrolle und Förderung der Lebensqualität bis zuletzt ins Zentrum stellt, nicht Therapie und Lebensverlängerung. Palliative Care bejaht die Endlichkeit des Lebens und setzt sich für ein möglichst friedliches Sterben von Heimbewohnern ein. Dazu gehört eine Kultur des offenen Kommunizierens über mögliche Wege des Sterbens, ein Verzicht auf Leidensverlängerung durch Übertherapie sowie ein differenzierter Einsatz von Optionen Passiver Sterbehilfe (Verzicht auf lebensverlängernde Interventionen).

Palliative Care fördert die Selbstbestimmung von Heimbewohnerinnen auch im Blick auf ihr Sterben (Autonomieprinzip) und gewährleistet eine individuelle Sterbebegleitung (Fürsorgeprinzip) als Ausdruck des Respekts vor der unverlierbaren Würde jedes Menschen auch in seiner terminalen Phase.

7. Entscheidungsverfahren

Zu einer qualitativ hochstehenden medizinisch-pflegerischen Versorgung in Heimen gehört, dass anstehende Entscheidungen unter Berücksichtigung der genannten ethischen Gesichtspunkte rechtzeitig, vorausschauend und interdisziplinär unter Einbezug der Betroffenen diskutiert werden. Die Letztentscheidung über die durchzuführende Behandlung liegt nicht bei der zuständigen Ärztin, sondern bei der betroffenen Person selbst oder im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit bei der vertretungsberechtigten Person gemäss der in Art. 378 (+ 381) ZGB festgehaltenen Kaskade.

8. Dokumentation und Verschwiegenheitspflicht

Zu einer ethisch verantwortlichen Kultur des Umgangs mit Heimbewohnerinnen gehört:

- der Respekt vor dem Anspruch jeder Person auf Privatheit
- ein diskreter, an heute gängigen Standards des Datenschutzes orientierter Umgang mit
- Personendaten,
- das Ernstnehmen der beruflichen Verschwiegenheitspflicht und
- das sorgfältige Dokumentieren des medizinisch-pflegerischen Handelns sowie von Willensäusserungen der betroffenen Person, um getroffene Entscheidungen auch im Nachhinein nachvollziehbar und kontrollierbar zu machen.

9. Einbezug ethischer Fachkompetenz

Ethik ist zwar eine eigene fachliche Disziplin, ihr Einbezug in die Praxis medizinisch-pflegerischer Versorgung in Alters- und Pflegeheimen kann aber nicht an spezialisierte, professionelle Ethikerinnen delegiert werden. Vielmehr gehören grundlegende ethische Kenntnisse und Kompetenzen zur Professionalität aller in Pflege und Betreuung involvierter Berufe. Es ist Aufgabe der Leitung einer Institution, sicherzustellen, dass ethische Kompetenz in ausreichendem Mass unter den Mitarbeitenden vorhanden ist und in der Praxis zum Tragen kommt. Das kann dadurch erreicht werden, dass regelmässig Ethik-Schulungen für die Mitarbeitenden durchgeführt werden, dass einzelne Mitarbeitende Ethik-Zusatzausbildungen absolvieren oder dass professionelle Ethikerinnen von aussen konsiliarisch, zur Moderation von interdisziplinären Entscheidungsprozessen (sog. runden Tischen) oder zur Leitung von Ethik-Kommissionen beigezogen werden.

10. Empfehlungen

- Als Teil ihrer Qualitätssicherung arbeiten Alters- und Pflegeheime an einer Kultur differenzierter ethischer Entscheidungsfindung. Diese gilt insbesondere im Blick auf Dilemma-Situationen, die eine sorgfältige Güterabwägung zwischen unterschiedlichen ethischen Prinzipien nötig machen.
- Die Heimleitung stellt sicher, dass ethische Kompetenz unter den Mitarbeitenden in ausreichendem Mass vorhanden ist oder durch Experten von aussen einbezogen werden kann.
- Es wird immer wieder selbstkritisch überprüft, ob die medizinisch-pflegerische Versorgung sich tatsächlich nach dem Willen des Heimbewohners richtet. Im Falle seiner Urteilsunfähigkeit wird sein mutmasslicher Wille eruiert und als verbindlich betrachtet. Es muss immer klar sein, wer als vertretungsberechtigte Person im Sinne von Art. 378 ZGB gilt.
- Sowohl Über- als auch Unterversorgung im Blick auf das medizinisch Indizierte und von der betroffenen Person Gewünschte widersprechen den ethischen Prinzipien der Selbstbestimmung, der Fürsorge sowie der Gerechtigkeit und sind deshalb zu vermeiden.

Anhang

Berufsethische Grundlagen-Dokumente, die den Hintergrund obiger Perspektiven bilden: Medizin-ethische Richtlinien der SAMW

- Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen (2004/2012)
- Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende (2004/2012)
- Palliative Care (2006/2012)
- Patientenverfügungen (2009/2012)
- SBK-Dokumente zu ethischen Fragen
- Ethische Standpunkte 2: „Verantwortung und Pflegequalität“ (2007)
- Ethik und Pflegepraxis (2013)

Weitere Literatur

- RISTO Karl-Heinz (2012), Was sollen wir tun? Ethik in der Altenpflege. Hannover: Vincentz
- Ethische Entscheidungsfindung in der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Eine Handreichung für alle Interessierten (2015). Bern: Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie SGG SSG
- BOCKENHEIMER-LUCIUS Gisela/DANSOU Renate/SAUER Timo (2012), Ethikkomitee im Altenpflegeheim. Theoretische Grundlagen und praktische Konzeption (Kultur der Medizin, Bd. 31). Frankfurt: Campus
- HEINEMANN Wolfgang (2010), Ethikberatung in der stationären Altenhilfe. Organisierte Verantwortung für ein Altern in Würde, in: W. Heinemann/G. Maio (Hg.), Ethik in Strukturen bringen. Freiburg: Herder, 159-199

Mai 2015

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