



«Die Probleme sind nicht neu»

Vor drei Jahren war die Schweiz im Lockdown. Die stationäre Langzeitpflege sah sich mit grossen Herausforderungen konfrontiert, die über die Pandemie hinausweisen. Eine Expert:innenkommission zeigt Massnahmen auf, damit Bewohnende dank einer guten interprofessionellen Versorgung eine hohe Lebensqualität geniessen können. Die «Krankenpflege» hat mit drei Mitgliedern der Kommission gesprochen.

Interview: Martina Camenzind

Was geschah in den Pflegeheimen, nachdem der Lockdown verhängt worden war?

Gabriela Bieri-Brüning: Wir, die Gesundheitszentren für das Alter der Stadt Zürich, sind gross und waren daher privilegiert: Wir haben viele Fachleute, ein eigenes ärztliches Team und eine lange Zusammenarbeit mit der Infektiologie des Stadthospitals. Trotzdem war es eine absolute Herausforderung. Die meisten Langzeitpflegeinstitutionen kamen in wirklich schwierige Situationen. Als man realisierte, dass es viele Ansteckungen in den Heimen gab, bestand die Angst, dass die Spitäler mit positiven Heimbewohner:innen «überschwemmt» würden. Stossend war, dass in den Spi-

tälern am Anfang nur einzelne Abteilungen überfordert waren und anderswo Kurzarbeit eingeführt wurde, während wir völlig überlastet waren. Es war aber nicht möglich, Fachpersonal zu bekommen, auch wenn auf individueller Ebene die Hilfsbereitschaft sehr gross war. Im Verlauf der Zeit wurde es besser, aber es dauerte bis September, bis das BAG Empfehlungen für die Heime herausgab.

Heime sind Lebensorte. Die Menschen wurden wegen der Massnahmen von ihrem Umfeld abgeschnitten.

Franziska Zúñiga: Angehörige konnten nicht mehr zu Besuch kommen. Umso grösser war der Aufwand, sie zu begleiten und den Kontakt aufrechtzuerhalten.

Es stellten sich neue Fragen wie «Haben wir Tablets, um den Kontakt zu ermöglichen? Wer unterstützt Menschen mit Demenz im Umgang damit?» Das Einrichten von Besuchsboxen, der Umgang mit Palliativsituationen: Das waren grosse ethische Herausforderungen. Es ist viel Ungutes passiert, dass zum Beispiel das Abschiednehmen nicht möglich war. Dazu kamen Fragen rund um gesundheitliche Vorausplanung oder den Einbezug der Bewohnenden in die Entscheidungsfindung. Es wurde ein stark medizinischer Fokus gesetzt.

Bieri: Zum Teil waren die Massnahmen zu strikt. Das ist teilweise verständlich, da man vor dem Virus Angst hatte und es in der ersten Welle eine Sterblichkeit von 40 Prozent gab. Diese Situation war gerade nicht geeignet, um gesundheitliche Vorausplanung zu besprechen. Darüber sollte man reden, wenn entsprechende Massnahmen weit weg sind.

Klaus Bally: In Basel-Stadt werden die Bewohnenden von ihren angestammten Hausärzt:innen betreut. Zu Beginn der Pandemie konnten einige Hausärzt:innen aus verschiedenen Gründen keine Heimbesuche machen, unter anderem weil sie selbst zur Risikogruppe gehörten. Dass es in den meisten Heimen für übergeordnete Fragestellungen epidemiologischer, aber auch ethischer Natur keine Hausärzt:in als Ansprechperson gab, erwies sich als grosser Nachteil. Es ist verständlich, dass Bewohner:innen auch im Heim von ihren angestammten Hausärzt:innen betreut werden möchten. Darüber hinaus muss aber eine eigentliche heimärztliche Unterstützung etabliert werden, zur Sicherstellung einer gewissen Kontinuität und ärztlichen Präsenz und auch einer geriatrischen Expertise. Nicht nur für Krisensituationen, auch für



«Viel Ungutes passiert» – die Covid-19-Pandemie akzentuierte die bestehenden Probleme der medizinischen und pflegerischen Versorgung in den Langzeitpflegeinstitutionen.

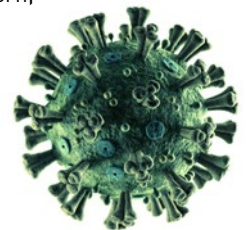
Lessons learned aus der Pandemie

Eine nationale Expert:innenkommission aus 40 Fachpersonen hat auf Anregung von Mitgliedern der wissenschaftlichen Covid-19-Taskforce die Herausforderungen für die stationäre Langzeitpflege diskutiert. Die Mehrheit der erkannten Herausforderungen sind struktureller Art und seit Jahren bekannt. Die Kommission hat die Herausforderungen analysiert, Handlungsfelder definiert und entsprechende Empfehlungen formuliert.

Der Bericht ist verfügbar auf www.bioethics.ch/sgbe/artikel

Wie gehen Sie in den Heimen diese Herausforderungen an?

Bieri: In Zürich ist der Bereich Pflegeheime durch angestellte Ärzt:innen geriatrisch versorgt. Dazu haben wir etwa 2000 Betten in Altersheimen, die klassisch hausärztlich versorgt sind. Wir haben aber zunehmend Schwierigkeiten mit den Krankenkassen, die uns mit unterversorgten Heimen vergleichen und fragen, weshalb es dort mit weniger ärztlicher Betreuung funktioniert. Um die Versorgung zu verbessern, braucht es sicher einen übergeordneten Arzt mit einem klaren Pflichtenheft. Wir sind daran, die Zusammenarbeit mit den Hausärzt:innen und



die alltäglichen multidimensionalen medizinischen Herausforderungen muss in den Heimen ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal zur Verfügung stehen. Schliesslich muss die Selbstbestimmung der Bewohnenden höher gewichtet werden, als das in der Pandemie geschehen ist. Die Kontaktverbote waren ein massiver Eingriff in die Persönlichkeitsrechte. Rückblickend wurden auch zu viele Menschen aus Heimen in ein Spital eingewiesen, obwohl das nicht ihrem Willen entsprach.

Inwiefern weisen die Erfahrungen mit der Pandemie auf weitere Probleme der stationären Langzeitpflege hin?

Zúñiga: Wir betonen im Bericht, dass das Problem nicht neu ist. Es war schon vorher schwierig, Leute mit Expertise resp. Pflegefachpersonen auf Tertiärstufe für die Arbeit in den Heimen zu finden. Gleichzeitig muss man auf allen Ebenen denken. Wir werden nicht genügend diplomierte Pflegefachpersonen finden. Die Frage ist also, wie wir Fachwissen auch auf Assistenzstufe und auf Stufe FaGe stärken. Wie gelingt es uns, Modelle zu haben, in denen die Diplomierten Expert:innen sind und das Team unterstützen können, um komplexe Situation zu handhaben? Es braucht in den Heimen Expert:innen für Palliative Care, Pflege von Menschen mit Demenz, aber auch Infektionsprävention. Die Arbeitsbedingungen müssen so sein, dass sie qualitativ gut arbeiten können. Aber das lassen die Finanzierungsstrukturen heute einfach nicht zu. Sie finanzieren nicht die Pflege, die es in den Heimen braucht.

Der Pflegenotstand ist das eine. Doch auch bei den Hausärzt:innen gibt es einen Mangel.

Bally: Gemäss dem «Obsan Bericht 03/22» wird Bedarf an Alters- und Langzeitpflege aufgrund der Alterung der Bevölkerung bis ins Jahr 2040 um die Hälfte (+56%) steigen. Schon jetzt besteht in ländlichen Gebieten ein Mangel an grundversorgenden Ärzt:innen, in den Städten wird es für kranke Menschen und auch für Langzeitpflegeinstitutionen zunehmend schwieriger, betreuende Hausärzt:innen zu finden. Bei tendenziell steigender Patientenzahl haben Hausärzt:innen unter dem Zeitdruck in der Praxis kaum noch Valenzen für Haus- und Heimbefuche. Zudem ist die finanzielle Abgeltung von Leistungen im Rahmen von Haus- und Heimbefuchen gemäss dem aktuellen TARMED-Tarif ausgesprochen unbefriedigend. Insbesondere Koordinationsleistungen wie Gespräche mit Pflegenden und Angehörigen, Gespräche im Rahmen einer gesundheitlichen Vorausplanung, aber auch zeitaufwendige Einsätze bei Menschen mit Demenz oder in Palliativsituationen können nach dem aktuellen Tarif nicht abgerechnet werden. Mit der Folge, dass diese Gespräche oft nicht stattfinden oder dass Menschen mangels Ressourcen gegen ihren Wunsch in ein Akutspital eingewiesen werden.

Bieri: In vielen Heimen findet nur noch eine Notfallmedizin statt. Es ist für Hausärzt:innen zu aufwendig, um regelmässige Besuche zu machen. Man interveniert nur noch, wenn der Notfall da ist, was dann häufig zu einer Hospitalisation führt.

Die Gesprächsteilnehmer:innen



Franziska Zúñiga, Prof. Dr. PhD RN, leitet den Bereich Lehre am Institut für Pflegewissenschaft (INS) der Universität Basel.



Klaus Bally, Dr. med., leitete in der Covid-Pandemie eine interprofessionelle Expert:innenkommission zur Unterstützung der Langzeitpflege in Basel-Stadt.



Gabriela Bieri-Brüning, Dr. med., ist ärztliche Direktorin der Gesundheitszentren für das Alter der Stadt Zürich, die 2021 aus dem Zusammenschluss der Alterszentren und der Pflegezentren entstanden.



der Pflege bezüglich Kommunikation besser zu strukturieren. Es gibt Hausärzt:innen, die Bewohnende nur in der Praxis sehen und die Pflege im Heim weiss nichts. Ich hatte kürzlich einen Fall, bei dem die letzte Diagnoseliste von 2018 war. Wir versuchen auch anzuregen, dass die Hausärzte Patient:innen abtauschen, damit sie pro Haus nicht nur eine oder zwei haben. Dazu sind wir am Aufbau eines geriatrischen und psychogeriatrischen Konsiliar- und Liaison-diensts, wobei der Anteil Liaison von der Pflege eher gefragt zu sein scheint. In Zusammenarbeit mit Franziska Zúñiga versuchen wir, mit APNs zu arbeiten. Das bewährt sich, ist aber nicht einfach zu finanzieren und auch hier gibt es einen Mangel. Wir profitieren wieder von unserer Grösse. Kleinere Betriebe werden nicht darum herumkommen, sich zusammenzuschliessen.

Sie haben die Punkte Kommunikation und Koordination angesprochen. Da wäre die Digitalisierung hilfreich.

Bally: Das ist einerseits eine Kultur- und andererseits eine technische Frage. Die Kulturfrage haben wir in der Corona-Pandemie erlebt: Alters- und Pflegeheime werden nicht als Institutionen der Gesundheitsversorgung wahrgenommen. In Basel gab es die groteske Situation, dass in der ersten Welle in den Spitälern viele geriatrische Spitalbetten für Covid-Patient:innen zur Verfügung gestanden wären, die Verantwortlichen in den Heimen wussten aber nichts davon. Für den Austausch Pflege – ärztlicher Dienst sind technische Lösungen erforderlich, um Medikationslisten,

Behandlungspläne, Diagnoselisten auszutauschen und auch zu modifizieren. Das geschieht aktuell mit Mails und PDF-Anhängen. Mehrheitlich sind die Systeme in den Heimen nicht kompatibel mit jenen in den Spitälern und den Hausarztpraxen. Ein effizienter elektronischer Austausch ist heute kaum möglich. **Zúñiga:** Parallel zur Digitalisierung braucht es die Stärkung der Expertise der Leute vor Ort. Es nützt nichts, wenn man einen tollen Austausch hat, aber die Pflege nicht in der Lage ist, die Informationen so zu kommunizieren, dass der Hausarzt das Vertrauen hat, auf dieser Grundlage Entscheidungen treffen zu können. Dann geht es einfach ins Spital. Es braucht vor Ort gute Skills, damit die richtigen Einschätzungen gemacht und kommuniziert werden können.

Was wäre für Sie eine Langzeitpflegerversorgung, die gut funktioniert?

Bally: Wichtig wäre ein Kontinuum und eine Vernetzung ambulant – Lanzeit – Spital stationär und eine regelmässige Kommunikation. Ideal wäre eine heimärztliche Versorgung vor Ort, die auch tagsüber und nicht nur zu Randzeiten verfügbar ist. Es darf bezüglich Angebot an ärztlicher Leistung keinen Unterschied machen, ob jemand zu Hause oder im Heim lebt. Aktuell besteht hier eine Ungerechtigkeit.

Bieri: Das ist aus meiner Sicht der wichtigste Punkt. Wir müssen dahin kommen, dass es auch in den Heimen eine gute medizinische und pflegerische Versorgung gibt. Das kostet etwas. Aktuell haben wir mit einigen Krankenkassen Probleme, die Physiotherapie nicht bezahlen wollen: «Der ist je eh schon im Heim, das macht keinen Sinn.» Ich denke auch, dass ein Heim mit 50 verschiede-

nen Hausärzt:innen nicht funktioniert. Ich stelle mir Modelle vor, in denen zum Beispiel ein Hausarzt, der die Praxis in der Nähe hat, alle zwei Wochen einen halben Tag im Heim ist und im Notfall auch einmal vorbeikommen kann. Ein weiterer Punkt, den wir festgestellt haben: Im klassischen Altersheim wird die soziale Betreuung und die Hottellerie höher gewichtet als die präventive Pflege. Insbesondere bei nicht eingestuftem (BESA 0) Bewohnenden wird ein Gewichtsverlust erst spät bemerkt. Bei geriatrisch relevanten Themen wie Mangelernährung und Sturz muss die Pflege aufmerksam sein und man muss gemeinsam präventiv arbeiten. Es fallen eher die Menschen auf, die Unruhe verursachen, während andere übersehen werden, weil sie ihre Bedürfnisse weniger äussern können.

Zúñiga: Die Heime setzen einen starken Fokus auf die Lebensqualität. Das ist gut, gleichzeitig braucht es für eine gute Lebensqualität eine gute medizinische Versorgung. Das betrifft gerade die Prävention und das Chronic Disease Management. Die Menschen sind wegen einer chronischen Erkrankung im Heim. Diese zu kennen und sorgfältig zu überwachen, ist Aufgabe der Pflege. Dazu brauchen sie Fachwissen. Wichtig ist: Geriatrie geht nur interprofessionell. Nicht nur Medizin und Pflege, sondern verschiedenste Berufe arbeiten zusammen, um die Versorgung zu gewährleisten. Für mich sieht die Zukunft so aus, dass wir Pflegeheime als Wohn- und Lebensorte so gestalten, dass jeder Beruf seinen Beitrag leisten kann, damit die Bewohnenden diesen Lebensabschnitt mit guter Lebensqualität verbringen können.



INSERAT



Universität Zürich
Institut für Rechtsmedizin



Interessiert an Forensik sowie Medizin & Recht?

Besuchen Sie unsere Website für mehr Informationen!
www.irm.uzh.ch

CAS MedLaw^{UZH}	
Forensic Imaging and Virtopsy^{UZH} <small>Certificate of Advanced Studies CAS</small>	
Forensic Nursing^{UZH} <small>Certificate of Advanced Studies CAS</small>	
Legalinspektion^{UZH} <small>Certificate of Advanced Studies CAS</small>	
Naturwissenschaftliche Forensik^{UZH} <small>Certificate of Advanced Studies CAS</small>	
Law for Medics and Health Professionals^{UZH} <small>Certificate of Advanced Studies CAS</small>	