

Medizinische Grundversorgung in den Alters- und Pflegeheimen

Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission der SAMW

Diese Stellungnahme dient dem Ziel, die Qualität der medizinischen Grundversorgung in den Institutionen der stationären Langzeitpflege für ältere Menschen zu erhöhen. Sie will gleichzeitig die Lebensqualität der Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen (APH)¹ verbessern und die APH in ihrer Arbeit unterstützen. Die Stellungnahme richtet sich an verschiedene Zielgruppen:

- private und staatliche Trägerschaften von APH;
- Leitungen von APH;
- Verbände der APH;
- FMH und deren angeschlossene Ärzteorganisationen;
- Fachgesellschaften der in APH tätigen weiteren Berufsgruppen;
- Kantone und Gemeinden als Aufsichtsbehörden von APH;
- nationale und kantonale Bildungsinstitutionen;
- Tarifpartner;
- Bund;
- politische Verantwortungsträger.

Folgende Institutionen unterstützen die Stellungnahme

Die Stellungnahme wird vom Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) und dem Schweizer Berufsverband für Pflegefachpersonal (SBK) unterstützt.



¹ Im vorliegenden Text wird der Begriff Alters- und Pflegeheime (APH) für Institutionen der stationären Langzeitpflege verwendet. Die Stellungnahme bezieht sich nur auf Institutionen der Alterspflege, nicht auf Institutionen für jüngere betreuungsbedürftige Menschen mit Behinderungen.

I. Hintergrund

A. Aktuelle Situation in den APH der Schweiz

Im Jahr 2022 lebten in der Schweiz insgesamt 160'624 Personen in einem APH.² 62% aller Menschen verbringen ihr letztes Lebensjahr ganz oder teilweise im APH.³ Gemäss Prognosen wird sich der Anteil der über 80-jährigen Menschen bis im Jahr 2040 verdoppeln. Für die stationäre Betreuung von pflegebedürftigen Menschen müssten gemäss diesen Schätzungen bis 2040 ca. 900 zusätzliche APH mit insgesamt 50'000 Plätzen geschaffen werden.⁴

Bewohnende von APH sind ein sehr verletzlicher Teil unserer Gesellschaft. Sie sind besonders vulnerabel aufgrund ihrer Gebrechlichkeit, einer oftmals bestehenden Urteilsunfähigkeit bei fortgeschrittener kognitiver Beeinträchtigung, aber auch ihrer Lebenssituation in einer Pflegeinstitution, die häufig der Ort ihres Sterbens ist. Angesichts der Abhängigkeit resp. Pflegebedürftigkeit ist das Schutzbedürfnis sehr hoch zu gewichten. Da diese Menschen in der Regel von mehreren chronischen Erkrankungen in einem fortgeschrittenen Stadium betroffen sind, bedürfen sie einer regelmässigen, sorgfältigen medizinischen Behandlung in enger Zusammenarbeit mit den betreuenden Pflegefachpersonen und – so vorhanden und erwünscht – mit den nahestehenden Personen.^{5, 6} Dies erfordert von allen Beteiligten einen beträchtlichen Koordinationsaufwand. Bei Urteilsunfähigkeit der Bewohnenden muss eine Vertretungsperson identifiziert werden, die deren mutmasslichen Willen und Interessen kennt und vertritt, sodass die Selbstbestimmung auch über den Verlust der Urteilsfähigkeit hinaus so weit wie möglich gewahrt bleibt.

Die im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) geregelte medizinische Grundversorgung von Bewohnenden in APH erfolgt heute grossmehrheitlich durch Hausärztinnen und -ärzte im Rahmen von Heimbesuchen in Zusammenarbeit mit den in den APH tätigen Pflegefachpersonen.^{7, 8} In städtischen Regionen übernehmen teilweise Geriaterinnen und Geriater heimärztliche Funktionen. Auch Advanced Practice Nurses (APN), Pflegefachpersonen mit einem Masterabschluss mit erweiterten Kompetenzen, können aufgrund ihres Expertinnenwissens in Kooperation mit einer Arztperson delegiert gewisse ärztliche Aufgaben im Rahmen der medizinischen Grundversorgung übernehmen.^{9, 10} Je nach Region tragen Apothekerinnen und Apotheker Verantwortung im Bereich der Medikationssicherheit. Möglicherweise werden zukünftig auch andere Berufsfachpersonen mit entsprechender Weiterbildung Tätigkeiten übernehmen, die heute zu den ärztlichen Aufgaben gehören.

Die Corona-Pandemie hat deutlich aufgezeigt, dass die Leitungen der APH über die medizinische Grundversorgung von Bewohnenden hinaus auf ärztliche Expertise angewiesen sind für Beratungen und Entscheide bezüglich übergeordneter, nicht auf einzelne Bewohnende

² Vgl. www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alters-pflegeheime.html

³ Vgl. Füglistler-Dousse S, Pellegrini S: Hospitalisierungen von Betagten im letzten Lebensjahr. Obsan Bericht 04/2021. 2021. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

⁴ Vgl. Pellegrini S, Dutoit L, Pahud O et al.: Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. Prognosen bis 2040. Obsan Bericht 03/2022. 2022. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

⁵ Wird im Text auf nahestehende Personen verwiesen, zählen dazu Familienangehörige, Lebenspartnerin/-partner, enge Freunde, Nachbarn sowie Personen in betreuender oder begleitender Funktion (z. B. die Beiständin/der Beistand, Sozialarbeiterin/-arbeiter, usw.).

⁶ Vgl. CURAVIVA Schweiz. Themendossier: Medizinische und therapeutische Versorgung in Alters- und Pflegeinstitutionen. 2015.

⁷ Art. 39 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 39 Abs. 3 KVG.

⁸ Wenn im Text von Hausärztinnen und -ärzten die Rede ist, sind Ärztinnen und Ärzte gemeint, die einzelne oder mehrere Bewohnende ohne Zusammenarbeitsvertrag mit dem APH medizinisch betreuen. Wird im Text von Heimärztinnen und -ärzten gesprochen, wird davon ausgegangen, dass diese nebst der Betreuung von Bewohnenden ärztliche Expertise für übergeordnete, nicht auf einzelne Bewohnende bezogene medizinische Aufgaben (z. B. Sicherstellung der Notfallversorgung, Beratung in Infektionsprävention und -kontrolle) bereitstellen und dass ein Zusammenarbeitsvertrag mit dem APH besteht.

⁹ Advanced Practice Nurse (APN); Nurse Practitioner (NP); Clinical Nurse Specialist (CNS).

¹⁰ Vgl. Altermatt-von Arb R, Stoll H, Kindlimann A et al. Daily practices of advanced practice nurses within a multi-professional primary care practice in Switzerland: a qualitative analysis. BMC Prim Care. 2023;24(1):26.

bezogene medizinische Aufgaben.¹¹ Diese sind auch ausserhalb einer Pandemiesituation von grosser Bedeutung.¹²

Schon jetzt besteht in ländlichen Gebieten ein Mangel an grundversorgenden Ärztinnen und Ärzten; aber auch in den Städten wird es für kranke Menschen und auch für die APH zunehmend schwieriger, betreuende Hausärztinnen und -ärzte zu finden. Die vergleichsweise wenigen in APH tätigen APN können aktuell den Mangel an grundversorgenden Ärztinnen und Ärzten nicht ausgleichen.^{13, 14} In einer Erhebung im Kanton Bern wurde die Dichte an grundversorgenden Ärztinnen und Ärzten in Vollzeitäquivalenten berechnet. Dabei konnte gezeigt werden, dass diese im Jahr 2020 bei 0,75 Vollzeitstellen/1000 Einwohnende lag. Um die entsprechende Versorgungskapazität bis ins Jahr 2025 aufrecht zu erhalten, müssten in diesen fünf Jahren im Kanton Bern je nach Berechnungsmodell 165 bis 315 ärztliche Fachpersonen eine hausärztliche Tätigkeit aufnehmen, was aktuell völlig unrealistisch ist.¹⁵ Zudem ist bei grundversorgenden Ärztinnen und Ärzten eine abnehmende Bereitschaft zu Haus- und Heimbisuchen festzustellen.¹⁶

Gespräche mit nahestehenden Personen, Visiten und Koordinationsleistungen mit Pflegenden sowie der zeitliche Aufwand im Rahmen einer Palliativbetreuung können aktuell über die ambulante ärztliche Tarifstruktur TARMED nur unzureichend abgerechnet werden.¹⁷ Das Erbringen von übergeordneten, nicht auf Bewohnende bezogene Leistungen, kann überhaupt nicht über den TARMED-Tarif abgerechnet werden. In einzelnen Kantonen übernehmen gewisse APH, teilweise mit kantonaler Unterstützung, die Honorierung derartiger übergeordneter ärztlicher Leistungen; mehrheitlich ist dies aber nicht vorgesehen.

¹¹ Vgl. Bericht des Bundesrates. «Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die ältere Bevölkerung und auf Bewohnerinnen und Bewohner in Heimen». 4. September 2024. www.news.admin.ch/news/message/attachments/89416.pdf

¹² Zu diesen übergeordneten Aufgaben gehören zum Beispiel Beratung in Infektionsprävention und -kontrolle, Übernahme von Aufgaben im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung, Umgang mit Arzneimitteln, Sicherstellung einer Notfallversorgung, Kooperation mit allen im APH tätigen medizinischen Fachpersonen, Unterstützung bei der Aufnahmeselektion, Ausarbeitung von Leitlinien und Konzepten sowie Weiterbildungen für Personal.

¹³ Vgl. Zeller A, Giezendanner S. Resultate der 4. Workforce Studie. *Primary and Hospital Care*. 2020;20(11):325–8.

¹⁴ Vgl. Jörg, R, Haldimann L. Regionale Unterschiede im Zugang zur medizinischen Versorgung. *Methodik zur Analyse der Versorgungsdichte und Anwendung am Beispiel der Hausarztmedizin*. Obsan Bericht 07/2022. 2022. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

¹⁵ Vgl. Stierli R, Rozsnyai Z, Felber R et al. Primary Care Physician Workforce 2020 to 2025 – a cross-sectional study for the Canton of Bern. *Swiss Med Wkly*. 2021;10:151.

¹⁶ Vgl. Neuner-Jehle S, Graber SM, Keizer E et al. Time trends in general practitioners' home visits for older patients: a retrospective cross-sectional study from Switzerland. *Swiss Med Wkly*. 2021;14:151.

¹⁷ Vgl. www.fmh.ch/themen/ambulante-tarife/tarmed.cfm

B. Unterschiedliche Modelle der medizinischen Grundversorgung in den APH

In einer im Jahr 2022 vorgenommenen gesamtschweizerischen Untersuchung konnten vier unterschiedliche Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung in APH identifiziert werden.¹⁸

1. Die medizinische Grundversorgung der Bewohnenden erfolgt durch **Hausärztinnen und -ärzte aus Einzel- oder Gruppenpraxen**. In der Regel gehen sehr viele ärztliche Fachpersonen zu unterschiedlichen Zeiten in den APH ein und aus; es bestehen meist keine Zusammenarbeitsverträge. Der Koordinierungsaufwand für die APH ist beträchtlich.
2. Eine hausärztlich tätige Fachperson aus dem Kreis derjenigen Ärztinnen und Ärzte, die Bewohnende im APH betreuen, übernimmt **nebenamtlich zusätzlich heimärztliche Aufgaben**. Dies kann, muss aber nicht, auf der Basis eines Zusammenarbeitsvertrags geschehen.
3. Die medizinische Grundversorgung wird von Praxen oder auch von Spitalärztinnen und -ärzten übernommen, welche auf die **Erbringung ärztlicher Dienstleistungen in den APH spezialisiert** sind (sog. mobile Haus-/Heimarztpraxen). Meistens behandeln die Ärztinnen und Ärzte mehrere Bewohnende, und in der Regel bestehen Zusammenarbeitsverträge zwischen APH und Praxen.
4. Die medizinische Grundversorgung eines grossen Teils der Bewohnenden erfolgt durch **ärztliche Fachpersonen, welche Angestellte der APH sind**, entweder in Form eines ärztlichen Dienstes oder in Form einer vom APH betriebenen Arztpraxis. Diese Fachpersonen sind oftmals geriatrisch weitergebildet und sind gelegentlich für mehrere APH bzw. Standorte des APH zuständig. Sie nehmen mehrheitlich auch die übergeordneten, nicht auf einzelne Bewohnende bezogenen, Aufgaben wahr.

Bewohnende von APH haben – wie alle anderen Menschen in der Schweiz – gemäss Art 386 Abs. 3 ZGB das Recht auf freie Arztwahl. APH achten daher in der Regel darauf, dass nach einem Eintritt in die Institution frei entschieden werden kann, ob die Person sich weiterhin von ihrer angestammten Arztperson (Hausärztin oder -arzt) behandeln lassen oder sie die Behandlung durch eine allfällig vorhandene Heimärztin oder einen Heimarzt in Anspruch nehmen möchte.

Entsprechende Zusammenarbeitsverträge mit Pflichtenheften für die verantwortlichen Heimärztinnen und -ärzte in den Modellen 2, 3 und 4 wurden in gewissen Kantonen von den Gesundheitsdirektionen resp. dem kantonsärztlichen Dienst mit den Verbänden der APH und den kantonalen Ärztesgesellschaften erarbeitet.^{19, 20}

C. Qualitätsanforderungen an die medizinische Grundversorgung in den APH

In Anlehnung an die oben genannte Untersuchung lassen sich vier Dimensionen von Qualitätsanforderungen an die medizinische Grundversorgung in APH unterscheiden,¹⁷ unabhängig davon, ob diese Grundversorgung durch ärztliche Fachpersonen, APN oder andere Berufsgruppen erbracht wird.

¹⁸ Vgl. Jörger A. Die medizinische Grundversorgung der Bewohner/-innen von Alters- und Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz: Eine typenbasierte Analyse ärztlicher Versorgungsmodelle. 2023. Masterarbeit der Universitäten Basel, Bern und Zürich. [www.doi.org/10.5167/uzh-260557](https://doi.org/10.5167/uzh-260557) Die Ergebnisse wurden aufgrund einer Literaturrecherche sowie einer Befragung von Schlüsselpersonen erarbeitet.

¹⁹ Vgl. Kantonsärztlicher Dienst des Kantons Thurgau. (2024). Mustervereinbarung Heimarzt / Heimärztin, Pflegeheim. www.gesundheit.tg.ch/public/upload/assets/164149/2024.08.14_Muster_Heimarzt-Vereinbarung.docx

²⁰ Vgl. Canton de Vaud (1999) Cahier des charges du médecin travaillant en EMS. www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/services_soins/fichiers_pdf/QUAL/Cahier_des_charges_du_medecin_travaillant_en_EMS_09.02.2010.pdf

1. **Fachlichkeit:** Die für die Bewohnenden von APH tätigen medizinischen Fachpersonen verfügen über vertiefte Expertise in der Behandlung älterer Menschen mit entsprechendem Fachwissen und Erfahrung in Alterspsychiatrie, Infektionsprävention und -kontrolle, Pharmakologie, Palliative Care und in der Gesundheitlichen Vorausplanung (GVP).
2. **Erreichbarkeit und Präsenz:** Ein zeitgerechter Zugang zu ärztlichen Dienstleistungen ist eine Grundvoraussetzung für eine qualitativ hochstehende Versorgung. Ärztliche Fachpersonen sollten während der Praxisöffnungszeiten nicht nur erreichbar sein, sondern die von ihnen betreuten Bewohnenden auch innert angemessener Frist vor Ort untersuchen können. Ebenso muss ein Notfalldienst im Sinne eines Hintergrunddienstes ausserhalb der Praxisöffnungszeiten etabliert sein. Die ärztlichen Fachpersonen des Notfalldienstes müssen Zugang zu den medizinischen Unterlagen haben (siehe auch Punkt 3).
3. **Koordination, Kommunikation und Zusammenarbeit:** Zentral für diese Dimension ist zum einen das Vorhandensein einer lückenlosen Dokumentation, zu der das ganze Behandlungsteam, also auch ärztliche und insbesondere im Notfalldienst tätige Fachpersonen, Zugang haben. Zum anderen sind regelmässige interprofessionelle Besprechungen angezeigt von Ärztinnen und Ärzten mit den Pflegenden, den sozialen und therapeutischen Fachpersonen, aber auch mit anderen Beteiligten, insbesondere den nahestehenden Personen. Damit alle zusammenarbeitenden Fachpersonen kontinuierlich ein auf gemeinsame Ziele gerichtetes Handeln an den Tag legen, sind das Festhalten der Behandlungswünsche in einem gemeinsamen Behandlungsplan sowie das Erstellen eines Notfallplans von zentraler Bedeutung.
4. **Personenzentrierung:** Eine Haltung, die sich an Fürsorge, Respekt, Offenheit und Toleranz gegenüber den Bewohnenden und ihren individuellen Präferenzen und Lebensstilen orientiert, sowie die Einbindung der nahestehenden Personen bilden das Rückgrat eines personenzentrierten Ansatzes. Behandlungsziele und Massnahmen sind in Absprache mit den Betroffenen und den ihnen nahestehenden Personen daran auszurichten.

II. Ethische Herausforderungen im Kontext der medizinischen Grundversorgung von Bewohnenden in den APH

Die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der SAMW beobachtet mit Sorge, dass die rechtlich und ethisch geforderte medizinische Grundversorgung von Bewohnenden in APH gefährdet ist. Zurückzuführen ist dies auf:

- die Alterung der Bevölkerung mit steigendem Versorgungsbedarf;⁴
- den sich akzentuierenden Mangel an grundversorgenden ärztlichen Fachpersonen;^{12, 15}
- den ausgeprägten Fachkräftemangel in der Langzeitpflege;²¹
- die ungenügende Regelung insbesondere der übergeordneten ärztlichen Tätigkeiten;²²
- die oftmals unbefriedigende Regelung des Notfalldienstes bei Nichterreichbarkeit der zuständigen Arztperson;¹⁷
- den fehlenden Zugang zu den relevanten medizinischen Dokumentationen ausserhalb der Praxisöffnungszeiten;¹⁷

²¹ Vgl. Grønning M, Hänni M, Trede I. Mobilität innerhalb eines Berufsfelds: Welche Herausforderungen stellen sich der Berufsentwicklung und Fachkräftesicherung? OBS EHB Trend im Fokus Nr. 10. Zollikofen: Eidgenössische Hochschule für Berufsbildung EHB. 2022.

²² Vgl. Bally K, Baudendistel U, Beck S, et al. Umgang mit aktuellen Herausforderungen für die stationäre Langzeitpflege in der Schweiz: Lessons Learned aus der Corona Pandemie: Empfehlungen eines nationalen Expert*innenkomitees. Bioethics.ch. 01/2023.
www.bioethics.ch/fileadmin/redaktion_sgbe/dokumente/Documents%20SSGB/Publications/Empfehlungen_Expertinnenkomitee_Langzeitpflege.pdf

- die unzureichende finanzielle Abgeltung von in APH erbrachten ärztlichen Leistungen;²³
- die ungenügende Vorbereitung der Ärztinnen und Ärzte in der Aus-, Weiter- und Fortbildung auf die anspruchsvolle Tätigkeit in einem APH.

Dass Bewohnende von APH aufgrund der oben erwähnten Entwicklung medizinisch unterversorgt werden, verletzt die ethischen Prinzipien der Fürsorge und der Gerechtigkeit. Auch ist diese Unterversorgung nicht vereinbar mit der Art. 117a der Bundesverfassung (BV) verankerten Verpflichtung von Bund und Kantonen, für eine ausreichende, allen zugängliche, medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zu sorgen.²⁴

Nicht selten werden Bewohnende von APH von Notfallärztinnen und -ärzten in ein Spital eingewiesen. Mehrfach konnte gezeigt werden, dass viele dieser Spitaleinweisungen für die Bewohnenden nicht nur unnötig sind, sondern oftmals auch gesundheitsschädigende Auswirkungen haben.^{25, 26, 27} Diese Spitaleinweisungen können vermieden werden, wenn:

- die Wünsche der Bewohnenden im Rahmen einer GVP im Vorfeld geklärt und dokumentiert werden und die ärztlichen Fachpersonen diese Behandlungspräferenzen kennen;^{28, 29}
- die gelegentlich auf eine Hospitalisation drängenden nahestehende Personen frühzeitig in die GVP miteinbezogen werden und die Frage einer Spitaleinweisung bei Verschlechterung der Gesundheit gemeinsam mit den Bewohnenden diskutiert wird;^{28, 29}
- ausreichend qualifiziertes Pflege- und Betreuungspersonal zur Verfügung steht und dieses geschult ist, Veränderungen im Gesundheitszustand zeitgerecht festzustellen und zu melden;^{30, 31, 32}
- Notfallärztinnen und -ärzte Zugang haben zu den medizinischen Informationen der jeweiligen Bewohnenden.^{27, 33}

Zudem lassen sich Spitaleinweisungen vermeiden, wenn zeitgerecht eine allgemeine oder spezialisierte Palliativbetreuung in den APH sichergestellt wird.^{24, 25, 26} Durch die nicht erwünschten und vermeidbaren Spitaleinweisungen werden nicht nur die Prinzipien der Autonomie und des Nichtschadens verletzt; sie verstossen auch gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit.

²³ Vgl. www.fmh.ch/themen/ambulante-tarife/tarmed.cfm

²⁴ Vgl. Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999, SR 101 www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/medizinalberufe/medizinische-grundversorgung/bundesbeschluss-med-grundversorgung.html

²⁵ Vgl. Ouslander JG, Lamb G, Perloe M et al. Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and costs. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(4):627–35.

²⁶ Vgl. Muench U, Simon M, Guerbaai RA, De Pietro C, Zeller A, Kressig RW, Zúñiga F: INTERCARE Research Group. Preventable hospitalizations from ambulatory care sensitive conditions in nursing homes: evidence from Switzerland. *Int J Public Health.* 2019;64(9):1273–81.

²⁷ Vgl. Kruschel I, Micke H, Wedding U. Strategien zur Vermeidung unnötiger Notfalleinweisungen: Vom Pflegeheim in die Klinik – muss das wirklich sein? *MMW Fortschr Med.* 2022;164(3):32–9.

²⁸ Vgl. Popejoy LL, Vogelsmeier AA, Alexander GL et al. Analyzing Hospital Transfers Using INTERACT Acute Care Transfer Tools: Lessons from MOQL. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(9):1953–9.

²⁹ Vgl. Honinx E, Piers RD, Onwuteaka-Philipsen BD et al. Hospitalisation in the last month of life and in-hospital death of nursing home residents: a cross-sectional analysis of six European countries. *BMJ open.* 2021;11(8):e047086.

³⁰ Vgl. Berlin C, Busato A, Rosemann T et al. Avoidable hospitalizations in Switzerland: a small area analysis on regional variation, density of physicians, hospital supply and rurality. *BMC Health Serv Res.* 2014;14(1):289.

³¹ Vgl. Rosano A, Loha CA, Falvo R et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *Eur J Pub Health.* 2013;23(3):356–60.

³² Vgl. Gygi N, Zúñiga F, Simon M. Regional variation of potentially avoidable hospitalisations in Switzerland: an observational study. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(849):1–11.

³³ Vgl. Lemoyne SE, Herbots HH, De Blick D, et al. Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2019;19(1):17.

III. Empfohlene Massnahmen zur Verbesserung der medizinischen Grundversorgung in den APH

Gestützt auf die dargelegten Überlegungen empfiehlt die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der SAMW folgende zehn Massnahmen:

1. Strukturierung und Formalisierung der Versorgung und Zusammenarbeit

Verantwortung: FMH und deren angeschlossene Ärzteorganisationen, Verbände der APH, Kantone und Gemeinden, private und staatliche Trägerschaften von APH

In Anlehnung an bestehende Zusammenarbeitsverträge und Versorgungsmodelle aus einzelnen Kantonen sind Empfehlungen für eine qualitativ hochstehende medizinische Grundversorgung von Bewohnenden in APH zu formulieren.^{18,19} Die entsprechenden Kriterien sind von den medizinischen Fachgesellschaften resp. den kantonalen Ärztesgesellschaften gemeinsam mit den kantonalen Pflegeheimverbänden und Gesundheitsdirektionen zu erarbeiten.³⁴ Insbesondere gilt es dabei auch, die Entschädigung der involvierten Ärztinnen und Ärzte zu klären. Bezüglich Qualitätsanforderungen empfiehlt sich eine Orientierung an den unter Kapitel I.C. aufgeführten vier Dimensionen. Dabei sind auf folgende Punkte zu achten:

- Eine Formalisierung der Handlungsgrundlagen (Verträge und Pflichtenhefte) ist angezeigt;
- Die Struktur soll dahingehend verändert werden, dass eine koordinierte Zusammenarbeit der für übergeordnete Aufgaben verantwortlichen Arztpersonen mit dem APH und den übrigen im APH tätigen ärztlichen und anderen Fachpersonen möglich ist;
- Die für übergeordnete Aufgaben verantwortlichen Arztpersonen sind in die Strukturen der APH zu integrieren.

Die Vereinbarungen sind so zu formulieren, dass die freie Arztwahl gewährleistet bleibt, soweit nicht gewichtige Gründe dagegen bestehen. Arztwechsel können jedoch vom APH vorgeschlagen werden und sinnvoll sein, wenn die Zusammenarbeit mit den angestammten Arztpersonen keine qualitativ befriedigende Behandlung ermöglicht. Der Arztwechsel ist im Einverständnis mit den Bewohnenden oder der vertretungsberechtigten Person vorzunehmen.

2. Berücksichtigung geriatrischer, gerontopsychiatrischer und palliativmedizinischer Expertise

Verantwortung: Kantone und Gemeinden, FMH und deren angeschlossene Ärzteorganisationen, Fachgesellschaften der in APH tätigen weiteren Berufsgruppen, private und staatliche Trägerschaften von APH

Geriatrische, gerontopsychiatrische und palliativmedizinische Expertise ist für die medizinische Versorgung von Bewohnenden in APH unabdingbar. Von Hausärztinnen und -ärzten wird nicht erwartet, dass sie für ihre Tätigkeit im APH einen Schwerpunkt in Geriatrie oder in Palliativmedizin erlangen. Bei entsprechendem Bedarf von Seiten der Bewohnenden sollen die APH sowie die Hausärztinnen und -ärzte entsprechend dem Angebot in der Versorgungsregion die Möglichkeit haben, externe geriatrische, gerontopsychiatrische oder auch palliativ-medizinische Expertise beizuziehen.

³⁴ Der Bundesrat verweist in seinem Bericht «Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die ältere Bevölkerung und auf Bewohnerinnen und Bewohner in Heimen» vom 4. September 2024 auf die Möglichkeit, dass Kantone oder Gemeinden im Rahmen der Betriebsbewilligung für Institutionen Vorgaben machen können wie z. B. die Bezeichnung einer qualitätsverantwortlichen Fachperson in APH, vgl. www.news.admin.ch/news/message/attachments/89416.pdf

3. Einbezug von Ethikberatung

Verantwortung: Kantone und Gemeinden, FMH und deren angeschlossene Ärzteorganisationen, private und staatliche Trägerschaften von APH

In der medizinischen Versorgung von Menschen in APH ergeben sich regelmässig ethische Fragestellungen. Daher sollten die APH die Möglichkeit haben, entsprechend dem Angebot in der Versorgungsregion bei Bedarf eine Form der Ethikberatung bzw. ethischen Unterstützung durch eine diesbezüglich ausgebildete Fachperson in Anspruch zu nehmen.³⁵

4. Sicherstellung des elektronischen Datenaustausch und des Zugangs zu medizinischen Informationen

Verantwortung: Bund, Kantone und Gemeinden, FMH und deren angeschlossene Ärzteorganisationen

Ein besonderes Augenmerk ist auf den effizienten elektronischen Datenaustausch zu richten. Primär der Datentransfer zwischen den APH und den ärztlichen Fachpersonen sowie ggf. APN und anderen Professionen ist entscheidend für die angemessene medizinische Grundversorgung. Auch die in Notfallsituationen beigezogenen Ärztinnen und Ärzte sollen Zugang zur Bewohnenden-Dokumentation (im Idealfall inklusive Behandlungsplan) haben. Voraussetzung hierfür ist, dass die technische und semantische Interoperabilität der Systeme und des EPD gewährleistet ist. Ein funktionierender Datenaustausch ist nicht zuletzt auch die Grundlage einer guten telemedizinischen Versorgung, die – richtig eingesetzt – effizienzsteigernd sein kann.

5. Umsetzung einer finanziellen Abgeltung von übergeordneten ärztlichen Leistungen

Verantwortung: Kantone und Gemeinden, FMH und deren angeschlossene Ärzteorganisationen, Verbände der APH, private und staatliche Trägerschaften von APH

Die kantonalen Gesundheitsdirektionen und die Verbände der Ärzteschaft und der APH müssen darauf hinarbeiten, dass von Ärztinnen und Ärzten erbrachte übergeordnete, also nicht auf einzelne Bewohnende bezogene Leistungen, ebenfalls finanziell abgegolten werden.

6. Einführung einer sachgerechten Tarifstruktur

Verantwortung: Tarifpartner

Der aktuell gültige Tarif TARMED ist rasch durch die in den vergangenen Jahren von den Tarifpartnern entwickelte sachgerechte Tarifstruktur TARDOC abzulösen.³⁶ Diese Tarifstruktur soll es Ärztinnen und Ärzten erlauben, Heimbesuche inklusive Gespräche in Abwesenheit der Bewohnenden (z. B. mit nahestehenden Personen resp. Vertretungspersonen), sowie Koordinationsleistungen und auch die professionelle Behandlung von Menschen in Palliativsituationen zu verrechnen. Insbesondere sollen neben Besprechungen von aktuellen Therapiezielen auch vorausschauende Gespräche im Sinne der GVP abgerechnet werden können.³⁷

³⁵ Vgl. «Ethische Unterstützung in der Medizin». Medizin-ethische Empfehlungen der SAMW (2012).

³⁶ Vgl. FMH, curafutura und Medizinaltarif-Kommission. «Medienmitteilung: Bundesrat übernimmt grosse Verantwortung für die Ablösung des TARMED» vom 19. Juni 2024. www.tardoc.fmh.ch/files/pdf30/2024-06-19-mm-tarifevision.pdf

³⁷ Das Anliegen der Stärkung der Gesundheitlichen Vorausplanung bestätigt auch der Bundesrat; vgl. Bericht des Bundesrates. «Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die ältere Bevölkerung und auf Bewohnerinnen und Bewohner in Heimen». 4. September 2024. www.news.admin.ch/news/message/attachments/89416.pdf

7. Sicherung der ärztlichen Grundversorgung

Verantwortung: Bund, FMH und deren angeschlossene Ärzteorganisationen

Dem jetzt schon bestehenden und sich fortlaufend akzentuierenden Mangel an grundversorgenden Ärztinnen und Ärzten ist entgegenzuwirken. Vermehrte Aus- und Weiterbildungsplätze sind zu schaffen und die Attraktivität der haus- und heimärztlichen Tätigkeit muss mit verschiedenen Massnahmen (Weiter- und Fortbildungsangeboten wie z. B. dem Angebot von Weiterbildungs-Rotationsstellen in APH sowie adäquater finanzieller Abgeltung) gesteigert werden. Der im Jahr 2022 von Hausärzte Schweiz ins Leben gerufene Masterplan Nachwuchsförderung bildet hierfür eine Basis.³⁸

8. In Masterstudiengängen mit Schwerpunkt APN Vertiefung in Langzeitpflege ermöglichen

Verantwortung: Kantonale Bildungsinstitutionen, Tarifpartner, Verbände der APH

Für Pflegefachpersonen soll in Masterstudiengänge mit dem Schwerpunkt APN eine Vertiefung in der Langzeitpflege angeboten werden, welche die Attraktivität dieser Tätigkeit aufzeigen. Die Tarifstrukturen sind derart zu gestalten, dass Einsätze von APN in APH finanziell abgegolten werden, was heute nicht der Fall ist. Dies gilt auch für andere Fachpersonen, die medizinische Aufgaben im Rahmen der medizinischen Versorgung von Bewohnenden in APH übernehmen.

9. Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit

Verantwortung: Bund, Kantone und Gemeinden, FMH und deren angeschlossene Ärzteorganisationen, Fachgesellschaften der in APH tätigen weiteren Berufsgruppen, Tarifpartner

Für eine angemessene medizinische Versorgung von Bewohnenden in APH ist eine effiziente interprofessionelle Zusammenarbeit unabdingbar. Dies gilt insbesondere auch für die Zusammenarbeit von Hausärztinnen und -ärzten mit den in den APH im Pflegesektor tätigen Fachpersonen. Zu beachten gilt es, dass auch im APH Bewohnende und ihre nahestehenden Personen als Teil des interprofessionellen Settings wahrgenommen werden müssen. Diesem Umstand muss schon in der Aus- und Weiterbildung Rechnung getragen werden. Es sind Gefässe zu schaffen, die einen regelmässigen interprofessionellen Austausch der in den APH tätigen Fachpersonen ermöglichen. Auch hier gilt es, diese Notwendigkeit für interprofessionelle Visiten und Gespräche in den Tarifen abzubilden.

10. Ausbau der Versorgungsforschung

Verantwortung: Bund, nationale und kantonale Bildungs- und Forschungsinstitutionen

Die Versorgungsforschung,³⁹ muss im Bereich der hausärztlichen Medizin, der Altersmedizin und der geriatrischen Palliative Care intensiviert werden. Unter anderem sollten schweizweit in Form eines nationalen Registers im APH-Bereich behandlungs- und pflegebezogene Daten systematisch und zuverlässig erhoben werden. Basierend auf diesen Daten kann die medizinische Versorgung der Bewohnenden in den APH zielgerichtet und nachhaltig verbessert werden. Das vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) lancierte nationale Förderprogramm «Effizienz in der medizinischen Grundversorgung (EmGv)» bietet Möglichkeiten, die zur Stärkung der Grundversorgung von Langzeitpatientinnen und -patienten beitragen.⁴⁰

³⁸ Vgl. Mfe: Masterplan Nachwuchsförderung – Jetzt erst recht: mehr Nachwuchs in der Haus- und Kinderarztmedizin. Prim Hosp Care. 2024; 24(5):127–9.

³⁹ Vgl. «Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz». Swiss Academies Reports 9 (1) der SAMW (2014).

⁴⁰ Vgl. www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiaerstufe/vi-pflegeinitiative/foerderprogramm-effizienz-in-der-medizinischen-grundversorgung.html

IV. Schlussfolgerungen

Die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der SAMW empfiehlt diese zehn Massnahmen in der Überzeugung, dass die ethischen Prinzipien der Autonomie, der Fürsorge, des Nichtschadens und der Gerechtigkeit bei der medizinischen Versorgung von älteren Menschen keinesfalls verletzt werden dürfen.

Die ZEK ist sich bewusst, dass diese zehn Massnahmen herausfordernd sind in der Umsetzung je nach regionaler Versorgungsstruktur. Eine medizinische Unterversorgung der Bewohnenden von APH kann jedoch nicht einfach hingenommen werden. Das berufliche Ethos der Gesundheitsberufe, die Verantwortung von Bund, Kantonen und Gemeinden wie auch der gesellschaftliche Solidargedanke mit besonders vulnerablen Teilen unserer Bevölkerung verlangt von allen Beteiligten ein hohes Engagement für eine angemessene Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus will die ZEK auch auf der Ebene der Makroethik einen substantiellen Beitrag zur gesellschaftlichen Anerkennung und Wertschätzung von älteren gebrechlichen Menschen sowie zur Unterstützung der APH für Ihre anspruchsvolle Aufgabe der Pflege und Betreuung von dieser Personengruppe leisten.

Selbstverständlich gilt es, die Massnahmen fortlaufend zu evaluieren und gegebenenfalls anzupassen. Welche Rolle dabei die Entwicklungen in der schon etablierten Telemedizin, der Medizintechnologie, sowie der künstlichen Intelligenz spielen werden, wird sich in absehbarer Zukunft zeigen.

V. Hinweise zur Ausarbeitung dieser Stellungnahme

Die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der SAMW hat am 23. Juni 2023 den Entscheid zur Erarbeitung einer Stellungnahme gefasst, und eine Arbeitsgruppe unter der Leitung von PD Dr. med. Klaus Bally, Basel, eingesetzt. Die vorliegende Stellungnahme wurde von der ZEK der SAMW am 20. Juni 2024 verabschiedet und vom Vorstand der SAMW am 2. September 2024 genehmigt.

Informationen zur Erarbeitung der Stellungnahme und Ansprechpersonen bei inhaltlichen Rückfragen finden sich unter samw.ch/aph.

Mitglieder der Arbeitsgruppe

PD em. Dr. med. Klaus Bally, Mitglied ZEK der SAMW, Basel, Hausarztmedizin (Vorsitz)
Dr. med. Rebecca Dreher, Mitglied ZEK der SAMW, Morges, Geriatrie
Dr. sc. med. Manya Hendriks, SAMW, Bern (ex officio), Ethik
Anna Jörger, M.A., MPH, Bern, Langzeitpflege und -betreuung
Dr. rer. medic. Ewald Schorro, Mitglied ZEK der SAMW, Fribourg, Pflege
Prof. Dr. Franziska Zúñiga, Basel, Pflegewissenschaft

Zusätzlich beigezogene Expertinnen und Experten

Dr. med. Gabriela Bieri-Brüning, Zürich, Geriatrie
Dominique Elmer, Bern, Langzeitpflege
lic. iur. Barbara Fischer, Arlesheim, Recht, Schweizerischer Seniorenrat
Dr. med. Bernard Flückiger, Basel, Geriatrie
Renate Gurtner Vontobel, MPH, Bern, Palliative Care
Prof. Cornelia Hummel, Genève, Soziologie
Prof. Dr. med. Dr. phil. Ralf Jox, Lausanne, Geriatrie Palliative Care/Medizinethik
Prof. Dr. med. Dagmar Keller Lang, St. Moritz, Notfallmedizin
Dr. med. Philippe Luchsinger, Affoltern am Albis, Hausarztmedizin
lic. rer. soc. Silvia Marti Lavanchy, Bern, Gesundheitsversorgung
Dr. sc. med. Settimio Monteverde, Bern/Zürich, Ethik
Patrick Müller, Bern, Ambulante Versorgung und Tarife
Dr. med. Hans Neuenschwander, Lugano, Onkologie/Palliative Care
Prof. Dr. med. Sophie Pautex, Genève, Palliative Care
lic. phil. Amélie Pilgram, Basel, Langzeitpflege
Dr. med. Eve Rubli Truchard, Lausanne, Geriatrie/Geriatrie Palliative Care
Prof. Dr. med. Dr. phil. Sven Streit, Bern, Hausarztmedizin
Dr. med. Petra Vayne-Bossert, Collonge-Bellerive, Palliativmedizin
lic. phil. Lea von Wartburg, Liebefeld, Gesundheitspolitik

Vernehmlassung bei den FMH-Mitgliedsorganisationen

Der Text wurde durch die FMH bei ihren Mitgliedsorganisationen in Vernehmlassung gegeben. Die eingegangenen Stellungnahmen sind in der Endfassung berücksichtigt.

Einbezug CURAVIVA

Die Erarbeitung der Stellungnahme erfolgte unter Einbezug des Branchenrats CURAVIVA.