

# ACP in den Pflegezentren der Stadt Zürich Umsetzungsbeispiel

Gabriela Bieri Brüning  
FMH Allg.Inn.Med., spez. Geriatrie  
Stadtärztin  
Chefärztin Geriatriischer Dienst  
Ärztliche Direktorin Pflegezentren Zürich

11.5.2021

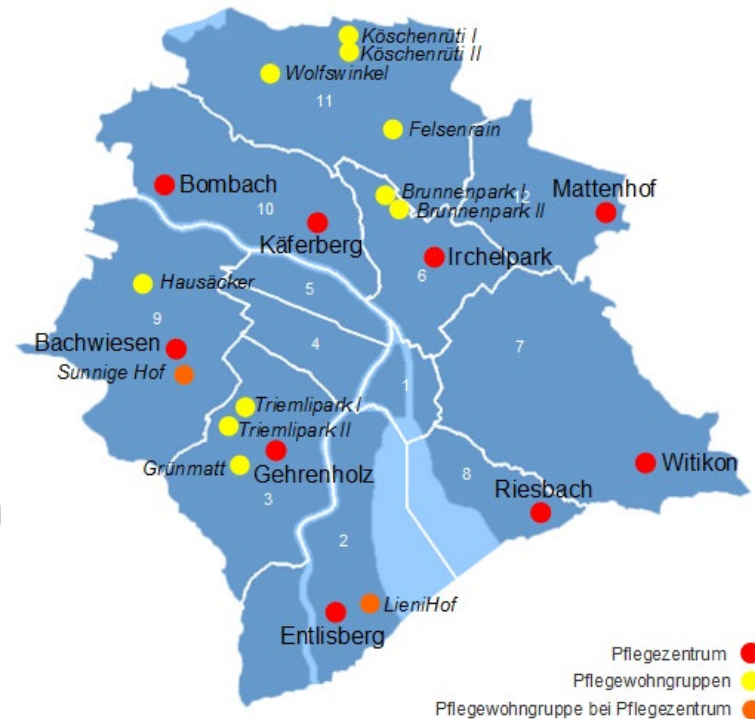


**Stadt Zürich**  
Geriatriischer Dienst

**Wir pflegen.  
Zürich.**

# Pflegezentren der Stadt Zürich (PZZ)

- knapp 1600 Betten
- 8 Pflegezentren,  
12 Pflegewohngruppen
- nur mittelschwer- bis schwer pflegebedürftige Bewohnende
- Viel Übergangspflege, über die Hälfte der Eintritte geht wieder nach Hause
- 80 % Menschen mit Demenz
- Median der Lebenserwartung auf der Langzeitabteilung 10 Monate
- Heimarztssystem, Geriater/-innen und Gerontopsychiater/-innen



# Lange Tradition der Behandlungsplanung (*Care Planning*): *Behandlungsintensität oder Behandlungskonzept*

- Seit über 20 Jahren
- Damals von Manfred Hafner entwickelt
- Ist ein Prozess mit gemeinsamen Gesprächen mit  
Bewohnenden/Angehörigen/interprof. Behandlungsteam
- Dreistufige Einteilung:
  - Kurativ im Spital
  - Kurativ im Heim
  - Palliativ
- Hat sich sehr bewährt, etabliert, gemeinsame Sprache

# Wieso Care Planning in den PZZ?

- Andere Ausgangssituation als ACP bei Gesunden oder neu diagnostiziertem Ca: «nicht krank»
- Behandlungsplan und die Notfallplanung sind viel wichtiger als die Planung für eine mögliche zukünftige plötzliche Urteilsunfähigkeit
- Häufig kognitiv beeinträchtigte Patientinnen und Patienten (Delir, Demenz) oder mit psychiatrischen Erkrankungen
- gemeinsames Gespräch mit Angehörigen/medizinischer Vertretungsperson

Angehörige/medizinische  
Vertretungsperson



Bewohnerin/Bewohner

# Wieso Care Planning in den PZZ?

- Notfallsituation muss vorbesprochen werden, nicht erst in der Situation!
- Aspekt der Lebensqualität ist sehr wichtig
- Seit 2018 Prozess (soweit möglich) mit dem ausführlichen Gespräch zur Therapiezielfindung durch ACP-Beraterin/Botschafterin und ÄNO ergänzt;  
Assistenzärztinnen/-ärzte in der Gesprächsführung schulen
- Der vollständige Prozess von ACP mit allen Dokumenten kann nicht umgesetzt werden, nötig?
- ÄNO zur Kommunikation gegen Aussen

# Konkrete Umsetzung in den PZZ

- Besprechung des Behandlungsplans am Eintrittstag (kurz, provisorisch) und am interprofessionellen Standortgespräch
- Anpassung bei jeder Veränderung der somatischen/psychischen/sozialen Situation

The screenshot displays the 'Verfügung - easyDOK' software interface. The main window shows a table with columns for dates, status, and remarks. The table data is as follows:

Von	Bis	Reanimet...	Bemerkung Reani...	Intensität	Bemerkung Intensität	Patientenverfueg...	Bemerkung Patientenver
15.06.2016	11...	Nein		Kurativ im Spital		Nein	
11.07.2018	16...	Nein		Kurativ im Spital	AJO B1	Nein	
16.07.2018	29...	Nein		Kurativ im Spital	AJO B1 (von Pat unterschrieben). Beständin möchte allerdings noch überlegen, eventuell doch eine Beatmung gewünscht wird; z.B. bei einer erneuten Verschlechterung der COPD	Nein	
29.08.2018	03...	Nein		Kurativ im Spital	AJO B1	Nein	
03.04.2020	08...	Nein		Kurativ im Heim	mit der Bewohnerin besprochen am 03.04.2020; mit Beständin noch nicht besprochen	Nein	
08.04.2020	24...	Nein		Kurativ im Heim	mit der Bewohnerin besprochen am 03.04. und 08.04.2020; mit Beständin besprochen am 08.04.2020; möchte sich dies noch überlegen und meldet sich nach den Ostertagen, bis dahin vor. mit ihrem Einverständnis, Kurativ im Heim	Nein	
24.04.2020		Nein		Kurativ im Heim	Pat soll im Akutfall nochmal gefragt werden, falls dann Wunsch nach Hosp: Kurativ Spital (so von der Beständin gewünscht)	Nein	

# Nutzen?

- Stärkung des autonomen Entscheids der Bewohnerinnen und Bewohner
- 3-Stufen-Modell ist verständlich (nicht alle Dokumente beim ACP-Prozess)
- Miteinbezug der/des nicht mehr urteilsfähigen Bewohnerin oder Bewohners (Lebensqualität)
- Gemeinsame Besprechung schafft gegenseitiges Vertrauen
- Verhindert nicht gewünschte (nicht indizierte) Hospitalisationen
- Erleichtert die Kommunikation im Notfall (vgl. COVID ASZ oder PZZ) und bei plötzlicher Urteilsfähigkeit