

## Cyber-Kriminalität

Wie Heime sich schützen können  
Seite 40

Ausgabe 3 | 2018

# CURAVIVA

Fachzeitschrift Curaviva

Verband Heime & Institutionen Schweiz



## Medikamente

Wie die Sicherheit in Pflegeheimen verbessert werden kann



# Was heisst schon alt?

## **Altersgerecht verpflegen.**

Unsere Bevölkerung wird immer älter. Dieser Entwicklung gilt es, Rechnung zu tragen. Wir bieten geeignete Produkte und Zutaten für eine ausgewogene Ernährung: stärke-, vitamin- und ballaststoffreich.

**Frischer ist feiner.**

Pistor AG | Rothenburg | Tel. 041 289 89 89 | [info@pistor.ch](mailto:info@pistor.ch) | [www.pistor.ch](http://www.pistor.ch)

***pistor***

«Sich selbst Zeit zu nehmen und anderen Zeit zu schenken, ist ein wirkungsvolles Medikament.»



Elisabeth Seifert

Chefredaktorin

## Liebe Leserin, lieber Leser

Auch mich hat in den eiskalten Tagen Ende Februar eine fiebrige Erkältung gepackt. Und für einmal habe ich einen lange gehegten Vorsatz in die Tat umgesetzt: Ausser auf die Inhalationstropfen habe ich auf jegliche Medikamente verzichtet. Stattdessen habe ich Tee getrunken, mich unter die Bettdecke verkrochen – und mir Zeit gegeben, bis ich wieder gesund war. Das ging rascher als erwartet.

Ein Medikament für diese Unpässlichkeit, ein Medikament für jenes Problem – und schneller als uns lieb ist, gehört eine ganze Reihe der kleinen Helfer zum Alltag.

Sind sie aber wirklich nötig? Und: Kann es sein, dass sie anders wirken als erhofft – weil sie sich in ihrer Wirkung gegenseitig hemmen oder potenzieren? Würde nicht manchmal einfach etwas Zeit und Entspannung genügen, die Gesundheit zu verbessern?

Verstehen Sie mich nicht falsch: Natürlich gibt es gesundheitliche Probleme, die ohne Medikamente nicht zu bewältigen sind. Das trifft auf uns Jüngere und erst recht auf die Generation über 65 Jahre zu. Betagte Menschen leiden oft unter verschiedenen, auch chronischen Krankheiten, für deren Stabilisierung eine medikamentöse Therapie nötig ist.

Damit aber steigt oft die Anzahl der Medikamente, die ältere Menschen täglich einnehmen. Eine Studie des Krankenversicherers Helsana hat berechnet, dass über 65-Jährige in der Schweiz im Durchschnitt etwas mehr als fünf Medikamente einnehmen. Bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen sind es gar über neun Arzneimittel pro Tag.

Das ist alles andere als unproblematisch: Forschungen zeigen, dass bei der Einnahme von mehr als fünf Medikamenten pro Tag das Risiko von Nebenwirkungen steigt (siehe Seite 6).

Das muss zu denken geben. Statt den Betroffenen mehr Lebensqualität zu ermöglichen, kann die medikamentöse Therapie sie krank machen. Mit der Unterstützung des Bundes hat die Stiftung Patientensicherheit Schweiz deshalb ein nationa-

les Projekt lanciert, um die Pflegeheime für dieses Problem zu sensibilisieren. Dabei werden praktische Empfehlungen erarbeitet, wie Pflegendе gemeinsam mit Ärzten und Apothekern darauf hinwirken können, dass die Zahl der Medikamente reduziert wird. Längst nicht jedes Medikament ist wirklich nötig und geeignet für die betreffende Person.

In dieser Ausgabe der Fachzeitschrift erläutern die Autorinnen der Studie erstmals die Ergebnisse einer Umfrage, die sie bei Pflegeheimen in der Schweiz durchgeführt haben – und zeigen auf, in welche Richtung die Empfehlungen gehen werden (Seite 12).

Nicht nur in diesem Beitrag wird deutlich, wie wichtig der eingangs erwähnte Faktor Zeit ist. Es braucht Zeit, um die Medikationslisten gemeinsam mit den Bewohnerinnen und Bewohnern zu überprüfen oder interdisziplinäre Arbeitsgruppen zu bilden. Zudem braucht es Zeit und viel Fachwissen, um Bewohnerinnen und Bewohner zu beruhigen, ohne sie mit Psychopharmaka ruhigzustellen. Lesen Sie dazu die Reportage aus dem Pflegeheim Vex im Kanton Wallis. Dank spezifischer psycho-geriatrischer Methoden haben es die Verantwortlichen geschafft, innerhalb von nur eineinhalb Jahren die Anzahl an Medikamenten drastisch zu reduzieren (Seite 34).

Sich selbst Zeit zu nehmen und anderen Zeit zu schenken, ist eines der wirkungsvollsten Medikamente. Die gute Nachricht für all jene, die jetzt einwerfen werden, dass Zeit ein bedeutender Kostenfaktor ist: Zeit hilft, Medikamentenkosten zu sparen – und teure Spitaleinweisungen aufgrund von Nebenwirkungen zu verhindern. Es lohnt sich also. ●



«WÄRE ICH ALS MÄDCHEN  
IN NEPAL GEBOREN, HÄTTE ICH  
MIR **DAS SCHREIBEN** WOHL  
**SELBST BEIBRINGEN** MÜSSEN.»

*Federica de Cesco, Autorin*



**SCHWEIZER  
FRAUEN  
FÜR MÄDCHEN  
WELTWEIT.**

Mädchen in Armutsregionen werden oft unterdrückt, ausgebeutet und ihrer Rechte beraubt. Als eines der grössten Kinderhilfswerke der Welt fördert Plan International gezielt Mädchen. Denn Mädchenbildung bedeutet Entwicklung – nicht nur für die Mädchen selbst, sondern auch für die Zukunft ihres Landes. Danke, dass Sie helfen: PC 85-496212-5, [www.plan.ch](http://www.plan.ch)







12



25



44

## Inhaltsverzeichnis

**Medikamente****Gefährliche Medikamentencocktails**

Je mehr Medikamente jemand einnehmen muss, umso grösser das Risiko von unerwünschten Neben- und Wechselwirkungen. Menschen in Pflegeheimen gehören zu den Risikopatienten. 6

**Elektronischer Medikationsplan**

In der Westschweiz wird getestet, wie ein E-Medikationsplan die Pflege verbessert und die Patientensicherheit erhöht. 11

**«Ein Brennpunkt der Langzeitpflege»**

Die Stiftung Patientensicherheit erarbeitet Empfehlungen für Pflegeheime. Sie sollen die Kontrolle der Medikation verbessern. 12

**Kaum nachhaltige Kontrollen**

In den Pflegeheimen fehlt es an systematischen Überprüfungen der Medikation von Bewohnern. Das zeigt eine Untersuchung. 16

**Bewährtes Modell**

Im Kanton Freiburg funktioniert ein Modell zur pharmazeutischen Begleitung seit Jahren einwandfrei. Jetzt wird es in Frage gestellt. 20

**Forschung und Produktion für die Gesundheit**

Die Schweizer Pharmaindustrie hat eine lange Tradition. Immer wichtiger wird daneben die Medizinaltechnik. 25

**Die Verantwortung von Ärzten und Pflegepersonal**

Die Verschreibung ist das eine, die Kontrolle der Einnahme das andere. Ärzte und Pflegepersonal stehen in der Verantwortung. 28

**Weniger Psychopharmaka**

Ein Alters- und Pflegeheim im Wallis eröffnete eine Psychogeriatric. Der Effekt: Man braucht weniger Medikamente. 34

**Chemischer Sonderabfall**

Viele Medikamente, die Ärzte verschreiben, werden gar nie eingenommen. Sie werden zu Sondermüll und oft verantwortungslos entsorgt. 39

**Datenschutz****Cyberkriminalität vorbeugen**

Die elektronische Datenverwaltung erleichtert die Heimadministration. Doch sie verlangt einen sicheren Datenschutz. 40

**Behinderung****Mitbestimmung für alle**

Wirkliche Inklusion gibt es erst, wenn Menschen mit einer Behinderung gleichberechtigt mitbestimmen können – sagt die Autistin Nelli Riesen. 44

**Management****Wie abrechnen?**

Ist die Finanzierung der Pflege in einem Heim gesetzeskonform? Mit dem Arbeitsinstrument Curatime lässt sich dies prüfen. 47

**Journal**

**Buchtipps** 51

**Kolumne** 53

**Kurznachrichten** 53

**Stelleninserate** 42, 50

Titelbild: Welche Pillen und Tabletten sind notwendig? Auf welche kann man verzichten? Und wann wird es gefährlich? Die Frage der Medikation ist in den Pflegeheimen jeden Tag aktuell – und überfordert nicht selten das Personal.

**Impressum** Redaktion: Elisabeth Seifert (esf), Chefredaktorin; Urs Tremp (ut); Claudia Weiss (cw); Anne-Marie Nicole (amn) • Korrektorat: Beat Zaugg • Herausgeber: CURAVIVA – Verband Heime und Institutionen Schweiz, 2017, 88. Jahrgang • Adresse: Hauptsitz CURAVIVA Schweiz, Zieglerstrasse 53, 3000 Bern 14 • Briefadresse: Postfach, 3000 Bern 14 • Telefon Hauptnummer: 031 385 33 33, Telefax: 031 385 33 34, E-Mail: info@curaviva.ch, Internet: www.fachzeitschrift.curaviva.ch • Geschäfts-/Stelleninserate: Zürichsee Werbe AG, Fachmedien, Laubisrütistrasse 44, 8712 Stäfa, Telefon: 044 928 56 53, E-Mail: markus.haas@fachmedien.ch • Stellenvermittlung: Telefon 031 385 33 63, E-Mail: stellen@curaviva.ch, www.sozjobs.ch • Satz und Druck: AST & FISCHER AG, New Media and Print, Seftigenstrasse 310, 3084 Wabern, Telefon: 031 963 11 11, Telefax: 031 963 11 10, Layout: Lisa Oppliger • Abonnemente: Natascha Schoch, Telefon: 041 419 01 60, Telefax: 041 419 01 62, E-Mail: n.schoch@curaviva.ch • Bestellung von Einzelnummern: Telefon: 031 385 33 33, E-Mail: info@curaviva.ch • Bezugspreise 2014: Jahresabonnement Fr. 125.–, Einzelnummer Fr. 15.–, inkl. Porto und MwSt.; Ausland, inkl. Porto: Jahresabonnement Fr. 150.–, Einzelnummer keine Lieferung • Erscheinungsweise: 11x, monatlich, Juli/August Sommerausgabe • Auflage: Druckauflage 4000 Ex., WEMF/SW-Beglaubigung 2013: 3000 Ex. (Total verkaufte Auflage 2911 Ex., Total Gratisauflage 89 Ex.), Nachdruck, auch auszugsweise, nur nach Absprache mit der Redaktion und mit vollständiger Quellenangabe. ISSN 1663-6058

Wie kann sichergestellt werden, dass Medikamente so wirken, wie sie wirken sollen?

## Cocktails mit Nebenwirkungen

Nicht alle zugelassenen Medikamente sind auch für ältere und alte Menschen geeignet. Werden Arzneien – wie bei Multimorbidität üblich – kombiniert eingenommen, kann es gar gefährlich werden. Das macht die Medikamentenabgabe im Pflegeheim zur verantwortungsvollen Aufgabe.

Von Urs Tremp

Ähnliche Zahlen weisen die Statistiken auch in anderen mit der Schweiz vergleichbaren Ländern aus: Menschen über sechzig entsprechen zwar (derzeit) nicht ganz einem Drittel der Gesamtbevölkerung. Aber gut zwei Drittel aller Medikamente werden für diese Altersgruppe verschrieben. Und innerhalb der Bevölkerungsgruppe der älteren und alten Menschen ist der Medikamentenkonsum bei jenen Männern und Frauen besonders hoch, die in einem Pflegeheim leben.

Verwunderlich ist das nicht. Wer im Pflegeheim lebt, ist auf irgendeine Art krank – zumeist mehrfach. Es besteht also eine in den meisten Fällen chronische Multimorbidität. Die Krankheiten werden behandelt – mit Medikamenten. Je mehr Krankheiten aber jemand hat, umso mehr Medikamente braucht er oder sie auch. Das erklärt den hohen Anteil an verschriebenen Medikamenten in den Pflegeheimen.

### Mehr als neun Medikamente pro Tag

Die jüngsten greifbaren Zahlen für die Schweiz sind 2016 erhoben worden. Die Arzneimittelstudie der Krankenversicherung Helsana 2017 weist bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern einen Medikamentencocktail von 9,3 verschiedenen Medikamenten gleichzeitig aus. Im Vergleich: Bei den über 65-Jährigen, die nicht in einem Heim leben, sind es 5,6 verschiedene Präparate. Und eine weitere Zahl: Die über 100 000 Frauen



Medikamentenabgabe und -kontrolle im Pflegeheim: Je mehr Krankheiten



und Männer, die in der Schweiz in einem Alters- oder Pflegeheim leben, haben 2016 Medikamente im Wert von 210 Millionen Franken eingenommen.

#### **Je mehr Medikamente, desto höher das Risiko**

Dass Medikamente der Gesundheit und damit der Lebensqualität oft nützen, ist nicht bestritten. Viele akute und chronische Erkrankungen sind heute so gut medikamentös so behandelbar, dass die betroffenen Patienten weitestgehend frei von Beschwerden und Komplikationen leben können. Um dies zu erreichen, ist allerdings häufig eine Behandlung mit mehreren Medikamenten gleichzeitig erforderlich. Doch je mehr Medikamente jemand einnimmt, desto höher ist das Risiko von «unerwünschten Arzneimittelereignissen», wie es Fachleute etwas euphemistisch ausdrücken. Will heissen: Die Kombination verschiedener Wirkstoffe führt zu Wechselwirkungen, die nicht nur unangenehm, sondern gefährlich sein können. Verschärft wird die Gefahr einer – wie es in der Fachsprache heisst – «potenziell inadäquaten Medikation» (PIM), weil ältere und alte Menschen anders

---

**Wechselwirkungen,  
die nicht nur  
unangenehm,  
sondern auch  
gefährlich sind.**

---

auf Medikamente reagieren und sie auch anders abbauen. Pharmakokinetische Studien werden allerdings eher an jungen Erwachsenen durchgeführt, die erhebliche Unterschiede zu alten Menschen aufweisen können.

Forschung und Praxis gehorchen also nicht immer denselben Bedingungen. Will heissen: Die Medikamente haben bei älteren und alten Menschen eine andere Wirkkraft als bei jüngeren

Männern und Frauen – sie wirken stärker, haben ausgeprägtere oder zusätzliche Nebenwirkungen, werden schlechter oder langsamer vom Körper abgebaut, wirken zerstörerisch auf bestimmte Organe. Kurz: Es gibt zahlreiche Arzneimittel, die wegen der pharmakologischen Wirkung und/oder möglicher Wechsel- und Nebenwirkungen für ältere Menschen nicht geeignet sind.

Aufgeschreckt von der Feststellung im Arzneimittelreport von Helsana, dass 80 Prozent aller Heimbewohnerinnen und -bewohner PIM-Arzneien erhalten, wollte die Solothurner Gesundheitspolitikerin und SP-Nationalrätin Bea Heim vom zuständigen Bundesrat wissen, ob und welche Modalitäten der Bundesrat für eine strengere Kontrolle vorsehe. Die Antwort >>



jemand hat, umso mehr Medikamente braucht er oder sie auch.

von Gesundheitsminister Alain Berset: «Die Verschreibung liegt in der Verantwortung des behandelnden Arztes.» Die Überwachung der Ärzte aber ist Sache der Kantone.

Curaviva Schweiz ist sehr interessiert am Pilotprogramm «Sichere Medikation in Pflegeheimen» der Stiftung Patientensicherheit Schweiz (vgl. Interview Seite 12 mit Liat Fishman: «Die Medikation ist ein Brennpunkt in der Langzeitpflege»). Daraus sollen dann Empfehlungen für die Medikamentenabgabe in den Institutionen abgeleitet werden können. Das Problem von inadäquater Medikation und Polypharmazie könne damit aber nicht endgültig gelöst werden. Auch Curaviva verweist auf die Verantwortung der Ärzte.

In Deutschland ist man das Problem vor rund zehn Jahren angegangen. Nach einer breit abgestützten Untersuchung wurden 83 Arzneistoffe aus 18 Arzneistoffklassen (vor allem Schlaf- und Beruhigungsmittel, Antidepressiva, Schmerzmittel, Entzündungshemmer und Herz-Kreislauf-Medikamente) als «potenziell inadäquat für ältere Patienten» bewertet. Von zusätzlichen 46 Stoffen konnte der PIM-Wert nicht eindeutig festgemacht werden – sie könnten je nach Patientin oder Patient verschiedene Nebenwirkungen haben. Gestützt auf diese Forschungsgrundlagen ist die Priscus-Liste erstellt worden, eine für Deutschland relevante Liste von potenziell inadäquaten Arzneimitteln, die man bei älteren Menschen möglichst nicht anwenden sollte oder deren Dosierung angepasst werden muss.

Allerdings zeigte die Erarbeitung dieser Liste, dass es zwar eindeutige PIM gibt und ebenso eindeutig nicht-gefährliche Medikamente oder Medikamentencocktails. Aber es sei zuweilen unumgänglich, alten Menschen Arzneien abzugeben, die man

**Zuweilen ist es unumgänglich, Arzneien abzugeben, die man nicht abgeben dürfte.**

eigentlich nicht abgeben dürfte: «Die Klassifikation eines Arzneistoffs als potenziell ungeeignet für ältere Menschen hängt letztlich nicht nur von dem Grad des Risikos, sondern auch von den verfügbaren Alternativen und der Behandlungsnotwendigkeit ab. Thrombozytenaggregationshemmer wie Acetylsalicylsäure oder Clopidogrel und orale Antikoagulantien wie Phenprocoumon stehen zwar im Verdacht, für eine hohe Zahl von unerwünschten Arzneimittelereignissen bei älteren Patienten

verantwortlich zu sein. Es wäre aber schlecht möglich, diese Arzneistoffe beziehungsweise Arzneistoffklassen als möglicherweise unangemessen für ältere Menschen zu bewerten, weil sie bei vielen «typischen» Alterserkrankungen wie Schlaganfall oder Vorhofflimmern absolut notwendig sind. Für die Anwendungssicherheit dieser Arzneistoffe ist es entscheidend, mögliche Monitoringparameter

und Dosisanpassungen zu beachten.»

#### IT-Technik für die Sicherheit

In der Schweiz wird diese Priscus-Liste zwar von Heim- und Hausärzten auch konsultiert (sie ist im Internet abrufbar), aber verbindlich ist sie nicht. Will und kann sie nicht sein – wie auch die Erheber dieser Liste schreiben: «Die vollständigen Priscus-Medikationsempfehlungen sind als Hilfestellung und zur Unterstützung von Ärzten und Apothekern gedacht. Die Liste erhebt weder einen Anspruch auf Vollständigkeit noch ersetzt sie eine auf den einzelnen Patienten bezogene Nutzen-Risiko-Abwägung. Sie soll vielmehr auf besondere Probleme bei der Arzneimitteltherapie älterer Menschen aufmerksam machen.» Das heisst: Letztlich liegt der Entscheid tatsächlich beim Arzt oder bei der Ärztin. Eine Chance sahen die Priscus-Erfinder



Apothek aus dem 19. Jahrhundert im Museum: «Die Klassifikation eines Arzneistoffs hängt nicht nur von dem Grad des Risikos, sondern auch von den verfügbaren Alternativen und der Behandlungsnotwendigkeit ab.»



## Nationales Forschungsprojekt zur Medikation in Pflegeheimen

Im Rahmen des Nationalen Forschungsprojekts 74, das «helfen will, die konkreten Herausforderungen in der Behandlung von chronisch Kranken in der Schweiz zu bewältigen», wird auch gesondert untersucht, ob und wann bei älteren und alten Menschen ungeeignete Medikamente reduziert oder sogar abgesetzt werden können. Die an der Studie beteiligten Fachleute sind überzeugt, dass durch das sogenannte «Deprescribing» (Wegstreichen, Kürzen) «der Gesundheitszustand und die Lebensqualität von älteren Menschen verbessert werden kann». Ziel der Studie ist «die Entwicklung eines berufsübergreifenden Ansatzes für das Deprescribing in Alters- und Pflegeheimen».

Das Forschungsprojekt ist im vorletzten Jahr gestartet worden und soll bis 2023 abgeschlossen werden. Die Forschenden können sich zum Teil auf Erfahrungen in Alters- und Pflegeheimen der Kantone Waadt und Freiburg stützen. In diesen Heimen werden Fragen zur Medikation seit mehreren Jahren von Pflegenden, Ärztinnen und Apotheker gemeinsam bearbeitet (s. «Ein gefährdetes Aushängeschild», S. 20),

Dass man das Deprescribing ins Forschungsprojekt aufgenommen hat und die Medikation in den Alters- und Pflegeheimen genauer unter die Lupe nehmen will, hat auch mit den praktischen täglichen Erfahrungen in den Heimen zu tun. Die Medikamentenversorgung älterer und alter Menschen mit häufig mehreren Leiden ist kompliziert.

### Auf heiklem Terrain

Dass mehrere Akteure an der Versorgung beteiligt sind (Ärztinnen, Ärzte, Pflegepersonal, Apotheken), macht die Sache nicht einfacher und auch nicht unbedingt sicherer. Die Tox Info Suisse, die Auskunfts- und Notfallstelle bei Vergiftungen, bekommt täglich einen bis zwei Anrufe aus Pflegeheimen. Das ist ein Beleg dafür, auf welch heiklem Terrain sich die Versorger bewegen. Meist geht es um die Verwechslung von Medikamenten oder um falsche Dosierungen. Eine Reduktion oder Streichung von Medikamenten mindert dieses Risiko – und spart Kosten. Für die komplexesten Fälle sollen individuelle Medikationsprüfungen angeboten werden können.

Anzeige

**digacare** **PFLEGE BETTEN**  
*Perfecta*

**Bestes Preis-Leistungs-Verhältnis der Schweiz!** 

**10x**  
in der Schweiz

Infoservice: 055 450 54 19  
[www.diga.ch/care](http://www.diga.ch/care)

I d' d'iga muesch higa!

allerdings schon vor zehn Jahren in der «Einbindung der Liste in elektronische Verordnungssysteme».

In Deutschland gibt es inzwischen mehrere Vorschläge, wie ein webbasiertes Risikoprüfungssystem funktionieren könnte, damit unerwünschte intermedikamentöse Wechselwirkungen vermieden werden können. Ende dieses Jahres soll in der Schweiz ein elektronischer Medikationsplan zur Verfügung stehen, der es Patienten und Ärzten ermöglicht, Medikamente, Wirkstoffe und Dosierungen zu überprüfen.

### Verändertes Verhalten auch von Seiten der Ärzte

Allerdings dämpfen Untersuchungen in den USA allzu grossen Optimismus, dass allein IT-Technik das Risiko falscher Medikationen schliesslich gegen null würde senken können. Fazit einer Studie im Bundesstaat Massachusetts: «Die alleinige Hoffnung, vor allem Ergebnisqualitätsprobleme mit technischen oder IT-Lösungen allein vermeiden zu können, muss erheblich eingeschränkt werden. Technische Lösungen tragen erst dann ihren Teil zur Problemlösung bei, wenn sie durch eine ganze Reihe sozialer, mentaler und kommunikativer Veränderungen von Ärzten und anderen Akteuren in den Praxen sowie weitere organisatorische Interventionen ergänzt werden.»

Zwar muss nicht jede Therapie mit unverträglichen Medikamenten folgenschwer enden – und tut es auch nicht. Aber immerhin sollen falsche Medikationen in der Schweiz jährlich etwa 18000 Spitaleinweisungen notwendig machen. Weil im Alter Leber und Niere oft nicht mehr sehr funktionstüchtig sind, kann es wegen einer falschen Medikation zu einem Organversagen kommen, das tödlich endet. Nicht selten nach einer Medikationsspirale, wenn Nebenwirkungen mit anderen Medikamenten behandelt wurden. Zudem wird bei alten Leuten seltener überprüft, ob alle Medikamente noch nötig sind oder ob nicht das eine oder andere wieder abgesetzt werden kann. ●



## Neuwertiges Mobiliar durch budgetschonende Sanierung

Durchgesessene Polster und ramponierte Gestelle machten die Sitzmöbel im Zentrum Schlossmatt in Burgdorf nach Jahren des Gebrauchs unansehnlich. Zudem passten die Stühle farblich nicht mehr zum neuen Einrichtungskonzept.

Als Tisch- und Stuhlhersteller ist Girsberger auch Spezialist für die Erneuerung von bestehendem Mobiliar. Zunächst wurde ein Musterstuhl sandgestrahlt, mehrfach lackiert und neu gepolstert. Das Ergebnis überzeugte und so liess das Pflegezentrum insgesamt 164 Stühle überarbeiten. Zudem wurden die bestehenden Tischgestelle neu pulverbeschichtet und mit neuen Platten nach Mass ausgestattet.

Die fachgerechte Wiederinstandsetzung von abgenutztem Mobiliar schont das Budget und leistet einen Beitrag zur Nachhaltigkeit. Um die Möglichkeit einer Sanierung Ihrer Möbel abzuklären, steht Ihnen Andreas Kramer unter +41 (0)79 449 14 25 oder [andreas.kramer@girsberger.com](mailto:andreas.kramer@girsberger.com) gerne zur Verfügung.



Wie kann IT-Technik helfen, dass Medikamente richtig verabreicht werden?

# Der elektronische Medikationsplan

Das Réseau Santé Nord Broye führt im Kanton Waadt ein zweijähriges Pilotprojekt zu einem elektronischen Medikationsplan durch. Ziel des Projekts: Bis ins Jahr 2019 im ganzen Kanton alle Medikationsinformationen auf einer elektronischen Plattform zusammenzuführen.

Von Anne-Marie Nicole

Eines der Probleme, mit dem sich das Pflegepersonal regelmässig konfrontiert sieht, ist das Fehlen vollständiger, zuverlässiger und aktueller Informationen über die zahlreichen Medikamente, die multimorbide Patienten einnehmen. Oft verfügen die verschiedenen Akteure, die mit dem Patienten zu tun haben (Ärzte, Apotheker, Spitäler, Alters- und Pflegeheime, häusliche Hilfsdienste) nicht über die gleichen und mitunter sogar über widersprüchliche Informationen. «Die Faktenlage zeigt, dass zahlreiche Informationen über die verschiedenen Schnittstellen des Gesundheitswesens hinweg verloren gehen. Dadurch steigt das Risiko ärztlicher Fehler», sagt Franck Perez, Verantwortlicher der Gedächtnis- und Geriatriezentren des Réseau Santé Nord Broye (RSNB). Er ist Leiter eines Pilotprojekts, mit dem ein elektronischer Medikationsplan geprüft und getestet wurde.

Grund für dieses Pilotprojekt: Behandlungen in der Notaufnahme, Spital-Austritte sowie der Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim stellen schwierige Schnittstellen dar.

Meistens müssen zuerst verschiedene Stellen kontaktiert werden, um Informationen über sämtliche medikamentösen Verschreibungen eines Patienten zu erfassen. «Stellen Sie sich vor: Nach den vom Universitätsspital Lausanne CHUV bereitgestellten Informationen benötigt der Arzt bei jedem stationären multimorbiden Patienten unter Polymedikation durchschnittlich eine Stunde, um dessen vollständige Medikation zu ermitteln. Bei jährlich 500 stationären Patienten mit einem elektronischen Medikationsplan würde die beim Eintritt eingesparte Zeit etwa zwei Arztstellen entsprechen», rechnet Franck Perez vor.

## Die Schlüsselakteure des Projekts

Das Pilotprojekt zum elektronischen Medikationsplan, das in den Jahren 2016 und 2017 im Norden des Waadtlands durchgeführt wurde, steht einerseits in Zusammenhang mit der nationalen E-Health-Strategie und der bevorstehenden Einführung des elektronischen Patientendossiers. Andererseits ergänzt es die waadtländische Gesundheitspolitik, die eine bessere Integration und Kontinuität der Pflegeleistungen anstrebt. Drei Schlüsselakteure wurden

in das Pilotprojekt eingebunden: Aufseiten der Gesundheitsberufe haben insgesamt 43 Ärzte sowie 36 Apotheker am Projekt mitgewirkt, ausserdem 210 Patienten im Alter von 33 bis 97 Jahren, die alle multimorbid waren und unter Polymedikation standen, also mindestens vier Medikamente gleichzeitig einnehmen mussten.

## Die Medikation selbst steuern

Das Ziel dieser Plattform besteht darin, die gesamte Medikationshistorie des Patienten an einem Ort zusammenzuführen und eine einzige, umfassende und aktualisierte Liste zu erstellen. Dadurch kann die Medikation besser gesteuert werden, was wiederum eine grössere Sicherheit und Wirksamkeit ermöglicht. «Das ist für den Patienten beruhigend. So muss er nicht mehr zu jedem Arztbesuch eine Tasche mit allen Medikamenten mitnehmen», erläutert Franck Perez. Der spezialisierte Ingenieur für systemische Projekte im Gesundheitswesen sieht im Projekt nebst diesem einleuchtenden Nutzen auch eine weitere, in seinen Augen wesentliche Funktion: die Verantwortung und langfristige Erziehung des Patienten. «Wir möchten die Patienten dahingehend sensibilisieren, dass sie selbst zu Akteuren ihrer Gesundheit werden. Letztlich stehen sie im Zentrum des Projekts.»

Die am Pilotprojekt beteiligten Ärzte und Apotheker haben keine Zweifel am Sinn des elektronischen Medikationsplans. Ein Medikationsabgleich sei dringend notwendig: Nach ihrer Ansicht führt er zu einem Zeitgewinn, einem einfachen Informationszugang und einer höheren Sicherheit bei der Pflege. Damit das Projekt wirklich nützlich ist, müssten allerdings auch Spitäler, Alters- und Pflegeheime oder Spitexdienste eingebunden werden, fordern die Beteiligten. Die Zusammenarbeit der Systeme stelle jedoch ein grosses Hindernis dar.

Im Jahr 2018 wird sich die Waadtländer Dienststelle für Gesundheitswesen, unterstützt vom Team des RSNB, daher um eine Anpassung der Verwendungsmodalitäten bemühen, vor allem im Hinblick auf eine kantonsweite Einführung im Jahr 2019. «Das wird nicht einfach werden», räumt Franck Perez ein, «doch es liegt an uns, die Vorteile des Systems aufzuzeigen: eine bessere Kommunikation, die gegenseitige Anerkennung der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen und die Qualität der Betreuung der Patienten.» Wenn sich immerhin einmal 10 000 Patienten, 250 Apotheker und 300 Hausärzte beteiligen, würde das bedeuten, dass 20 Prozent der Patienten unter Polymedikation abgedeckt würden. Das wäre für ihn bereits ein grosser Erfolg. ●

Dieser Text wurde aus dem Französischen übersetzt

**Das Ziel ist, eine einzige, umfassende und aktualisierte Medikationsliste zu erstellen.**

## Patientensicherheit Schweiz: Pilotprogramm «Sichere Medikation in Pflegeheimen»

# «Die Medikation ist ein Brennpunkt in der Langzeitpflege»

Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz erarbeitet praktische Empfehlungen für Pflegeheime, um die Kontrolle der Medikation zu verbessern. Liat Fishman\*, Leiterin des Pilotprogramms, erläutert die Eckwerte des Projekts – und kommentiert erste Ergebnisse.

Interview: Elisabeth Seifert

**Mit dem Programm «Sichere Medikation in Pflegeheimen» wollen Sie dazu beitragen, dass Pflegeheimbewohner weniger ungeeignete und unnötige Medikamente erhalten. Weshalb hat die Stiftung Patientensicherheit Schweiz dieses Projekt gerade jetzt lanciert?**

**Liat Fishman:** Ein solches Projekt planen wir bereits seit einiger Zeit. Vor ein paar Jahren analysierten wir mit einem Expertengremium die Brennpunkte in der stationären und ambulanten Langzeitpflege. Die Medikationssicherheit schälte sich hier als ein prioritäres Thema heraus. Ein doch bedeutender Teil der betagten Schweizer Bevölkerung ist davon betroffen. In den rund 1600 Schweizer Pflegeheimen werden über 100 000 Menschen betreut. Das Problem der Polymedikation ist jetzt durch

eine Studie des Krankenversicherers Helsana, die Ende letztes Jahr publiziert wurde, bestätigt worden.

**Handelt es sich bei der Frage der Polymedikation nicht um ein Thema, das älter werdende Menschen ganz generell betrifft – über die Pflegeheime hinaus?**

Bei der Helsana-Studie hat man die Medikamentenbezüge der Allgemeinbevölkerung über 65 Jahren verglichen mit jenen von Pflegeheimbewohnern und dabei einen Unterschied von

vier Medikamenten pro Tag festgestellt. Die Allgemeinbevölkerung über 65 Jahren bezieht im Schnitt 5,6 Medikamente pro Tag und die Pflegeheimbewohner 9,3 Medikamente. Die Analyse der Helsana zeigt zudem, dass zwischen 2013 und 2016 die

Medikamentenbezüge in den Pflegeheimen insgesamt um knapp 13 Prozent angestiegen sind. Dabei weiss man: Je mehr Medikamente verschrieben werden, desto mehr potenziell inadäquate Medikamente (PIM) werden verschrieben. Gerade in Pflegeheimen kommt es sehr oft zu solchen Verschreibungen. Darauf müssen wir ein besonderes Augenmerk legen.

**«In den USA wurde schon 1991 eine Liste von inadäquaten Medikamenten erstellt.»**

**Wie erklären Sie sich solche Unterschiede zwischen der Allgemeinbevölkerung und den Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen?**

Die stets höher werdende Lebenserwartung hat zur Folge, dass chronische Krankheiten und auch die Fälle von Demenz zunehmen. In den Pflegeheimen wohnen Menschen, die oft mehrere Krankheiten gleichzeitig haben. Und all diese Krankheiten werden mit Medikamenten therapiert. Das Problem dabei ist, dass bei älteren Menschen, die schon über viele Jahre eine be-



\* **Liat Fishman**, Dr. med., ist bei Patientensicherheit Schweiz Leiterin der Pilotprogramme «progress! Sichere Medikation in Pflegeheimen» und «progress! Sichere Medikation an Schnittstellen».



stimmte Therapie haben, diese oft nicht mehr hinterfragt wird. Die Therapieziele ändern sich aber im Lauf der Zeit. Bei einem 90-Jährigen macht es möglicherweise keinen Sinn mehr, ein Medikament zu verschreiben, das in zehn Jahren einen Herzinfarkt verhindern soll. Im Vordergrund sollte ganz besonders die Lebensqualität stehen. Hinzu kommt, dass Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner ihre Bedürfnisse nicht mehr so klar äussern können, wodurch das Risiko einer falschen Behandlung steigt.

#### **In Pflegeheimen werden besonders oft Medikamente verschrieben, die für Menschen ab 65 Jahren nicht geeignet sind, die sogenannten PIM – ein besorgniserregender Trend?**

Zu solch potenziell inadäquaten Medikamenten zählen Psychopharmaka wie Neuroleptika oder Benzodiazepine. Weiter gehören auch entzündungshemmende Medikamente wie Diclofenac und Ibuprofen dazu, aber auch eine ganze Reihe anderer Medikamente. Man weiss heute, dass solche Medikamente für betagte Menschen hohe Risiken mit sich bringen, weil im Alter Medikamente anders wirken und abgebaut werden. Studien legen dar, dass das Risiko für Spitalweisungen steigt, je mehr solche Medikamente verschrieben werden.

## **Ein erster Bericht wurde Mitte Januar veröffentlicht**

Das Pilotprogramm «progress! Sichere Medikation in Pflegeheimen» von Patientensicherheit Schweiz setzt sich aus einem Grundlagenprojekt (2017 bis 2018) und einem Vertiefungsprojekt (2018 bis 2020) zusammen. Um die Ausgangslage in den Pflegeheimen zu verstehen, wurde in einem ersten Schritt eine Befragung bei allen Schweizer Pflegeheimen durchgeführt. Ziel dabei war, sich einen Überblick zu verschaffen, wie die Abläufe zur Überprüfung der Medikationslisten und der Nebenwirkungen funktionieren. Der Datenbericht ist Mitte Januar veröffentlicht worden. In weiteren Schritten werden dann praktische Empfehlungen erarbeitet.

Das Projekt «progress! Sichere Medikation in Pflegeheimen» ist das vierte in der Reihe der nationalen Pilotprogramme «progress!». Diese werden alle massgeblich durch das Bundesamt für Gesundheit finanziert.

#### **Ist die Sensibilität für diese Problematik noch zu wenig hoch?**

In den USA haben Ärzte bereits 1991 eine Liste solcher potenziell inadäquater Medikamente erstellt. Diese Liste wurde seither laufend aktualisiert. Eine entsprechende Liste gibt es auch für Deutschland. Für die Schweiz fehlt eine solche Zusammenstellung zurzeit noch, wobei sich die in Deutschland und der Schweiz erhältlichen Wirkstoffe natürlich nicht allzu stark unterscheiden. Eine Übersichtsstudie hat ergeben, dass in Nordamerika deutlich weniger PIM verschrieben werden als in Europa.

#### **Wie hoch schätzen Sie die unerwünschten Folgen der Polymedikation oder auch von potenziell inadäquaten Medikamenten bei Bewohnenden von Pflegeheimen ein?**

Hier gibt es keine verlässlichen Zahlen für die Schweiz. Aus unserer Befragung geht hervor: 20 Pflegeheime, das sind 5 Pro-

zent der befragten Heime, haben angegeben, dass im letzten Monat ein Bewohner mutmasslich aufgrund von Nebenwirkungen stationär in einem Spital aufgenommen werden musste. Und 29 Heime, also 7 Prozent der befragten Heime, gaben an, dass es

---

**«Unser Augenmerk liegt besonders auf der Verschreibung nicht geeigneter Medikamente.»**

---

im vergangenen Monat einen schweren Zwischenfall wegen Medikamenten gab. Zahlen aus Deutschland, den USA und Kanada deuten darauf hin, dass in einem Pflegeheim mit 100 Bewohnern pro Monat ungefähr 10 unerwünschte Arzneimittelereignisse auftreten. 40 bis 60 Prozent dieser Ereignisse wären vermeidbar.

#### **Wie beurteilen Sie solche Zahlen?**

Jeder vermeidbare Zwischenfall ist einer zu viel. Ein Spitalaufenthalt kann für einen Pflegeheimbewohner oder eine Pflegeheimbewohnerin oft sehr gefährlich sein, weil er oder sie sich nur schwer davon erholen kann. Hinzu kommt, dass unerwünschte Arzneimittelereignisse nicht immer zu einem grösseren Problem führen. Es geschehen sehr viele Fehler, zu einem schweren Zwischenfall kommt es aber eher selten. Wenn man Sicherheitsmassnahmen ergreift, lassen sich sowohl die kleineren als auch die schweren Fälle vermeiden.

#### **In einem ersten Teil des Projekts fokussieren Sie mittels einer Befragung auf die aktuelle Organisation der Überprüfung von Medikationslisten und der Überwachung von Nebenwirkungen. Wie beurteilen Sie die Situation in den Schweizer Heimen?**

Wir haben ganz generell den Eindruck, dass das Thema bei den Fachpersonen, sowohl beim Personal in den Heimen wie auch bei den Ärzten, noch stärker in den Fokus rücken muss. Die Überprüfungen der Medikation finden zwar vielerorts statt. Diese müssten aber noch verbindlicher sein und noch regelmässiger und systematischer durchgeführt werden. Verbesserungspotenzial gibt es zudem bei der interprofessionellen Zusammenarbeit von Pflegenden, Ärzten und Apothekern.

#### **Gibt es aus Ihrer Sicht besonders überraschende Ergebnisse?**

Positiv überrascht hat mich, dass 70 Prozent der Heime mit Alternativmedizin und pflegerisch-therapeutischen Massnahmen versuchen, den Einsatz von Neuroleptika und Benzodiazepinen zu verringern. Das hat mir gezeigt, dass bei der Pflege ein Problembewusstsein da ist. Ein Fünftel der Teilnehmenden hat aber trotzdem geschätzt, dass die Bewohnenden mehr Psychopharmaka erhalten, als notwendig ist.

#### **Was muss aus Ihrer Sicht gegeben sein, damit man von einer guten Überprüfung der Medikationslisten sprechen kann?**

Es braucht regelmässig – mindestens einmal im Jahr – unter >>

Einbezug des Bewohners eine individuelle Nutzen- und Risikoabwägung der Therapie. Dabei müssen Fragen besprochen werden wie: Lassen sich nicht mehr benötigte Medikamente absetzen? Oder: Gibt es bei der verschriebenen Medikation Nebenwirkungen und Risiken? Verschiedene Studien zeigen dabei auf, mit welchen Massnahmen eine solche Überprüfung effektiv durchgeführt werden kann. Zum Beispiel, indem Apotheker die Medikation prüfen und die Erkenntnisse dann gemeinsam mit dem Arzt und einer Pflegefachperson besprochen werden. Die Schwierigkeit besteht allerdings darin, dass die unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den Heimen die flächendeckende Umsetzung solcher Massnahmen oft erschweren.

### Können Sie das konkretisieren?

Dort, wo die Systeme sehr dezentral gestaltet sind, wo also eine Vielzahl von Ärzten jeweils eine kleine Zahl von Patienten in vielen Heimen betreuen, ist es schwieriger, solche Massnahmen umzusetzen. Ausserdem ist in den Kantonen unterschiedlich geregelt, ob die Heime mit Vertrauensapothekern arbeiten müssen und ob Ärzte Medikamente abgeben dürfen. Dies hat einen Einfluss darauf, welche Rolle die Apotheker im Heim einnehmen. Unsere Aufgabe besteht in den nächsten Monaten darin, Empfehlungen und Massnahmen zu erarbeiten, die in verschiedenen Settings umgesetzt werden können.

«Unabhängig von den Strukturen spielt das Engagement der Leitungsebene eine wichtige Rolle.»

### Die Zusammenarbeit mit den Apotheken spielt für eine effektive Überprüfung der Medikation eine wichtige Rolle?

Ja, ich bin überzeugt davon, dass sich Ärzte und Apotheker gerade auch bei der Überprüfung der Medikation gegenseitig

## Curaviva Schweiz ist Umsetzungspartner

Curaviva Schweiz ist mit Verbandsdirektor Daniel Höchli in der Steuerungsgruppe der nationalen Programme «progress!» der Stiftung Patientensicherheit Schweiz vertreten. Der Verband ist interessiert an den Empfehlungen für die Pflegeheime, die in den kommenden Monaten von Patientensicherheit Schweiz erarbeitet werden. Bei der Umsetzung der Empfehlungen wird der Verband eine aktive Rolle übernehmen. Curaviva Schweiz und Patientensicherheit Schweiz haben sich auf eine Kooperationsvereinbarung geeinigt. Curaviva wird damit Partner bei Massnahmen zum Praxistransfer im Rahmen eines Anschlussprogramms.

befruchten können und dass die Zusammenarbeit gelingen kann. Dafür braucht es aber einen Kulturwandel. In der Westschweiz finden bereits regelmässig Qualitätszirkel zwischen Ärzten und Apothekern statt. Die Zusammenarbeit muss zu-

dem auch die Pflege mit einschliessen. Gefragt ist eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe.

### Die Überwachung der Medikation funktioniert in der Westschweiz also besser?

Die erfolgsversprechenden Prozesse sind in der Westschweiz etablierter. Es gibt aber noch keine Untersuchung aus der Schweiz, wie sich solche interprofessionellen Strukturen auf die Gesundheit der Bewohnenden auswirken. Im Rahmen eines breit angelegten nationalen Forschungsprogramms zur Gesundheitsversorgung wird jetzt aber untersucht, welche Folgen gerade auch Qualitätszirkel und vertiefte Überprüfungen durch Apotheker für die Medikationssicherheit und Lebensqualität der Bewohner haben. Bereits bestehende Studien zeigen zudem, dass durch interprofessionelle Gefässe die Anzahl Medikamente generell und gerade auch die potenziell inadäquaten Medikamente reduziert werden können.

### Wie beurteilen Sie das Heimarztmodell?

Je weniger Ärzte im Heim ein- und ausgehen, desto einfacher ist es, die Prozesse zu standardisieren und Massnahmen wie regelmässige Fallbesprechungen zu planen. Gerade auch, was die medizinische Betreuung betrifft, gibt es eine grosse Heterogenität in der Schweiz. In unserer Befragung war auffallend, dass selbst in Heimen mit einem Heimarzt ein nicht unerheblicher Teil der Bewohner noch von Hausärzten betreut wird. Es gibt natürlich die freie Arztwahl. Manche Heime wirken beim Eintritt neuer Bewohner im Gespräch darauf hin, ob sie nicht durch den Heimarzt betreut werden wollen.

### Wie geht es jetzt weiter mit dem Projekt der Stiftung Patientensicherheit?

In weitergehenden Datenanalysen werden wir klären, ob es Zusammenhänge gibt zwischen verschiedenen strukturellen Faktoren und konkreten Ergebnissen. Es geht also darum aufzuzeigen, ob das Heimarztmodell, die Zusammenarbeit mit den Apotheken oder auch die Grösse eines Heimes Auswirkungen haben auf die Medikationsprozesse oder etwa auch die Zufriedenheit der Pflegedienstleitungen. Ich glaube aber auch, dass unabhängig von bestimmten Strukturen das Engagement der Leitungsebene eine zentrale Rolle spielt. Wichtig ist zudem, wie gut das Qualitätsmanagement in einem Heim funktioniert. Inwieweit also Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten geklärt sind.

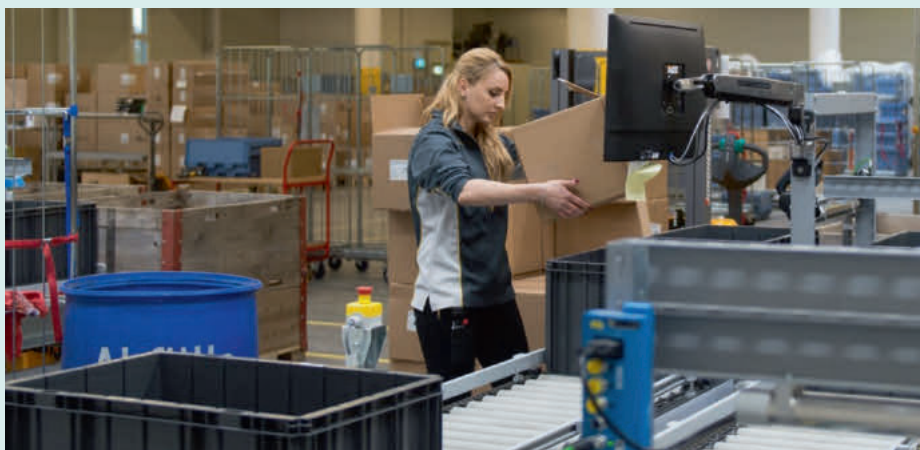
### Die Befragung der Heime ist eine wichtige Grundlage für die Erarbeitung von Empfehlungen. In welche Richtung werden diese gehen?

Das ist zurzeit noch offen. Wir werden, wie gesagt, die Daten der Befragung genauer analysieren und auch Gespräche mit Akteuren führen, besonders mit Ärzten. Wir werden uns dann entscheiden, ob wir mit den Empfehlungen übergeordnet ansetzen oder uns auf die klinisch-inhaltliche und Prozessebene konzentrieren. Eine Möglichkeit besteht zum Beispiel darin, dass die Heime mit den Ärzten Vereinbarungen treffen. Ab Mitte Jahr werden wir konkrete Empfehlungen erarbeiten und diese dann bis 2020 gemeinsam mit einzelnen Betrieben in der Praxis testen. ●



# DIE POST: SICHERE UND ZUVERLÄSSIGE PARTNERIN IM GESUNDHEITSWESEN

Als erfahrene Logistikerin unterstützt die Post Akteure im Gesundheitswesen. Gemeinsam mit den Kunden entwickelt sie massgeschneiderte Lösungen, damit sich Leistungserbringer wie Spitäler und Heime auf ihre Kernaufgabe konzentrieren können: Die Arbeit am Patienten.



Als erfahrene Logistikerin unterstützt die Post unter anderem Spitäler, damit diese sich auf ihre Kernaufgabe konzentrieren können: Die Arbeit am Patienten.

Vom temperaturgeführten Versand von Arzneimitteln bis hin zu gesamthaften Logistiklösungen: Der Wettbewerb im Gesundheitswesen fordert individuelle Logistikkonzepte zugeschnitten auf den Leistungserbringer. Die Post hat sich durch ihre langjährige Erfahrung als Gesamtdienstleisterin im Gesundheitswesen etabliert. Gemeinsam mit ihren Kunden entwickelt sie ihr Portfolio laufend weiter.

## Medizinprodukte zentral lagern

Die Post ist derzeit die einzige Anbieterin in der Schweiz, welche ein automatisiertes Logistikzentrum gezielt für Spitäler und Heime anbietet. Der Autostore in Villmergen ist speziell für die Lagerung von Medizinprodukten und Arzneimitteln ausgerichtet. Kunden profitieren von modernsten logistischen Strukturen, einer schnellen Warenbereitstellung und hoher Kommissionierqualität, rascher Retourenverarbeitung und Wiedereinlagerung, einfacher IT-Anbindung sowie einer umfangreichen Beratung entlang der gesamten Wertschöpfungskette. Mit der

Auslagerung der Logistik im gewünschten Umfang lässt sich langfristig eine Kostenoptimierung erzielen. Ab dem Autostore sorgt ein dediziertes GDP-zertifiziertes Transportnetzwerk mit temperaturkontrollierten Fahrzeugen für die sichere und fristgerechte Zustellung zu den Empfängern.



Rund 230 Spitäler erhalten ihre dringend benötigten Produkte fristgerecht morgens in der Früh direkt vor den Operationsaal geliefert.

## Arzneimittel kostengünstig und sicher transportieren

Die Leitlinien der GDP (Good Distribution Practice / Leitlinien für die gute Vertriebspraxis von Humanarzneimitteln) schreiben vor, wie Arzneimittel transportiert werden müssen. Mit ThermoCare hat die Post eine ideale passive Versandlösung entwickelt. Im September 2017 hat DQS, die Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen, die Versandlösung ThermoCare Ambient zertifiziert und damit auch die Einhaltung der GDP-Leitlinien bestätigt. Damit ist ThermoCare schweizweit die erste zertifizierte Lösung für den temperaturgeführten Paketversand im Ambient-Bereich zwischen 15 und 25 Grad Celsius. Die sensible Fracht wird preiswert und sicher im massentauglichen Paket-, Express- oder bei Bedarf im SameDay-Kanal transportiert. Im Frühling 2018 wird der temperaturgeführte Arzneimittelversand mit ThermoCare Cold auf den Bereich 2 bis 8 Grad Celsius erweitert.

## Swiss-Express «Innight» Medica - die Nachtlogistik für Spitäler

Jede Nacht übernimmt und liefert die Post medizinische Produkte und Geräte für Operationen wie beispielsweise der Orthopädie und Traumatologie in die Spitäler. Ob es sich um Implantate, deren Hilfsmittel und Zubehör sowie Instrumente handelt: Rund 230 Spitäler erhalten ihre dringend benötigten Produkte fristgerecht bis 7 Uhr früh direkt vor den Operationsaal geliefert.

**Kontakt**  
Post CH AG, PostLogistics  
Wankdorfallee 4, 3030 Bern  
Telefon 0848 888 888  
kundendienst@post.ch  
www.post.ch/gesundheitsmarkt  
www.post.ch/ehealth

**DIE POST** 

Ergebnisse der Online-Befragung durch die Stiftung Patientensicherheit Schweiz

# Gefragt ist eine bessere Systematik bei der Überprüfung der Therapie

Eine Befragung bei Pflegedienstleitungen zeigt, dass die Systematik beim Überprüfen der Therapie mit Medikamenten weitgehend fehlt. Deren Förderung und die interprofessionelle Zusammenarbeit könnten einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass weniger Medikamente abgegeben werden.

Von Lea Brühwiler, Andrea Niederhauser, Liat Fishman\*

Die Medikation von Pflegeheimbewohnenden ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Bei den meist älteren und multimorbiden Patienten sind oft mehrere Medikamente nötig. Eine aktuelle Analyse des Krankenversicherers Helsana zeigt, dass Polymedikation verbreitet ist; 86 Prozent der Schweizer Pflegeheimbewohnenden nahmen fünf oder mehr Medikamente über mindestens drei Monate ein. Für die Analyse wurden Bezugsdaten von über 65-jährigen Bewohnenden ausgewertet. Polymedikation ist nicht ungefährlich. So erleiden polymedizierte Patienten häufiger arzneimittelbezogene Probleme wie Wechsel- oder Nebenwirkungen. Ausserdem haben sie ein höheres Risiko für vermeidbare Hospitalisationen und sind von einer höheren Mortalität betroffen.

**Medikamente werden oft akut verordnet und sind später womöglich nicht mehr nötig.**

\* Andrea Niederhauser, Lea Brühwiler und Liat Fishman haben den Datenbericht zu den Ergebnissen der Online-Befragung der Pflegeheime verfasst. Die drei Wissenschaftlerinnen arbeiten in unterschiedlichen Funktionen bei der Stiftung Patientensicherheit Schweiz.

Wenn eine grosse Anzahl an Medikamenten verschrieben wird, werden auch eher potenziell inadäquate Medikamente (PIM) verordnet. Auch hier zeigen die Helsana-Daten, dass dies in Schweizer Pflegeheimen häufig vorkommt. 79 Prozent aller analysierten Bewohnenden bezogen im Jahr 2016 mindestens ein PIM. Bei der Hälfte aller Bewohnenden (56 Prozent) war sogar ein Langzeitbezug (mindestens drei Bezüge des gleichen PIM) zu verzeichnen. Dies ist bedenklich, da Patienten mit PIM besonders häufig von arzneimittelbezogenen Problemen und Hospitalisationen betroffen sind.

Um die Polymedikation und Verwendung von PIM zu reduzieren, kann an verschiedenen Punkten im Medikationsprozess angesetzt werden. Damit von vornherein eine bestmögliche

Therapie verordnet wird, ist eine strenge Indikationsstellung, eine Nutzen/Risiko-Abwägung und eine sorgfältige Wirkstoffwahl, zum Beispiel mittels PIM-Liste, nötig. Um sicherzustellen, dass ein Medikament bei der Anwendung gut verträglich ist, sollte systematisch beobachtet werden, ob Nebenwirkungen auftreten. Medikamente werden oft akut verordnet und sind nach einiger Zeit möglicherweise

nicht mehr indiziert. Auch sollte eine langjährige Therapie hin und wieder hinterfragt werden, da sich die Therapieziele und die Gesamtsituation des Bewohnenden mit der Zeit verändern können. Daher ist es wichtig, die Medikationslisten regelmässig und systematisch zu überprüfen. Dies gibt oft den Anstoss für das sogenannte «Deprescribing», ein kontrolliertes Absetzen von Medikamenten.

## 420 Heime haben mitgemacht

Die beschriebenen Problemfelder und möglichen Verbesserungsmaßnahmen werden durch das Programm «progress! Sichere Medikation in Pflegeheimen» aufgegriffen. Das Pro-



gramm wurde vom Bund im Rahmen seiner Qualitätsstrategie initiiert und wird von der Stiftung Patientensicherheit Schweiz entwickelt und umgesetzt.

In einem ersten Schritt erfolgt eine Bestandesaufnahme, die die Problematik von Polymedikation und PIM bei Bewohnenden von Alters- und Pflegeinstitutionen sowie mögliche Verbesserungsmassnahmen näher beleuchten soll. Als Teil der Bestandesaufnahme wurde im Herbst 2017 eine Online-Befragung bei Pflegedienstleitungen (PDL) in Schweizer Pflegeheimen durchgeführt. Ziel der Befragung war es, einen Überblick zu schaffen, wie die Überprüfung der Medikation und die Überwachung der Nebenwirkungen organisiert sind, wie die interprofessionelle Zusammenarbeit gestaltet ist und welche Herausforderungen bestehen. Der Rücklauf betrug 28 Prozent (420 von 1525 angeschriebenen PDL), wobei die drei Sprachregionen annähernd proportional vertreten waren.

#### Interprofessionelle Gefässe

Die Befragung ergab, dass bei 53 Prozent der teilnehmenden Pflegeheime bei sämtlichen Bewohnenden eine systematische Überprüfung der Medikation in definierten Intervallen vorgesehen ist. Bei 12 Prozent der Heime ist eine solche regelmässige Überprüfung bei Bewohnenden mit bestimmten Kriterien vorgesehen. Die häufigsten Gefässe, in denen eine Überprüfung stattfindet, sind Arztvisiten (88 Prozent der Heime) sowie Pfl-

geeinstufungen (49 Prozent). «Überprüfung» wurde in der Befragung so definiert, dass systematisch bewertet wird, ob die individuelle Medikation der Bewohnenden angemessen und sicher ist, ob alle Medikamente indiziert und korrekt dosiert sind sowie ob Kontraindikationen oder Wechselwirkungen vorliegen.

In Abbildung 1 (Seite 19) ist ersichtlich, dass in Heimen, die sowohl angestellte Ärzte als auch einen designierten Vertrauensapotheker haben, im Gegensatz zu anderen Heimen am häufigsten eine systematische Überprüfung vorgesehen ist. Möglicherweise bestehen in diesen Heimen, die etwa ein Drittel aller teil-

nehmenden Heime ausmachen, eher etablierte interprofessionelle Gefässe wie zum Beispiel Qualitätszirkel, in denen für Aspekte der Medikationssicherheit sensibilisiert wird. Ebenfalls könnten in diesen Heimen auch eher Vereinbarungen über die jeweiligen Verantwortlichkeiten im Medikationsprozess getroffen werden. Insgesamt gaben nur 26 Prozent der PDL an, dass mit externen Hausärzten Vereinbarungen bestehen, welche die Rechte und Pflichten regeln. Ob und wie solche Vereinbarungen getroffen werden, kann unter anderem auch von den kantonalen Vorgaben zur ärztlichen und pharmazeutischen Betreuung abhängen.

Die Befragung zeigt ausserdem, dass häufig bestimmte Gegebenheiten eine Überprüfung der Medikation auslösen. Besonders häufige Auslöser ist ein veränderter Gesundheitszustand des Bewohnenden, aber auch das Auftreten von Nebenwirkun-

>>



Betagte Männer und Frauen vertragen etliche Medikamente aufgrund eines veränderten Stoffwechsels nur schlecht. Dazu gehören auch Psychopharmaka, die in Pflegeheimen oft verschrieben werden.

Foto: Martin Glauser

gen und ein Neueintritt. Auch Hinweise der Pflegefachperson oder des Apothekers stellen wichtige Auslöser dar (Abbildung 2, Seite 19).

### Mehr Engagement der Ärzte gewünscht

Insgesamt zeigten sich 66 Prozent der Pflegedienstleitungen zufrieden mit der Art und Weise, wie die Medikationslisten in ihrer Institution überprüft werden. Als Beispiel dafür, was gut

läuft, wurde in den Freitext-Antworten unter anderem angeführt, dass Spezialisten bei der Überprüfung mit einbezogen werden. Es scheint jedoch vielerorts noch Verbesserungspotenzial zu bestehen. So sind in 35 Prozent der Heime keine regelmässigen

Überprüfungen vorgesehen, und dort, wo eine Überprüfung vorgesehen ist, gaben nur 41 Prozent der Teilnehmenden an, dass diese auch tatsächlich immer durchgeführt wird. Das deutet darauf hin, dass dieser Tätigkeit im Alltag eher niedrige

**Der Überprüfung der Medikation wird im Alltag eine eher niedrige Priorität eingeräumt.**

## Polymedikation und PIM

**Polymedikation** (oder Polypharmazie) bedeutet die gleichzeitige Verwendung von mehreren Medikamenten. Der Begriff ist in der Literatur nicht einheitlich definiert, und nur wenige Definitionen beziehen die Anwendungsdauer mit ein. Typischerweise wird von fünf und mehr Medikamenten gesprochen.

**Potenziell inadäquate Medikamente (PIM)** sind Medikamente, deren Risiken bei älteren Menschen den Nutzen übersteigen können und vermehrt zu Nebenwirkungen führen. Auf diese Medikamente sollte wenn immer möglich verzichtet werden oder eine verträglichere Alternative gewählt werden. Es gibt unterschiedliche Listen, die bei der Identifizierung von PIM helfen, zum Beispiel die Priscus- und Beers-Liste, oder die Norgep-NH-Liste für die Langzeitpflege.



Bei der Wahl der Medikamente ist grösste Sorgfalt angezeigt.

Foto: Key

Priorität eingeräumt wird. In den Freitext-Antworten gaben die Pflegedienstleitungen des Öfteren an, dass sie sich mehr Eigeninitiative seitens der Ärzte wünschen und dass die Regelmässigkeit und die Systematik der Überprüfung ungenügend seien.

### Nebenwirkungen werden nicht systematisch überwacht

In der Befragung haben 20 Heime (5 Prozent) angegeben, dass im letzten Monat ein Bewohner aufgrund einer möglichen Nebenwirkung hospitalisiert werden musste. Eine systematische Überwachung könnte helfen, erste Symptome rasch zu erkennen. Hier kann die Pflege einen wichtigen Beitrag leisten, wie das deutsche AMPEL-Projekt gezeigt hat. Unter anderem durch eine tägliche Symptomerhebung konnte die Nebenwirkungsrate von 12 auf 6 Prozent aller Bewohnenden gesenkt werden. Gemäss unserer Befragung ist das Personal zwar in 71 Prozent der Heime instruiert, auf spezifische Nebenwirkungen zu achten. Eine Systematik in der Art und Weise, wie die Nebenwirkungen überwacht werden, fehlt jedoch in 93 Prozent der Heime. Das könnte erklären, weshalb die Zufriedenheit der Pflegedienstleitungen mit der Überwachung der Nebenwirkungen in ihrer Institution in der Befragung nur moderat ausfiel. Viele Pflegedienstleitungen gaben Verbesserungspotenzial an, insbesondere bei der Sensibilisierung und Schulung des Personals sowie bei der Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft.

Neben der Überwachung der Nebenwirkungen ist es anzustreben, möglichst wenige schädliche PIM zu verordnen. PIM-Listen, die für die Verordnung (wie auch für die Überprüfung der Medikamente) genutzt werden können, gibt es viele. Eine solche Liste wird jedoch nur in 10 Prozent der Heime im Wissen der Pflegedienstleitungen eingesetzt.

Ein besonderes Augenmerk sollte auf die Verordnung von Psychopharmaka gelegt werden, da sie zu Verwirrtheit, kognitiven Defiziten und Stürzen führen können und in Pflegeheimen, gerade auch bei Demenzpatienten, sehr häufig verschrieben werden. Um deren Abgabe zu reduzieren, werden seitens der Pflege vielseitige Massnahmen getroffen. Viele Pflegedienstleitungen berichten in der Befragung von alternativmedizinischen, pflegerischen oder therapeutischen Massnahmen, die nutzbringend eingesetzt werden. Das deutet auf ein Problembewusstsein bei der Pflege hin. Trotz diesem Bewusstsein und dem Einsatz von Massnahmen schätzte rund ein Fünftel der Teilnehmenden, dass die Bewohnenden mehr Psychopharmaka erhalten als notwendig.

**Es scheint ein Bedarf an Sensibilisierung und Schulung des beteiligten Personals zu bestehen.**

### Unterschiedliche gesetzliche Vorgaben in den Kantonen

Die Befragung der Pflegedienstleitungen hat gezeigt, dass bei der Überprüfung der Medikation und bei der Überwachung von Nebenwirkungen Handlungsbedarf besteht. In einigen Heimen scheinen bereits Verbesserungsmassnahmen zum Einsatz zu kommen. Es fehlt aber an Systematik und landesweiter Verbreitung. Es ist denkbar, dass die unterschiedlichen gesetzlichen Vorgaben in den Kantonen zu dieser Heterogenität beitragen. Zudem scheint Bedarf an Sensibilisierung und Schulung



**Antworten auf die Frage «Ist eine systematische Überprüfung in fest definierten Intervallen vorgesehen?»**

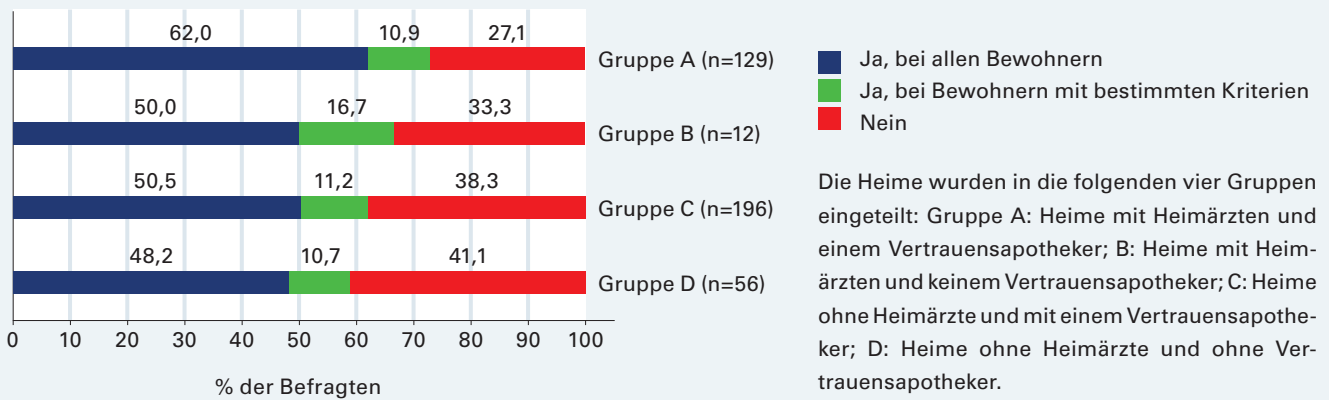


Abbildung 1

**Antworten auf die Frage: «Gibt es Situationen, in denen immer eine systematische Überprüfung der Medikation erfolgt?» (Mehrfachantworten möglich)**

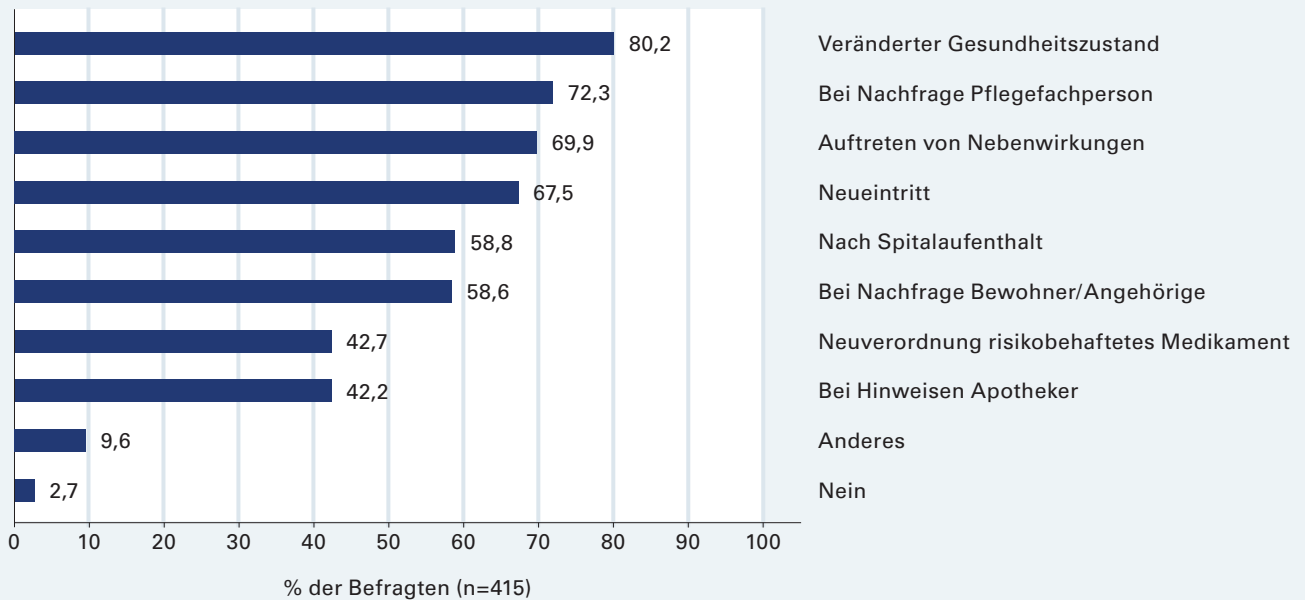


Abbildung 2

bei den beteiligten Fachpersonen zu bestehen. Daneben zeichnet sich ab, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit in vielen Heimen gestärkt werden könnte. Das «progress!-»-Programm «Sichere Medikation in Pflegeheimen» bietet die Möglichkeit, bestehende Verbesserungsmassnahmen und ihre Eignung für eine breite Anwendung näher zu untersuchen. Um die Problematik von allen Seiten zu beleuchten, wird als nächster Schritt auch die Sicht der anderen Stakeholder – allen voran der Ärzte – eingeholt. Auf Basis dieser Erkenntnisse sollen in den nächsten Monaten Empfehlungen erarbeitet werden. Des Weiteren ist geplant, ab 2019 ein Vertiefungsprojekt durchzuführen, bei dem ausgewählte Verbesserungsmassnahmen in der Praxis getestet werden sollen. Ein Konzept dafür wird im Lauf dieses Jahres erarbeitet. ●

Wissenschaftliche Literatur zu den einzelnen Thesen finden Interessierte bei den Autorinnen der Studie.

**Quellenverweis**

Die vollständigen Resultate der Online-Befragung sind dem Datenbericht vom Januar 2018 zu entnehmen. Unter folgendem Link kann er auf Deutsch, Französisch und Italienisch heruntergeladen werden: [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch) (Themen, Pilotprogramme «progress!», «progress! Sichere Medikation in Pflegeheimen», Analyse).

## Die pharmazeutische Betreuung in den Freiburger Alters- und Pflegeheimen

# Ein gefährdetes Aushängeschild

Seit Jahren nutzen die Freiburger Pflegeheime bei der pharmazeutischen Betreuung ein spezielles Pauschal-Einkaufssystem, das sich punkto Wirtschaftlichkeit, Qualität und Sicherheit der Medikation bewährt hat. Eine neue Bundesverordnung stellt dieses Modell nun aber infrage.

Von Anne-Marie Nicole

Damit ihre Medikationspraxis die Anforderungen punkto Qualität und Wirtschaftlichkeit erfüllt, haben die Freiburger Alters- und Pflegeheime im Jahr 2002 ein Verfahren zur pharmazeutischen Betreuung eingeführt. Es ist nach dem Vorbild der Qualitätszirkel zwischen Ärzten und Apothekern aufgebaut, in das auch das Pflegepersonal der Heime eingebunden ist. Das aus der Zusammenarbeit zwischen Kantonalbehörden, Apothekern, Alters- und Pflegeheimen, Ärzten und Santé-suisse entstandene Modell ist innovativ, wird oft als beispielhaft angeführt und gilt in der Schweiz als Vorreiter (vgl. Kasten).

Wie die Zahlen belegen, hat sich das Freiburger Modell in den letzten 15 Jahren sehr gut bewährt. Nach der Vereinigung freiburgischer Alterseinrichtungen (VFA) sind die durchschnittlichen jährlichen Medikamentenkosten pro Heimbewohner zwischen 2001 und 2016 um 30 Prozent zurückgegangen. Diese Zahl bestätigt auch Olivier Bugnon, Professor an der École de pharmacie Genève-Lausanne und Chefapotheker der Policlinique médicale universitaire (PMU)

**Ein Pauschalssystem erlaubt den Einkauf grösserer Mengen von Medikamenten zu Sonderpreisen.**

de Lausanne. Professor Bugnon ist als Partner der ersten Stunde des Freiburger Projekts für das Monitoring der pharmazeutischen Betreuung verantwortlich. In dieser Funktion sorgt er zusammen mit seinem Team an der PMU für die Überwachung des Projekts, setzt sich für die Steigerung der Qualität ein und bietet Weiterbildungskurse für Pflegekräfte an. Mit dieser externen Supervision sollen die Resultate besser belegt und Verbesserungspotenziale erkannt werden.

Auch wenn die pharmazeutische Betreuung keine exklusive Besonderheit des Kantons Freiburg ist, beruht dieses Modell auf einem speziellen Pauschalssystem, das den Einkauf grösserer Mengen von Medikamenten zu sehr günstigen Spitalpreisen gestattet – mit Rabatten von bis zu 40 Prozent gegenüber den Preisen im ambulanten Bereich. Das Pauschalssystem beinhaltet Mechanismen, die sowohl die Kostenkontrolle als auch die Solidarität zwischen mehr oder weniger «teuren» Bewohnern fördern. Die Pauschalen bieten ausserdem die notwendige Un-

abhängigkeit, um alle dazu anzuhalten, die Medikamente optimal einzusetzen und Vergeudung einzudämmen. Die interprofessionelle Zusammenarbeit wiederum garantiert die langfristige Qualität und Sicherheit der Medikation.

«Die Effektivität des interdisziplinären Ansatzes der pharmazeutischen Betreuung der Freiburger Pflegeheime wird von den Gesund-

heitsbehörden und Versicherern wegen der therapeutischen Entscheidungen und finanziellen Ergebnisse anerkannt», schrieb Professor Bugnon 2012, zusammen mit einigen Kollegen, in einem Artikel der Zeitschrift «Care Management».

Seither hat sich die Situation jedoch geändert und die Anerkennung durch die Versicherer scheint nicht mehr so einhellig auszufallen. Denn das Freiburger Modell wird durch die neuen Anforderungen der eidgenössischen Verordnung über den Ri-

Dieser Text wurde aus dem Französischen übersetzt



sikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) direkt bedroht. Die am 1. Januar dieses Jahres in Kraft getretene Verordnung schreibt vor, dass die Daten über den individuellen Medikamentenverbrauch jedes Bewohners an die Versicherer übermittelt werden. Das Problem: Die EDV-Systeme der Freiburger Alters- und Pflegeheime gestatten es derzeit nicht, die individuellen Medikamentendaten jedes Bewohners zu extrahieren, ohne das Pauschalprinzip, in dem gerade die Stärke der pharmazeutischen Betreuung im Kanton Freiburg liegt, infrage zu stellen.

Die dementsprechend beunruhigten Partner des Freiburger Modells wandten sich daher gemeinsam mit den Behörden an das Bundesamt für Gesundheit (BAG), um einen Aufschub bis zum Sommer zu erhalten, «damit die Funktionsweise der pharmazeutischen Betreuung erhalten und gleichzeitig die geforderten Daten übermittelt werden können». In ihrer Antwort vom 19. Februar begrüsst die Geschäftsleitung des BAG die Bemühungen zur Begrenzung der Gesundheitskosten und erklärte, dass «der Risikoausgleich nicht zum Scheitern des von den Parteien eingeführten effizienten Betreuungssystems führen darf». Sie widersetzte sich zwar keiner Terminverschiebung, es sei jedoch Sache der Alters- und Pflegeheime sowie der Versicherer, sich bezüglich Lieferung der geforderten Daten zu einigen.

#### Argumente für das System wirken nicht

Die Versicherer scheinen jedoch nicht bereit zu sein, den Freiburger Alters- und Pflegeheimen einen Aufschub bei der Umsetzung der Vorgaben des Bundes zu gewähren – trotz den zahlreichen Argumenten der Direktion für Gesundheit und

## Überblick: Das Pflichtenheft für Apotheker der pharmazeutischen Betreuung

Gemäss dem Pflichtenheft für die pharmazeutische Betreuung in den Freiburger Alters- und Pflegeheimen übernehmen die zuständigen Apotheker die folgenden Hauptaufgaben:

- Beratung im Allgemeinen
- Gewährleistung der sicheren Aufbewahrung der Medikamente
- Korrekte Verwendung der Medikamente
- Interprofessionelle Arbeit, um einen Medikamentenverbrauch auf der Grundlage des Patienteninteresses und des Wirtschaftlichkeitsprinzips sicherzustellen
- Versorgung des Alters- und Pflegeheims mit Medikamenten und pharmazeutischen Produkten
- Organisation der Apotheke der Einrichtung
- Schulung der Mitarbeiter und Einführung bewährter Praktiken



Für jeden Bewohner wird die wöchentliche Medikation zusammengestellt.

Fotos: Pharma Suisse

Soziales des Kantons Freiburg und der VFA. Daher sprechen die Befürworter des Pauschalsystems immer wieder von «Misstrauen» und «mangelndem Willen», wenn sie die Haltung der Versicherer gegenüber der ihnen vorgeschlagenen Lösung beschreiben. Auch Professor Bugnon kann dies nicht nachvollziehen: «Es ist sehr kompliziert. Die Versicherer müssen überzeugt werden, dass auch bei Beibehaltung des Pauschalsystems zuverlässige und präzise individuelle Daten bereitgestellt werden können.» Er weist zwar auf den Nutzen eines leistungsfähigeren Risikoausgleichssystems, beklagt jedoch auch, dass die Aufmerksamkeit der Versicherer derzeit nur den Geldströmen

**«Versicherer sind bereit, ein System aufzugeben, dessen Vorteile seit Jahren auf der Hand liegen.»**

im Rahmen des Ausgleichs untereinander gilt. Dies führe dazu, dass sie das Ziel der Dämpfung der Gesundheitskosten aus den Augen verlieren. «Welche Strategie verfolgen denn die Versicherer, wenn sie bereit sind, ein System aufzugeben, dessen Vorteile seit 15 Jahren auf der Hand liegen?», fragt er.

#### 100 Millionen Franken Einsparungen möglich

Derzeit herrscht daher auf vielen Seiten Unverständnis. «Es ist wirklich bedauerlich, dass keine Lösungen ins Auge gefasst werden, um ein Modell zu retten, das in der gesamten Schweiz zu jährlichen Einsparungen von über 100 Millionen Franken in den Alters- und Pflegeheimen führen könnte», beklagt Martine Ruggli, Mitglied der Direktion von PharmaSuisse, zuständig für die Entwicklung neuer Dienstleistungen. «Es ist unvorstellbar, dass etwas Derartiges möglich ist, wo doch überall von der Dämpfung der Gesundheitskosten gesprochen wird!»

Da sie seit 26 Jahren im Alters- und Pflegeheim Saint-Joseph in Châtel-Saint-Denis als Apothekerin für die pharmazeutische

>>

## Wie funktioniert es?

Entstanden ist das Freiburger Projekt zur pharmazeutischen Betreuung aus der Notwendigkeit, die Medikamentenkosten in den Alters- und Pflegeheimen zu dämpfen. «Allerdings wird darauf geachtet, dass sich diese Dämpfung nicht negativ auf die Qualität der Pflege auswirkt und dass sie nicht zu einer Rationierung, sondern zu einer Optimierung der Medikation führt», betont Professor Olivier Bugnon, der zusammen mit seinem Team von der Policlinique médicale universitaire (PMU) de Lausanne für das Monitoring des Projekts zuständig ist. Das Modell basiert auf einer Pauschale, die bisher von den Versicherern gezahlt wurde, in Höhe von 5.50 Franken pro Tag und Bewohner für Medikamente aus der Spezialitätenliste (SL) und Hors-Liste-Präparate, zuzüglich eines Betrags von 1.30 Franken als Vergütung der pharmazeutischen Betreuung. Zum Vergleich: Nach der aktuellen Helsana-Studie belaufen sich diese Kosten im Schweizer Durchschnitt, allein für die Medikamente SL und ohne Angabe, ob die Vergütung des Apothekers in diesen Kosten enthalten ist, auf 8.50 Franken. «Der Rückgang der Medikationskosten in den Freiburger Alters- und Pflegeheime um 30 Prozent ist allein auf die Effekte der pharmazeutischen Betreuung zurückzuführen», erläutert Professor Bugnon.

### Medikamentenvergeudung eindämmen

Ein weiterer Vorteil des Pauschalensystems: der Kauf grösserer Mengen von Medikamenten SL und Hors-Liste-Präparaten zu sehr günstigen Spitalpreisen. Darüber hinaus sind die Apotheker dank der pauschalen Vergütung nicht von den Preisen und der Menge der verbrauchten Medikamente abhängig. Auf diese Weise fördert das System einen rationellen Einsatz und trägt zur Eindämmung der Medikamentenvergeudung bei.

Laut Olivier Bugnon besteht bei einem Pauschalensystem die Gefahr einer Rationierung, wenn es nicht, wie im Kanton Freiburg, von Massnahmen begleitet wird, die für Solidarität gegenüber den Alters- und Pflegeheimen mit komplexeren Fällen sorgen. Sein wichtigster Vorteil besteht darin, dass die Akteure in der Pflege Verantwortung übernehmen für die Kosten ihrer Entscheidungen. Es regt dazu an, nachzudenken und interprofessionelle Lösungen zur Verbesserung des Medikamentenmanagements zu finden. Um eine Bevorzugung «risikoarmer» Bewohner und Versuche der Rationierung von Medikamenten



Eine Herausforderung: die Optimierung der Arzneimittel.

zu vermeiden, aber auch um die Angemessenheit der Pauschalen prüfen zu können, wurde ein «gemeinsamer Topf» eingerichtet: Einrichtungen, die im abgelaufenen Jahr einen Überschuss erzielt haben, zahlen 70 Prozent davon in diesen Topf ein. Defizitäre Alters- und Pflegeheime können dann daraus ihre Verluste ausgleichen.

Punkto Qualität und Sicherheit der Medikation werden durch den interprofessionellen, partizipativen Ansatz der pharmazeutischen Betreuung nicht nur die räumliche Nähe zum Bewohner, sondern auch Transparenz und therapeutische Konsense gefördert. Auf diese Weise wird für eine bessere Verwendung der Medikamente, ihre Sicherheit und Wirksamkeit gesorgt. Im Jahr 2012 wurde ein System zur Überwachung von Medikationsfehlern durch die Identifikation, Meldung, Dokumentation und Analyse von Fehlern eingeführt.

Vor Kurzem hat die PMU zudem ein Projekt zur «Ent-Verschreibung» von Medikamenten, konkreter zur Einstellung oder Reduzierung potenziell ungeeigneter Verschreibungen, lanciert. «Europaweite Untersuchungen zeigen, dass 60 Prozent der Bewohner mindestens ein ungeeignetes Medikament einnehmen und dass über 40 Prozent von ihnen Behandlungen auslassen.» Dieses Projekt, in das die Pflegepartner in jedem Alters- und Pflegeheim eingebunden werden, könnte in Freiburg ebenfalls gefährdet sein, wenn das aktuelle System der pharmazeutischen Betreuung nicht fortgeführt wird. (amn)

Betreuung zuständig ist, kennt sie die Situation im Kanton Freiburg genau. Ihre Enttäuschung ist somit gut nachzuvollziehen. Und die des Pflegepersonals ebenso, wie sie betont: «Der Umgang mit den Medikamenten ist für sie derzeit einfach und sicher, und die interprofessionelle Zusammenarbeit bei der pharmazeutischen Betreuung sorgt für eine Anerkennung der Mitarbeiter und ihrer Kompetenzen. Sie können sich nicht vorstellen, wieder mit einer Medikamentenbox pro Bewohner zu arbeiten. Das ist nicht möglich!», erläutert sie.

Die Frage lautet nun: Zurück auf Feld eins? Für Emmanuel Michielan, Generalsekretär der VFA, gibt es keinen Plan B. «Eine Ablehnung der Versicherer bedeutet eine Rückkehr zum ambulanten System wie in den Kantonen Waadt und Wallis.» Die

Folgen wären ein Ende der interprofessionellen Dynamik und der vergünstigten Einkaufsbedingungen, ein Anstieg der Medikamentenvergeudung und letztlich eine Erhöhung der Medikamentenkosten in den APH um jährlich mehr als 2 Millionen Franken. «Ein Geschenk für die Pharmaindustrie», merkt Professor Bugnon spöttisch an. Seine Bilanz: «Wir hoffen, dass uns die Versicherer die Chance geben, ihnen zu zeigen, dass wir die erwarteten Daten liefern können.» ●

Zum Redaktionsschluss lag uns die endgültige Entscheidung der Krankenversicherer leider noch nicht vor.

# einfacher. besser. zusammen.

**Das MediData-Netz: das umfassendste Netzwerk für Healthcare Professionals.** Leistungserbringer, Kostenträger, Kantone und Patienten – das MediData-Netz verbindet alle. Für einen effizienten, kostengünstigen und sicheren Austausch medizinischer und administrativer Daten – und für eine verbesserte Zusammenarbeit im Schweizer Gesundheitswesen.



**MediData**

Für eine gesunde Entwicklung.

[www.medidata.ch](http://www.medidata.ch)

**JETZT ANMELDEN**



# PROFESSIONELLES VERSICHERUNGSMANAGEMENT



**Sie als Mitarbeitende/r einer  
CURAVIVA Institution  
und Ihre Familienangehörigen  
sparen bis zu 30%**

bei der

- Krankenkassen-Zusatzversicherung
- Motorfahrzeug-Versicherung
- Privathaftpflicht-Versicherung
- Rechtsschutz-Versicherung
- Hausrat-Versicherung
- Gebäude-Versicherung

**Lebensversicherungen, Finanz- und Vorsorgeplanungen**

Profitieren Sie von einer kompetenten, erstmalig kostenlosen Beratung!

**Unter [www.neutrass.ch/curaviva](http://www.neutrass.ch/curaviva) finden Sie  
weitere Informationen und können  
direkt eine Offerte oder eine Beratung verlangen.**

**CURAVIVA.CH**

VERSICHERUNGSDIENST

Verband Heime und Institutionen Schweiz  
Zieglerstrasse, Postfach 1003  
CH-3000 Bern 14  
Telefon 031 385 33 67, Telefax 031 385 33 34  
o.reding@curaviva.ch, www.curaviva.ch

Unser Partner



NEUTRASS  
Versicherungs-Partner AG  
6343 Rotkreuz  
Telefon 041 799 80 55  
info@neutrass.ch

Geräte, Maschinen, Elektronik: Die Medizin ist nicht nur Biochemie und Pharmazie

# In der Gesundheitsversorgung wird die Medizinaltechnik immer wichtiger

Das Geschäft mit der Gesundheit ist nicht mehr allein auf die Pharmaindustrie beschränkt. Vor allem die Medizinaltechnik-Industrie gewinnt für die Schweizer Wirtschaft an Bedeutung.

Von Oliver Klaffke

Eine immer älter werdende Bevölkerung sorgt für einen immer grösseren Bedarf an medizinischer Versorgung. Auf die 20 Prozent der ältesten Menschen entfallen global bereits heute mehr

**Es sind nicht mehr ausschliesslich Pillen und Salben, die gesund machen und gesund erhalten.**

als die Hälfte der Gesundheitskosten. Der Anteil wird künftig noch zunehmen. Davon profitiert vor allem die Medizinaltechnik, die Technik also der künstlichen Gelenke und Prothesen, der Herzschrittmacher, Insulinpumpen und Hörgeräte, aber

auch der Dialysemaschinen, Computertomographen und Operationsroboter.

Es sind in der modernen Gesundheitsversorgung nicht mehr ausschliesslich Pillen und Salben, die gesund machen und gesund erhalten. «Service beyond the pill» nennt es Markus Lassnig, der zusammen mit drei Kolleginnen die Auswirkung und die Transformation von Zukunftsindustrien unter die Lupe genommen hat. Im Gesundheitsmarkt von morgen gehe es um ganzheitliche Lösungen, die weit über das einfache Verschreiben von Medikamenten hinausgehen, sagt er.

Vor allem die Medizinaltechnik leistet heute einen grossen Beitrag zur Verbesserung der Volksgesundheit. Und sie ist ein im-



Dialyse-Patient bei der Blutwäsche: Im Gesundheitsmarkt von morgen geht es um ganzheitliche Lösungen.

mer wichtigerer Wirtschaftsfaktor. Laut einer Branchenstudie der Schweizer Medizinaltechnik sind in der Schweiz aktuell etwa 54 500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Medizinaltechnik-Industrie beschäftigt. Sie erwirtschaften einen jährlichen Umsatz von 14,1 Milliarden Franken. «Mit einem Anteil von 1,1 Prozent aller Erwerbstätigen, 2,2 Prozent am Bruttoinlandprodukt, 5,2 Prozent am Gesamtexport und 16 Prozent am Handelsbilanzüberschuss ist diese innovative Branche eine Perle der Schweizer Wirtschaft», sagt man beim Branchenverband. In den letzten Jahren ist der Umsatz jährlich um etwa

>>

Die Schweizer Medikamentenhersteller sind weltberühmt und erfolgreich

# Helvetische Vorzeigebbranche

Die Pharmaindustrie ist nach wie vor ein wichtiger Zweig der Schweizer Wirtschaft. Doch die Grenzen zu den Angeboten aus der Medizinaltechnik verschwimmen zunehmend.

Von Oliver Klaffke

Die Pharmaindustrie ist für unser Land nach wie vor eine sehr wichtige Branche. In der Schweiz erwirtschaftet sie einen Umsatz von jährlich 21 Milliarden Franken, was einem Anteil von 8 Prozent der Bruttowertschöpfung der Schweiz entspricht. Sie beschäftigte 2014 rund 42 000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ein Prozent aller Beschäftigten arbeiten in den forschenden Pharmaunternehmen. Diese haben sich im Branchenverband Interpharma zusammengeschlossen. Weitere 180 000 Menschen hängen mit ihren Arbeitsplätzen indirekt von der Pharmaindustrie ab.

Die Schweizer Pharma- und die MedTech-Branche sind international ausgerichtet wie nur wenige andere. Ihre Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten sind in der Schweiz konzentriert. Die Auswirkungen auf die Gesellschaft in der Schweiz kann man kaum hoch genug einschätzen. Durch den Bedarf der Industrie an Wissenschaftlerinnen und anderen gut ausgebildeten Menschen wird die Schweiz zu einem sehr interessanten Arbeitsplatz und profitiert vom Zuzug intelligenter

**Die Pharma- und die MedTech-Industrie sind so international ausgerichtet wie nur wenige andere.**

und begabter Menschen, die ihrerseits einen Beitrag leisten, das Land nach vorne zu bringen.

## Die Gesellschaft profitiert

In den Wirtschaftswissenschaften spricht man von einem Cluster, wenn man die Synergieeffekte und den Mehrwert meint, die eine Industrie schaffen. Zahlen liegen vor allem von der Pharmaindustrie vor. «So fallen auf jeden Franken Wertschöpfung, den die Pharmaindustrie generiert, weitere 70 Rappen an Wertschöpfung in anderen Branchen an», schreiben Michael Grass und Simon Fry von der Beratungsfirma BAK Economics AG im Auftrag des Biotechnologie-Konzerns Amgen, der sich 2017 im Kanton Solothurn angesiedelt hat.

Die beiden Wirtschaftswissenschaftler gehen davon aus, dass branchenfremde Schweizer Unternehmen durch die Pharmaindustrie jedes Jahr knapp 21 Milliarden Franken erwirtschaften. Dies generiert etwa 138 000 Arbeitsplätze. «Mit jedem Arbeitsplatz in der Pharmaindustrie sind zusätzlich mehr als drei Vollzeitstellen in Unternehmen entstanden, die von der Produktions- und Forschungstätigkeit der Pharmaindustrie indirekt profitieren.» Solche Zahlen sind allerdings mit Vorsicht zu geniessen. In einem Beitrag in der «NZZ» wies Reto Föllmi,

Professor für Makroökonomie an der Universität Bern, darauf hin, dass der Beitrag einer Branche für andere Wirtschaftszweige oft überschätzt wird.

Für Forscherinnen schaffen die Pharmaindustrie und auch die MedTech-Branche sind zweifelsohne ein anregendes Umfeld, das bis in den akademischen Betrieb hinein ausstrahlt. Von einem Spillover-Effekt sprechen Wirtschaftswissenschaftler. Jedes Jahr werden von der Pharmaindustrie etwa 7 Milliarden Franken für Forschung und Entwicklung (F&E) ausgegeben. Etwa 30 Prozent des Umsatzes, fast fünf Milliarden Franken, investiert die MedTech-Branche in Innovationen. «Das mit dieser F&E gewonnene Mehrwissen steigert die Produktivität in einer ganzen Reihe von Sektoren, was die Wachstumsrate der gesamten Volkswirtschaft dauerhaft erhöhen kann. Das ist der grosse Mehrwert der Pharmaindustrie, der die buchhalterischen indirekten Effekte wohl um Längen übertrifft», so Reto Föllmi. In Basel widmet sich das von den Vorgängerfirmen der Novartis gegründete Friedrich-Miescher-Institut seit über 40 Jahren



Fabriken des Basler Chemieunternehmens Sandoz im Jahr 1961: Wichtiges Standbein der Schweizer Wirtschaft.

Foto: ETH-Bibliothek





Pharmazeutische Forschung in Basel: Hightec trifft auf Grundlagenforschung.

der biologischen Grundlagenforschung. In Zusammenarbeit mit der ETH Zürich und der Universität Basel entsteht derzeit für 328 Millionen Franken das neue Biozentrum, in dem künftig 600 Forscherinnen und Forscher arbeiten werden. Novartis finanziert mit 100 Millionen Franken das neue Zentrum für Augenheilkunde an der Universität Basel. Die Hochschule für Life Science der Fachhochschule Nordwestschweiz profitiert durch enge Kooperation mit den der Pharmaunternehmen, wie etwa durch den Auftrag, neue galenische Verfahren zu entwickeln – ein Ansatz, der Pharma und MedTec verbindet.

Auch eines der erfolgreichsten Start-ups der Pharmaindustrie, Actelion, ist in Basel entstanden – motiviert durch Wissenschaftler aus den etablierten lokalen Grossfirmen. Im Jahr 2017 wurde Actelion für 30 Milliarden Franken an den amerikanischen Konzern Johnson & Johnson verkauft, der den Standort Schweiz und die Bedingungen hier so komfortabel einschätzt, dass sämtliche Aktivitäten im Land bleiben.

#### Keine eindeutigen Grenzen mehr

Die ETH hat in Zürich und Lausanne eigene Programme, mit denen sie die Umsetzung von Ideen in Produkte für den Gesundheitsmarkt fördern will. Mit Biocartis oder Bicycle Therapeutics versuchen Lausanner Forscher im Gesundheitsmarkt Fuss zu fassen. Wie andere Start-ups sind sie nicht mehr eindeutig der Pharma- oder der MedTech-Branche zuzuordnen. Sie gehören zu den jungen Unternehmen, die alte Grenzen hinter sich gelassen haben und mit neuen Angeboten auf die Bedürfnisse von morgen reagieren. ●

6 Prozent gewachsen. Das Wachstum der Branche liegt damit weit über dem allgemeinen Wirtschaftswachstum, das bei etwa einem Prozent liegt.

#### Es geht um Lebensqualität

Vor allem für ältere und alte Menschen haben die Produkte der MedTech-Branche eine wesentliche Bedeutung bekommen: Gelenkprothesen, Herzschrittmacher oder Zahnimplantate bedeuten für viele Menschen eine entscheidende Verbesserung der Lebensqualität. Allein mit Medikamenten wäre diese Verbesserung nicht zu erreichen. Herzschrittmacher von Biotronik oder J&J Medical, Diagnosegeräte von Roche, MRI-Geräte von Siemens oder GE, Implantate von Straumann oder Insulin-Spritzen von Ypsomed spielen in der Gesundheitsversorgung eine viel grössere Rolle als noch vor zehn, zwanzig Jahren. Zur Versorgung nicht nur der älteren und alten Bevölkerung: Der

---

### Gelenkprothesen, Zahnimplantate und Herzschrittmacher bedeuten Gewinn an Lebensqualität.

---

Markt ist nämlich stärker gewachsen, als das allein der demografische Wandel hätte erwarten lassen.

Technisch gestützte Aktivierung im Alltag, wie die Unterstützung der Mobilität durch Rollatoren und andere Gehhilfen, sind heute zentral in

der Betreuung im Alter. In der Alterspflege hat auch die Robotik Einzug gehalten. In Zusammenarbeit von Riken, dem grössten japanischen Forschungsverbund, und dem Unternehmen Tokai Rubber Industries ist in der Schweiz ein Roboter entwickelt worden, der Personal und Patienten in der Pflege unterstützt. Er kann beispielsweise Patienten vom Bett in einen Rollstuhl heben. Das ist nicht nur eine Hilfe für die Pflegebedürftigen, sondern auch fürs Personal.

Im Vergleich zur Medizinaltechnik kommen heute die meisten Innovationen in der Pharmaindustrie den älteren und alten Menschen kaum zugute. Das liegt vor allem daran, dass viele Altersbeschwerden gut durch Wirkstoffe therapiert werden können, die seit Langem auf dem Markt sind. Zudem hemmt ein wichtiger Aspekt die Forschung für Mittel zur Behandlung von chronischen Erkrankungen: Die Gesundheitsbehörden stehen auf der Kostenbremse, wenn es um die Behandlung chronischer Erkrankungen geht. Das Beratungsunternehmen PricewaterhouseCoopers (PwC) schätzt allerdings, dass gerade die Zahl der Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen stark zunehmen wird. Der Druck auf die Pharmaindustrie dürfte auf diesem Gebiet zunehmen.

#### Forschungsziel Alzheimer-Medikamente

Ein Feld, auf dem die klassische Pharmaforschung in der Schweiz aber tatsächlich einen grossen Beitrag für die Gesundheit von Älteren leisten könnte, ist die Suche nach Wirkstoffen zur Prävention und Behandlung von Demenzkrankheiten wie Alzheimer. Novartis hat 2014 eigene Forschungsanstrengungen auf diesem Gebiet bekannt gegeben. Roche verfolgt bei Alzheimer bereits weiter fortgeschrittene Projekte – ebenso bei der Behandlung von Parkinson. Das wird dann Fortschritt sein, auf dem die Pharmaindustrie wieder die Nase vorne haben wird gegenüber der Medizinaltechnik. ●

Ein Arzt erzählt, wie der Sicherheitscheck in «seinen» Heimen funktioniert

## Hauptsache, die Pillen passen und steigern die Lebensqualität

Zweimal im Jahr schicken die Zuger Alterszentren ihre Medikationslisten zwecks Überprüfung an alle behandelnden Ärzte. Für Haus- und Heimarzt Stefan Neuner-Jehle ist vor allem wichtig, dass die verordneten Medikamente für die Bewohner geeignet sind.

Von Claudia Weiss

Alle zwei bis drei Wochen meldet sich Stefan Neuner-Jehle für eine Visite an: Der Hausarzt betreut in den beiden Zuger Alterszentren Frauensteinmatt und Neustadt insgesamt 35 Bewohnerinnen und Bewohner, ausserdem steht er beiden Institutionen als beratender Heimarzt zur Seite.

Bei seinen Visiten bespricht er mit den zuständigen Pflegefachpersonen die Pflegedokumentation seiner Patientinnen und Patienten und besucht diese dann fallbezogen und je nach Notwendigkeit. Meistens überprüft er dabei die Medikationslisten und überprüft, ob die Medikamente gut eingesetzt sind. Zweimal pro Jahr schicken die Zuger Institutionen ihre Medikationslisten an alle behandelnden Ärzte – also auch an ihn – zum grossen Check (siehe Kasten S. 32).

Diese regelmässigen halbjährlichen Überprüfungen, sagt Neuner-Jehle, seien wichtig, wenn so viele Medikamente (Polypharmazie) im Spiel sind. Polypharmazie wiederum ist die logische Folge von Multimorbidität: Wer wie die meisten Bewohnerinnen und Bewohner eines Pflegeheims an einer Vielfalt von Krankheiten leidet, benötigt meist eine Vielzahl von Medikamenten dagegen. «Kaum ein Bewohner eines Altersheims benötigt gar kein Medikament», bringt es Neuner-Jehle auf den Punkt. Bei vielen stehen auf der Medikationsliste

fünf, acht oder gar ein Dutzend und mehr Medikamente, im Schnitt kommen gemäss einer Studie der Krankenkasse Helveta in einem Pflegeheim auf jede Person 9,5 Medikamente. Diese Menge, sagt der Arzt, der am Institut für Hausarztmedizin in Zürich zu den Themen Polypharmazie und Optimierte Medikation forscht, sei nicht per se schlecht. «Polypharmazie kann auch durchaus gerechtfertigt sein: Wenn jemand mehrere Leiden hat, die ihn plagen, muss ich unter Umständen zwei, drei Schmerzmittel verschreiben, damit diese Person schmerzfrei ist», erklärt er. Das Ziel lautet nicht einfach «Liste reduzieren auf fünf Medikamente». Vielmehr sollen die verordneten Medikamente auch wirklich zu den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner passen.

### Mindestens ein Medikament lässt sich streichen

Der Gedanke «weniger ist mehr» sei ihm jedoch stets präsent, sagt er: «In einer Studie bei mehrfacherkrankten ambulanten

Langzeitpatienten konnten wir zeigen, dass im Durchschnitt wenigstens eines von acht Medikamenten pro Kopf reduziert werden konnte, bei einigen Patienten sogar mehrere.» Im Altersheim-Setting sieht er die Chance für eine noch weitergehende Reduktion.

In einer aktuellen Studie am Institut für Hausarztmedizin habe sich aber auch gezeigt, dass die Wirkung von Checks nicht länger als un-

gefähr sechs Monate anhält. «Ein Argument also, eher zweimal oder öfter pro Jahr eine kritische Überprüfung der Medikationsliste vorzunehmen.» Oft schaut er sich deshalb die Listen auch zwischen den grossen Checks etwas gründlicher an und streicht oder ersetzt ein nicht optimales Mittel und verschiebt dabei manchmal die Prioritäten. «Das ist sehr patientenbezogen: Prüfen, was wirklich wichtig ist und was wirkt, sodass es den Patienten besser geht.» In der Praxis bedeutet das, dass

**Die Studie zeigte: Die Wirkung von Medikamenten-Checks hält nur sechs Monate an.**

>>



heimsoft solutions ag

## HeimSoft CARE

Nicht nur eine Pflegedokumentation:  
Die umfassende Bewohnerdokumentation für alle Berufsgruppen!



Ideal zusammen mit:

## HeimSoft Lefa

Der einfachen Lösung zur reibungslosen Leistungserfassung

## HeimSoft Verwaltung

Der flexiblen Verwaltungssoftware für soziale Institutionen

HeimSoft Solutions AG hat sich zur Aufgabe gemacht leistungsstarke, modulare und flexible Werkzeuge für soziale Institutionen zu entwickeln, welche sämtlichen administrativen, buchhalterischen und pflegerischen Anforderungen gerecht werden.





Symptombekämpfung oft wichtiger ist als optimale Blutdruck- und Blutzuckerwerte. Schmerzfreiheit steht für Neuner-Jehle deshalb ganz oben auf der Prioritätenliste. «Diese ist entscheidend wichtig für die Lebensqualität.» Wenn er sieht, dass ein schmerzlinderndes Medikament bei einem Patienten ausgezeichnet wirkt, sind für ihn überdies die Kosten kein Thema: «Dann setze ich ein teures Schmerzmittel auch bei einem 90-jährigen Patienten ein.»

### Gebrechlichkeit und Restlebenserwartung prüfen

Ein Herz-Kreislauf-Medikament hingegen, das bei vielen über 65-jährigen Personen durchaus berechtigt sei, habe für einen 90-jährigen Heimbewohner längst seinen Sinn verloren, auch wenn seine Gefässe verengt sind: «Es bringt nichts, bei ihm einem allfälligen Herz-Ereignis in zehn Jahren vorzubeugen: diesen Nutzen wird er kaum mehr erleben.» Umso mehr, weil sich Herz-Kreislauf-Mittel wie zum Beispiel Betablocker negativ auf das Wohlbefinden auswirken können, indem sie Kreislaufprobleme, Schwindel und Müdigkeit verursachen. Immer wägt Neuner-Jehle daher auch die Faktoren «Restlebenserwartung» und «Gebrechlichkeit» sowie «Schaden und Nutzen» ab.

Manche Beschwerden lassen sich auch ohne Medikament therapieren: Diuretika, also Entwässerungsmittel, sind gemäss der Helsana-Studie die dritthäufigst verschriebenen Medikamente

---

**Ein Herz-Kreislauf-Medikament würde einem 90-jährigen Patienten erst in zehn Jahren nützen.**

---

bei Altersheimbewohnern, und seit 2014 ist die Anzahl Verschreibungen bei Nieren- oder Veneninsuffizienz um 16 Prozent gestiegen. Ödeme in den Beinen beispielsweise können jedoch oft gut mit Kompressionsstrümpfen oder Lymphdrainage und Physiotherapie behandelt werden. Ein Entwässerungsmittel wird laut Neuner-Jehle erst nötig, wenn das Herz stark belastet ist oder wenn mühsamen Ödemen nicht anders beizukommen ist.

### Auch Pflegende sollen aktiv mitdenken

Für die Rezeptur sowie die Anpassung und Kontrolle der Medikamente ist prinzipiell immer ein Arzt oder eine Ärztin verantwortlich, je nach Abgabesystem auch ein Apotheker. «Bei Heimvisiten motiviere ich jedoch die Pflegenden immer wieder,

aktiv mitzudenken, ob die Medikation angemessen ist», sagt Neuner-Jehle: «Sie sind am nächsten bei den Patienten und sehen als Erste, wenn etwas schief läuft oder – noch besser – können vorbeugend Gefahren durch Medikamente erkennen.»

Sobald der Hausarzt entscheidet, ein Medikament zu streichen, muss er seine Kommunikationskunst einsetzen, denn das Gespräch

mit dem Pflorgeteam, mit den Patienten, aber auch mit den Angehörigen spielt eine zentrale Rolle. «Sonst überbringe ich unbeabsichtigte Botschaften und vermittele Gefühle wie zum Beispiel Entwertung», erklärt er. Nur zu schnell bekommen

## Multimorbidität und Polypharmazie – ein typisches Beispiel

Eine typische Person mit mehreren Erkrankungen und etlichen Medikamenten sieht gemäss Hausarzt und Forscher Stefan Neuner-Jehle ungefähr so aus: Sie ist weiblich, bei ihrem Eintritt ins Pflegeheim 80 Jahre alt und eine Schmerzpatientin (das betrifft ohnehin 80 bis 90 Prozent der Altersheimbewohnerinnen und -bewohner). Die Patientin leidet unter Herz-Kreislauf-Problemen, einem zu hohen Blutdruck, einer Herzschwäche, einer depressiven Verstimmung, leichten kognitiven Einschränkungen, Bein-Ödemen aufgrund einer venösen Insuffizienz und einem Altersdiabetes. Wie viele der derart multimorbiden Bewohnerinnen und Bewohner ist sie zudem sozial schwächer gestellt. Infolge ihrer Multimorbidität besteht bei unserer «Modellbewohnerin» auch Polypharmazie, und sie erhält deshalb täglich acht Medikamente: Zwei verschiedenen Antihypertensiva (Blutdrucksenker), zwei verschiedene Schmerzmittel, ein Diuretikum (Entwässerungsmittel), ein Schlafmittel, ein Antidiabetikum und Johanniskraut gegen die depressiven Verstimmungen. Bei Johanniskraut blinkt bei Stefan Neuner-Jehle sofort ein Warnlicht, denn Johanniskraut kann mit verschiedenen Medikamenten interagieren, das heisst, es kann deren Wirkung verändern, verstärken oder abschwächen.

Wenn Hausarzt Neuner-Jehle beim Eintritt der Seniorin ihre Liste gründlich überprüft, schaut er sich als Erstes an, wie gebrechlich sie ist, wie ihre restliche Lebenserwartung aus-

sehen könnte und was das Ziel – ihr Ziel – in dieser Zeit ist. Dann überlegt er, wie er die Medikamente verringern, aber auch optimieren kann: «Ich würde das Johanniskraut durch ein schwaches Antidepressivum ersetzen, das zugleich den Schlaf fördert, und könnte dadurch vielleicht das Schlafmittel weglassen.»

### Schmerzlinderung ist das oberste Ziel

Ausserdem würde er die Schmerzmittel anpassen und optimieren, sogar wenn ergänzend ein Morphinpflaster und damit ein zusätzliches Medikament notwendig würde. Dafür würde er versuchen, ob gegen die Ödeme allenfalls Kompressionsstrümpfe helfen statt dem Entwässerungsmittel. Ausserdem würde er versuchsweise weniger Antihypertensiva (Blutdrucksenker) verschreiben: «Ein Blutdruck von 150/90 genügt, in diesem Alter sind nicht mehr Idealwerte von 130/70 gefragt, nur das Herz muss genügend entlastet werden.» Wichtig: «Wenn ich agiere und etwas verändere, tue ich das immer mit dem Einverständnis meiner Patienten und ihrer Familie.»

Diese Veränderungen verschreibt der Hausarzt jeweils für eine Probephase. Um die Wirkung des reduzierten Blutdruckmittels zu überprüfen, lässt er regelmässig den Blutdruck messen, kontrolliert, wie es der Bewohnerin geht, und passt wenn nötig die Dosierung erneut an. Sein Ziel: So viel wie nötig, so wenig wie möglich. (cw)



Medikamente abfüllen im Heim: Mit elektronischer Dokumentation, Dreifachkontrolle und genügend Ruhe ist das ungefähr gleich sicher wie das Blistersystem aus der Apotheke.

Foto: HO

nämlich alte Menschen das Gefühl: «Ich bin es nicht mehr wert, dass man mich richtig behandelt.» Oder: «Bei mir lohnt es sich ja gar nicht mehr.»

#### Einige Patienten beharren auf alter Liste

Ist diese Klippe umschifft, stehen Heimärzte mitunter vor einem neuen Hindernis: Jeder vierte Patient lehnt eine Reduktion ab, zum Beispiel aus Angst vor dem Entzug und allfälligen Symptomen. «Auch das muss ich vorher gut mit allen absprechen», sagt Neuner-Jehle. Das heisst, dass er nicht gerade beim ersten Kontakt radikal alles wegkürzt, sondern die Medikation allmählich anpasst und alle Schritte immer gut mit allen bespricht, damit keine Missverständnisse entstehen.

Er hat aber auch schon erlebt, dass der eine oder die andere einfach auf ihrer altbewährten Mischung besteht. «Oft kann ich die Einstellung «es hat mir immer gut getan, ich möchte daran nichts verändern» überwinden, indem ich zusichere, dass das Medikament wenn nötig jederzeit wieder gestartet werden kann.» Das funktioniert meistens, aber nicht immer. Dann wählt er zwischendurch den einfachen Weg: «Wenn der Medikamentenmix nicht optimal, aber auch nicht gefährlich ist, lasse ich die Verordnung so stehen.» Das Konzept dahinter heisst «Shared Decision Making», gemeinsame Entscheidungsfindung, und dazu gehört auch, dass ein Patient sich letztlich anders entscheiden darf, als es der Arzt ihm vorschlägt. Dieser hält dann in der Patientendokumentation fest, dass ein Patient das so will.

Ein zentraler Punkt bezüglich Sicherheit ist die Medikamentenabgabe. Einige Heime führen eigene Medikamentenlager,

sie werden vom Arzt und aus der Apotheke beliefert, und eine zuständige Pflegefachperson richtet die Medikation nach dem Vieraugenprinzip. Andere Heime arbeiten mit Blistersystemen, das heisst, der Arzt schreibt die Rezepte aus und die Apotheke liefert die Wochenrationen für alle Bewohnerinnen und Bewohner abgepackt in Blistern.

Gemäss Fachliteratur, sagt Neuner-Jehle, ist noch nicht eindeutig entschieden, welches System die Sicherheit besser gewährleistet: «Beide Systeme haben Vor- und Nachteile bezüglich Verwechslungsgefahr, Kenntnis der Medikamente und Nachschub.» Heisst, beide Methoden sind nur so gut, wie die Person, die für das Richten der Tagesrationen respektive Wochenblistern verantwortlich ist; Fehler sind bei beiden Systemen möglich. Allerdings werde die Sicherheit solcher Systeme und Prozesse regelmässig durch den kantonalen Heilmittelinspektor überprüft, sagt er. «Beim Apotheker ist zusätzlich routinemässig eine Interaktionsdatenbank involviert, die einen Alarm auslöst, wenn gravierende Interaktionen drohen.»

**Gemäss Fachliteratur ist gegenwärtig noch nicht eindeutig entschieden, welches System sicherer ist.**

#### Bliester als Arbeitseinsparung

Im Heimalltag zeigt das Blistersystem nicht zuletzt dank solchen Sicherheitskontrollen eindeutige Vorteile. Luzia Nietlisbach Schäffer, Leiterin Pflege und Betreuung im Alterszentrum Frauensteinmatt, kennt noch Zeiten, in denen sich eine Verantwortliche für mehrere Stunden zurückzog, um die Wochenrationen abzufüllen. Ein wirklich ruhiger Ort war das Stationszimmer jedoch nie. «War an diesem Tag viel los, passierten auch mehr Fehler», erinnert sie sich.

>>

Als im Neubau kein ruhiger Raum für die Medikamentenverteilung vorgesehen war, stand für sie fest: «Das geht so nicht weiter, Blister müssen her.» Sie setzte sich mit Heimarzt Neuner-Jehle und dem Heim-Apotheker zusammen, der sich bereit erklärte, ein Spezialprogramm für den Computer und die nötige Einrichtung anzuschaffen. Gemeinsam erarbeiteten sie während eines halben Jahres ein funktionierendes System, klärten, wie die Bestellung bei Neueintritten ablaufen muss, wie die Abläufe im Haus geregelt werden und wer alles letztlich die Blisterrationen verteilen darf. Das war 2011.

Seither liefert die Apotheke jeden Mittwoch um 16 Uhr die Wochenblister für die 80 Bewohnerinnen und Bewohner. Luzia Nietlispach ist begeistert: «Ein gewaltiger Fortschritt, jetzt muss niemand mehr einen halben Tag lang Tablettli rausdrücken.» Eine 50- bis 60-Prozent-Stelle habe sie früher dafür einrechnen müssen. Heute werden alle

Blister in der Apotheke abgefüllt und hinten angeschrieben, samt Beschreibung, wie die Pillen aussehen, Dosierung in Milligramm und Abgabezeit. Und sogar mit Hinweisen auf Zusatzmedikamente: Salben, Pflaster und Tropfen werden nicht verblister, sondern im Alterszentrum direkt vorbereitet.

«Früher konnte es passieren, dass ein Hausarzt in die Ferien fuhr und vergass, vorher die Medikamente dazulassen», sagt die Pflegedienstleiterin. «Das kann heute nicht mehr passieren.» Tritt jemand neu ein oder bekommt ein neues Medikament verschrieben, genügt ein Fax an den Apotheker, der die Angaben direkt in der elektronischen Patientendokumentation abrufen, das Rezept besorgt und

die Liste automatisch auf Interaktionen überprüft. Luzia Nietlispach und ihr Team, das ist keine Frage, möchten dieses System nicht mehr missen.

### Polypharmazie ist ein häufiger Grund für einen Spital-eintritt aufgrund von Nebenwirkungen.

## Der grosse halbjährliche Sicherheits-Check

Alle Haus- und Heimarzte, so empfiehlt Stefan Neuner-Jehle vom Institut für Hausarztmedizin in Zürich, sollten die Medikationslisten regelmässig überprüfen. In den Zuger Alterszentren findet das zweimal jährlich statt. Die Ärzte checken die Listen nach folgenden vier Punkten:

- Indikation – ist das Medikament noch notwendig, oder bringt es keinen Nutzen mehr und ist dadurch überflüssig geworden?
- Nebenwirkung – könnte das Medikament mit einem anderen Mittel interagieren, und ist es möglicherweise schädlich?
- Dosierung – stimmt die angegebene Menge noch, oder muss sie angepasst werden?
- Alternativen – besteht eine besser wirksame oder besser verträgliche Alternative, allenfalls auch nicht-medikamentöse Massnahmen?

Die sogenannte Priscus-Liste («Priscus» heisst auf Lateinisch «alt, altherwürdig»), von der Ruhr-Universität Bochum koordiniert, gibt Hinweise, was vermeidenswert ist. Diese Negativliste haben Haus- und Heimarzte idealerweise immer präsent, dann können sie reagieren, wenn beispielsweise Antirheumatika wie Voltaren, Brufen oder Ponstan verschrieben sind: Diese können Magen-Darm-Blutungen und Kreislaufstörungen hervorrufen und die Nierenfunktion beeinträchtigen.

Neuner-Jehle würde diese negativ gelisteten Medikamente bei betagten Patienten sofort durch besser geeignete Mittel wie Paracetamol, Novalgin oder Morphin ersetzen. Auch letzteres kann jedoch als Nebenwirkung Schwindel und Verstopfung hervorrufen – die Verschreibung von Medikamenten ist also immer eine Frage des Abwägens und eine Suche nach der besten Wirkung im Verhältnis zu den geringsten Nebenwirkungen. (cw)

### Blister aus praktischen Gründen

Die anderen beiden Alterszentren Zug, Neustadt und Herti, richten die Medikamente gegenwärtig noch selber, aber im Juni werden sie auf das Blistersystem wechseln. Im Zentrum Neustadt habe das ganz praktische Gründe, erklärt Brigitte Stadlin, Leitung Pflege und Betreuung: «Erstens sind die Medikamentenverpackungen in den 18 Jahren, seit ich hier arbeite, teils doppelt so gross geworden, und wir finden schlicht den Platz für die Packungen nicht mehr. Zweitens werden die Auflagen bezüglich Medikamentenbewirtschaftung immer komplexer.» Brigitte Stadlin schrieb 2009 ihre Abschlussarbeit für eine höhere Fachausbildung zum Thema «Medikamenten-Dispensationssicherheit», und ihr damaliges Fazit, sagt sie, gelte im Alltag auch heute noch: «Kritische Situationen sind immer möglich, denn die Fehlerquellen sind vielfältig und komplex. Lösungsansätze finden sich oft in systemischen Veränderungen.» Der grösste Schritt zur Fehlervermeidung sei deshalb bereits bei der Umstellung auf elektronische Patientendossiers vor Jahren passiert. «Keine Handschriften-Lesefehler mehr, kein Abschreiben von falschen Dosierungen – das elektronische Dossier vermeidet viele Fehlerquellen.»

Das Abfüllen an sich sei jedoch bei der Dreifachkontrolle, die ihr Team seit Jahren pflegt, ähnlich fehlerarm und sicher wie mit dem Blistersystem, sagt sie. «Und mit systemischen Massnahmen wie genügend Licht, genügend Zeit und genügend Ruhe beim Abfüllen der Medikamente lassen sich viele Fehler vermeiden.»

Dennoch sind Brigitte Stadlin und ihr Team positiv eingestellt auf das neue Blistersystem. «Ein wichtiger Punkt ist, dass wir dem Apothekenteam vertrauen können: Wir arbeiten seit vielen Jahren zusammen und wissen, dass wir uns hundertprozentig auf sie verlassen können.» Das sei eine gute Basis, sagt sie. Jetzt ist sie gespannt, wie es sich im Alltag auswirken wird.

### Heikler Übertritt vom Spital ins Heim

Ob Blister oder nicht: Manchmal kommt es vor, dass Altersheimbewohnerinnen und -bewohner aus dem Spital zurückkehren und eine längere Liste mitbringen als sie beim Eintritt hatten – mit anderen Medikamentennamen drauf als den altbekannten des Hausarztes. Welche Folgen das hat, untersucht



Stefan Neuner-Jehle in einer grösseren Studie zum Medikamentengebrauch beim Spitalaustritt. Auch eine Folgestudie zum Thema Medikamentensicherheit in Heimen ist bereits geplant. Veränderte Medikationslisten stellen nämlich die Pflegefachpersonen in den Heimen vor grosse Herausforderungen: Was gilt, wie sicher ist die neue Liste? Zählt, was der Spitalarzt anordnet, oder ist der Hausarzt zuständig? Und jene alten Menschen, die in ihre Privatwohnung zurückkehren, verlieren den Überblick erst recht: Sie schlucken dann entweder alles oder vor lauter Verunsicherung gar nichts mehr – oder einfach wieder dasselbe wie früher.

#### Notfallmässige Spitaleintritte wegen Polypharmazie

Solche Polypharmazie ist nicht ungefährlich: Sie ist sogar ein häufiger Grund für einen Spitaleintritt oder für einen Wiedereintritt aufgrund von Nebenwirkungen. In den USA gibt es Berichte, die zwei Drittel aller notfallmässigen Spitaleintritte im Zusammenhang mit Medikamenten sehen. In der Schweiz fehlen solche Zahlen bisher. Dennoch ist für Stefan Neuner-Jehle klar: «Es braucht bessere Absprachen zwischen den Spitalärzten und den Hausärzten, welche Medikamente noch nötig sind.»



**«Medikamentensicherheit ist wichtig. Aber am Ende darf man vor lauter Sicherheit den Patientenwillen nicht vergessen.»**

Stefan Neuner-Jehle ist Haus- und Heimarzt in Zug und forscht am Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich

Medikamentenoptimierung und Medikamentensicherheit seien zwei sehr wichtige Punkte, sagt er, Punkte, auf die inzwischen fast alle Hausärzte sensibilisiert seien. Aber am Ende dürfe man vor lauter Sicherheit den Patientenwillen nicht vergessen.

Das Ziel einer Behandlung müsse immer sein: «Lebenszeit verbessern, nicht den Tod verhindern.» ●

Anzeige

*Ihr Leben.  
Unser Arbeitsmodell.*



**Pflegefachfrau/-mann HF/FH**

Temporär. Fest. Springer. Pool: Wir finden für Sie jenes Arbeitsmodell, das zu Ihrem Lebensplan passt. Neben beruflichen Herausforderungen bieten wir Ihnen attraktive Sozialleistungen, Vergünstigungen und gezielte Weiterbildungen.

Wann sind Sie zur Stelle?

**careanesth** 

*gesundheitswesentlich*

[www.careanesth.com](http://www.careanesth.com)  
T +41 44 879 79 79



**Performanz-Controlling in Pflege, Hotellerie und Verwaltung**

**Klarheit  
statt  
Zweifel**

**CFI SIMM** plus  
Controlling-Führungsinstrument

**Temporäre Leistungserfassung**  
Einfache und präzise Datenerhebung

**Detaillierte Auswertung**  
KLV-pflichtige, nicht KLV-pflichtige und Hotellerie-Leistungen

**Nachkalkulation**  
Berechnung der Pflgetaxen auf Basis der tatsächlichen Personaleinsätze

[www.BCR-Ludwig.ch](http://www.BCR-Ludwig.ch)

Walliser Résidence Saint-Sylve: Medikamente in der «offenen Psychogeriatric»

## «Neuroleptika sind nicht immer nötig»

Seit mehr als zwei Jahren wird in der Résidence Saint-Sylve im Wallis ein Projekt der «offenen Psychogeriatric» umgesetzt. Die Bewohner nehmen häufiger am sozialen Leben teil, und es müssen nur noch halb so viele Neuroleptika und Antidepressiva verschrieben werden.

Von Anne-Marie Nicole

Die Résidence Saint-Sylve befindet sich im Walliser Dorf Vex, am Ostrand des Val d'Hérens, an einem Hang mit Blick auf die Dent Blanche. Das 1983 errichtete Haus liegt an der Strasse nach Evolène. Zwei Gebäude an der Rückseite aus den Jahren

1993 und 2000 ergänzen die Einrichtung. Sechzig Bewohner leben hier. Zwanzig von ihnen bekommen eine psychogeriatric Pflege.

Betritt man das Gebäude, ist alles ruhig. Die Cafeteria auf der linken Seite wird durch die noch schwache Sonne be-

leuchtet. Hier sieht man nur einen Bewohner, der an einem der Tische Zeitung liest, und einen Mitarbeiter. An diesem – und jedem anderen – Morgen findet das Leben im Pflegeheim vor allem in der ersten Etage statt. Diese bildet einen grosszügig gestalteten, offenen Durchgangsbereich, der als Treffpunkt und für die täglichen Aktivitäten genutzt wird. An der Hinterseite befindet sich ein therapeutischer Garten, der von jungen Rebstöcken umrandet ist. Während rund dreissig Bewohner bereits im «kleinen Salon» auf die beliebte Singstunde warten, beenden andere im nur einige Meter entfernten Essbereich noch das Frühstück. Vor einiger Zeit befand sich hier noch eine geschlos-

**Das Leben in der Walliser Résidence Saint-Sylve findet vor allem in der ersten Etage statt.**



Zwei Pflegefachfrauen und eine Bewohnerin beim gemeinsamen Singen.

sene Abteilung für Bewohnerinnen und Bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen.

#### **Gelegenheit, der Einrichtung neuen Schwung zu geben**

Im Juli 2015, direkt nach einer Krise, die die Bewohner, die Angehörigen und Mitarbeiter des Pflegeheims stark mitgenommen hatte, wurde an der Résidence Saint-Sylve mit einem Projekt zur «offenen Psychogeriatric» begonnen. Entstanden war das Vorhaben aus der Initiative zweier Pflegefachfrauen, die ihre Abschlussarbeiten zu diesem Thema geschrieben hatten. Direktor Philippe Genoud war gerade aus Frankreich, wo er verschiedene Altenpflegeeinrichtungen geleitet hatte, in seinen Heimatkanton zurückgekehrt. Er hatte damals beträchtliche Zweifel an dem Projekt, denn seine Priorität bestand zunächst darin, die Einrichtung zu restrukturieren und für eine gewisse Stabilität zu sorgen. «Das Konzept entsprach jedoch gut meiner Vorstellung von einem offenen Ort, ähnlich einem «Cantou». Ausserdem wissen wir so wenig über Alzheimer, dass wir uns jeden Tag fragen müssen, was wir besser machen können.» Darüber hinaus bot sich die

---

### **Ein Schlüssel- moment war die Schliessung der psychogeriatricen Abteilung.**

---

Gelegenheit, der Einrichtung einen neuen Schwung zu geben. Der Enthusiasmus, mit dem zahlreiche Mitarbeiter dem Projekt gegenüberstanden, zerstreute die Zweifel des Direktors. Karine Perruchoud, zuständige Pflegefachfrau für die psychogeriatriche Betreuung, und ihre Kollegin Gwendoline Gaspoz, die inzwischen in einer Tagespflegeeinrichtung tätig ist, erhielten grünes Licht für das Projekt einer «offenen Psychogeriatric», deren Philosophie für «ein Haus zum Leben und beschwerdefreien Sterben», ohne Schlösser und Zugangscodes, steht. «Eine inklusive Einrichtung», wie es Karine Perruchoud ausdrückt.

Allen Bewohnern, unabhängig vom Krankheitsbild, soll ein offener Lebensort frei von Beschränkungen, mit einem eigenen Platz im sozialen Zusammenleben sowie sinnvollen Tätigkeiten im Alltag geboten werden. Ein einfaches Ziel. Doch der Weg dorthin ist alles

andere als leicht: Es reiche nicht aus, Wände einzureissen und Türen zu entfernen, um eine offene Kultur zu schaffen, sagt Philippe Genoud.

Bevor die Architektur des Heims an das neue Konzept angepasst werden konnte, mussten sich die Pflegekräfte umstellen. >>



Karine Perruchoud (links), die zuständige Pflegefachfrau für die psychogeriatriche Betreuung, im fröhlichen Gespräch mit einer Bewohnerin.

Fotos: H el ene Tobler



So wurde viel in die Information, die Sensibilisierung, die Schulung und das Coaching der Mitarbeiter investiert. Diese wurden ausserdem speziell für die Betreuung Demenzkranker geschult, damit alle Pflegekräfte jederzeit den Bedürfnissen der Bewohner gerecht werden können. Es geht dabei nicht mehr um Veranstaltungen oder Beschäftigungen, sondern um eine für die Bewohner sinnvolle Alltagsgestaltung: Singen, Kochen, Tanzen, Backen, Geschichten und Märchen, Aperitifs, Gesprächsgruppen oder Quiz-Nachmittage.

### Interessante Ergebnisse

Mehr als acht Monate intensiver Arbeit waren nötig, um zu überzeugen, zu motivieren, den Blickwinkel und die berufliche Haltung zu ändern sowie eine neue Heimkultur zu entwickeln. Diese Vorbereitungsphase machte es auch möglich, die wissenschaftlichen Werkzeuge zur Evaluation, Beobachtung, Analyse und Kommunikation einzuführen. Ausserdem wurden Gesprächsgruppen für die Mitarbeiter eingerichtet. Der Schlüsselmoment war jedoch die Öffnung der ersten Etage und die Schliessung der psychogeriatrischen Abteilung, erinnert sich der Direktor: «Ein geschlossener Ort ist per Definition nicht offen. Und einen solchen geschlossenen Ort will man gern verlassen. Wir haben uns daher für einen offenen Ort entschieden. Wir lassen es auf einen Versuch ankommen. Die Ergebnisse sind interessant.» Es fällt auf, dass die Verschreibungen von Medikamenten innerhalb von 18 Monaten zurückgegangen sind und kaum mechanische oder chemische Fixierung mehr nötig ist. Seit der Einführung des Konzepts der «offenen Psychogeriatric» beobachtet der zuständige Apotheker Pierre-Olivier Grandjean einen Rückgang bei der Verschreibung von Neuroleptika und Antidepressiva. «Nun denken wir zwei Mal nach, bevor wir unruhigen Bewohnern ein Beruhigungsmittel verabreichen. Wir nehmen uns Zeit, um zuzuhören, zu verstehen, zu kommunizieren und, falls nötig, eine klinische Untersuchung zu veranlassen, um alle möglichen Ursachen des Unwohlseins zu prüfen», sagt die Pflegedienstleiterin Martine Moix. In der Heimapotheke öffnet sie den Schrank mit den Medikamentenboxen und zeigt, wie wenig Tablettenpackungen sie enthalten. Das sei früher nicht immer so gewesen.



Heimarzt Bernard de Bruijn (links) in einer Besprechung mit Pflegedienstleiterin Martine Moix und Apotheker Pierre-Olivier Grandjean.

**«Wir denken zwei Mal nach, bevor wir unseren Bewohnern Beruhigungsmittel verabreichen.»**

«So nage ich bald am Hungertuch!», scherzt der Apotheker, der seit dreissig Jahren mit dem Pflegeheim in Vex zusammenarbeitet. Die Zahlen sind beeindruckend: In Saint-Sylve entfallen 4 Prozent der Medikamentenkosten auf Neuroleptika, während ihr durchschnittlicher Anteil bei allen Walliser Alters- und Pflegeheimen 10 Prozent beträgt. Damit liegen diese Präparate bei den Verschreibungen in Saint-Sylve an achter Stelle, wohingegen sie bei den übrigen Heimen im Kanton in der Regel den zweiten Platz einnehmen. Bei den Antidepressiva beträgt der Anteil in Saint-Sylve 3,6 Prozent (12. Stelle) gegenüber 6,5 Prozent im Kantonsdurchschnitt (4. Stelle).

### Ein besseres Medikamentenmanagement

Allgemein stellt Pierre-Olivier Grandjean in der Résidence Saint-Sylve einen Rückgang der Kosten für Medikamente aus der Spezialitätenliste fest: Diese sind in nur wenigen Jahren von zehn auf sieben Franken pro Tag und Bewohner gesunken. Dieser Rückgang erklärt sich durch den systematischeren Einsatz von Generika, aber auch durch die Einstellung einer Pharmaassistentin, die für eine bessere Kontrolle des Medikamentenmanagements sorgt, sowie durch eine intensivere interprofessionelle Zusammenarbeit. Der zuständige Arzt Bernard de Bruijn, seit Langem an die Arbeit im Team gewöhnt, hebt ebenso die Vorteile der interprofessionel-

## Das Konzept der «offenen Psychogeriatric»

Die «offene Psychogeriatric», wie sie von den Pflegefachfrauen Karine Perruchoud und Gwendoline Gaspoz entwickelt und im Alters- und Pflegeheim Saint-Sylve eingeführt wurde, orientiert sich an den Arbeiten des französischen Soziologen Michel Billé. Dieser setzt sich intensiv dafür ein, «das Alter wieder zu verzaubern», es lebenswert zu machen und ihm einen Sinn zu geben. Das Konzept beruht auf fünf Reflexions- und Arbeitsbereichen: der Ethik, der Ausbildung, der Einstellung der Pflegekräfte, der Betreuung und dem Haus, also dem Ort des Privatlebens und des generationsübergreifenden sozialen Zusammenlebens. Die Philosophie des Projekts besteht darin, die Senioren im Allgemeinen und die Demenz im Besonderen aus einem neuen Blickwinkel zu betrachten und die Pflegepraktiken permanent zu hinterfragen.

«Wir begleiten die Bewohner bei für sie sinnvollen Aufgaben und Aktivitäten im Einklang mit der örtlichen Kultur. Hinter dem Haus haben wir zum Beispiel gemeinsam einen Rebgarten angepflanzt. All das dient dazu, die Beziehung zum Alltag zu stärken», sagt Karine Perruchoud. Zusammen mit ihrer Kollegin hat sie 2017 den Verein «Daylink» gegründet, der sich zum Ziel gesetzt hat, die «offene Psychogeriatric» zu fördern und andere Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung eines inklusiveren Ansatzes in der Altenpflege zu unterstützen. (anm)

len Zusammenarbeit hervor. Seine eigene Rolle fasst er in den folgenden Worten zusammen: Verfügbarkeit, aufmerksames Zuhören, Kommunikation und Beratung. Seine Meinung zur «offenen Psychogeriatric» in Saint-Sylve? «Wenn ich in ein Pflegeheim komme und die Bewohner, davon ein Drittel mit kognitiven Beeinträchtigungen, sich alle im grossen Saal in der ersten Etage aufhalten, alles ruhig ist, es kein Geschrei und keinen Streit gibt, dann funktioniert alles gut und es gibt keinen Grund, Beruhigungsmittel zu verschreiben.»

Für Karine Perruchoud kommt es jedoch nicht infrage, sich auf den Lorbeeren auszuruhen. Sie verfolgt das Projekt weiterhin aufmerksam und arbeitet an der Weiterentwicklung. Nach Ansicht von Philippe Genoud müsste das Projekt mit wissenschaftlicheren Daten evaluiert werden, um es in grösserem Rahmen umsetzen zu können. «Die Vielfalt eines Heims und der Erfolg seiner Projekte hängt vom Beitrag jedes Einzelnen ab», erklärt der Direktor, der sich gern als Ideengeber sieht, dessen Aufgaben vor allem im Anleiten und Motivieren bestehen. «Wir verfügen nicht über ausreichend Daten, um zu wissen, ob wir recht haben oder nicht. Jedoch gehen wir bei der Umgestaltung der Heimbetreuung sehr überlegt vor. Es wird sich zeigen, falls wir uns geirrt haben sollten.» ●

Dieser Text wurde aus dem Französischen übersetzt

## Führen mit Zahlen – Erfüllen von Anforderungen

AbaProject – Software für Soziale Institutionen

- Gestaltbarer Bewohnerstamm
- Pflegetarife mit Ansätzen gemäss Einstufung BESA, RAI
- Erfassung von Pflegeleistungen, Spesen, Absenzen auch über Smartphones und Tablets
- Barcode-Scanning für Pflegeleistungen, Material- und Medikamentenbezüge
- Mehrstufige Gruppierung der Kostenarten, Kostenstellen und Kostenträger nach KVG, BSV und kantonalen Anforderungen
- Somed-Statistik
- Schnittstelle zu Pflegedokumentation
- Nahtlose Integration in Lohnbuchhaltung, PPS, Materialwirtschaft, Fakturierung, Kostenrechnung ohne Datenredundanzen
- Mobile Datenerfassung auf iPad

[www.abacus.ch](http://www.abacus.ch)

 **ABACUS**  
Business Software



## Planen Sie Ihre Karriere mit uns

Wir führen Sie zu eidgenössischen Fachausweisen und Diplomen

### • Lehrgänge auf die Berufsprüfungen

- Beginn März 2019* – Chefkoch/-köchin  
– Bereichsleiter/in Restauration  
*Beginn Juni 2018* – Bereichsleiter/in Hotellerie-Hauswirtschaft  
*Beginn August 2018* – Chef de Réception (Basismodule)

### • Lehrgänge auf die Höheren Fachprüfungen

- Beginn Juli 2018* – Küchenchef/in  
– Leiter/in Restauration  
– Leiter/in Hotellerie-Hauswirtschaft  
– Leiter/in Gemeinschaftsgastronomie

### Ausbildungskurse für Berufsbildner/innen (Lehrmeisterkurse)

4 x jährlich: Januar, März, Juni, September (Daten auf Anfrage)

Rufen Sie uns an – wir beraten Sie gerne!

Hotel & Gastro formation Schweiz | Eichstrasse 20 | Postfach 362 |  
6353 Weggis | Telefon +41 (0)41 392 77 77 | Fax +41 (0)41 392 77 70  
hbb@hotelgastro.ch | www.hotelgastro.ch

## BÜNDNER STANDARD 2.0

ZUM UMGANG MIT GRENZVERLETZENDEM  
VERHALTEN IN INSTITUTIONEN FÜR  
KINDER UND JUGENDLICHE

### EINFÜHRUNG FÜR NEUE MITARBEITENDE IN DEN BÜNDNER STANDARD:

Di. 10.4.2018 | 13.30 Uhr – 17.00 Uhr | HFS Zizers  
Mi. 12.9.2018 | 13.30 Uhr – 17.00 Uhr | HFS Zizers

**Zielgruppe:** Neue Mitarbeitende aus Institutionen, die mit dem Bündner Standard arbeiten. Zuweisende Behörden (Berufsbeistände und KESB), die mit Institutionen zusammenarbeiten, die den Bündner Standard anwenden.

### ERSTINFORMATION ÜBER DEN BÜNDNER STANDARD:

Mi. 31.10.2018 | 13.30 Uhr – 17.00 Uhr | Schulheim Chur

**Zielgruppe:** Trägerschaften, Institutionsleitende, Interessierte am Bündner Standard.  
Weitere Informationen unter [www.buendner-standard.ch](http://www.buendner-standard.ch)

Anmeldung unter  
[www.hfs-zizers.ch](http://www.hfs-zizers.ch)

**HFS Zizers**

Höhere Fachschule für Sozialpädagogik

## Welche Weiterbildung passt zu mir?

**MAS Spezialisierte Pflege**  
[gesundheit.bfh.ch](http://gesundheit.bfh.ch), Web-Code: M-PFL-4

**MAS Mental Health**  
[gesundheit.bfh.ch](http://gesundheit.bfh.ch), Web-Code: M-0-2

**MAS Gerontologie**  
Start mit jedem CAS-Studiengang des Instituts Alter möglich,  
Web-Code: M-GER-1

**CAS Alterspolitik**  
ab Juni 2018, [alter.bfh.ch](http://alter.bfh.ch), Web-Code C-A-4

**CAS Angehörigen-Support kompakt**  
ab Oktober 2018, [alter.bfh.ch](http://alter.bfh.ch), Web-Code C-GER-1

**CAS Demenz und Lebensgestaltung**  
ab September/November 2018, [alter.bfh.ch](http://alter.bfh.ch), Web-Code C-GER-3

[bfh.ch/weiterbildung](http://bfh.ch/weiterbildung)

Besuchen Sie unsere  
Infoveranstaltungen:  
[bfh.ch/infoveranstaltungen](http://bfh.ch/infoveranstaltungen)



Lasche Einnahmedisziplin, zu grosse Packungen, uneinheitliche Entsorgungspraxis

# Unnötige Umweltbelastung

Viele von Ärzten verschriebene Medikamente werden gar nie eingenommen. Sie landen im Müll oder im Abwasser. Das belastet die Umwelt. Und es werden Millionen von Franken verpulvert.

Von Urs Tremp

Es ist seit etlichen Jahren vorgeschrieben: «Private Haushalte sollen auch ihren Beitrag an die umweltgerechte Entsorgung von medizinischen Sonderabfällen leisten. Insbesondere sollen Altmedikamente aus privaten Haushalten an Apotheken, Drogerien oder Sammelstellen zurückgebracht werden. Die Entsorgung von Altmedikamenten, auch in flüssiger Form, via Toilette oder Lavabo ist nicht zulässig.»

Gemäss Schätzungen des Bundesamts für Umwelt werden bis zu einem Drittel aller verkauften Medikamente in der Schweiz nicht eingenommen. Davon wird rund die Hälfte danach nicht fachgerecht entsorgt. Dass die Medikamente nicht eingenommen werden, dafür gibt es mehrere Gründe:

- **Das Verfallsdatum:** Es ist oft knapper als nötig deklariert. Die Patienten befürchten, dass die Medikamente danach eine toxische Wirkung entwickeln, und verzichten auf die Einnahme.
- **Zu grosse Packungen:** Medikamente müssen oft nur über eine gewisse Zeit eingenommen werden. Die Packungen aber gibt es nur in definierten Mengeneinheiten – diese sind entweder zu klein oder zu gross.
- **Vergesslichkeit:** Gerade ältere Leute vergessen, ihre Medikamente einzunehmen, wenn sie nicht dauernd darauf hingewiesen werden.
- **Bewusster Verzicht:** Wenn die Medikamente nicht spürbar etwas bewirken, verzichten Patientinnen und Patienten oft auf die weitere Einnahme.

Aus diesen Gründen häufen sich in der Schweiz abgelaufene oder nicht gebrauchte Medikamente zu einem Berg von Sondermüll. Zwar gibt es Medikamente und Wirkstoffe, die für die Umwelt unbedenklich sind. Allerdings ist dies für den Laien nicht ersichtlich. Darum werden in der Gesetzgebung alle zur Entsorgung ausgeschiedenen Medikamente als Sonderabfälle bezeichnet. Sie müssen in dafür eingerichteten Anlagen verbrannt werden.

Die Entsorgung über die Kanalisation ist ebenso problematisch wie die Entsorgung mit dem Haushaltabfall. Das Bundesamt für Umwelt feierte zwar vor Jahresfrist zum «Tag des Wassers» die Schweizer Abwasserreinigung als «Erfolgs-

geschichte». Aber «Mikroverunreinigungen wie Medikamente, Pflanzenschutzmittel, Chemikalien oder Hormone» stellten noch immer eine Herausforderung dar. «Diese können durch die Abwasserreinigungsanlagen nicht entfernt werden und gelangen in die Gewässer – mit negativen Auswirkungen für die Umwelt.»

## Keine generelle Rücknahmepflicht

Der Bund empfiehlt, nicht gebrauchte oder Medikamente über dem Verbrauchsdatum an Apotheken, Drogerien oder sonstige Sammelstellen zurückzubringen. Allerdings schreibt er den Verkaufsstellen keine Rücknahmepflicht vor. Diese Verpflichtung können nur die Kantone den Apotheken und Drogerien auferlegen. Im Kanton Aargau etwa kennt man die Rücknahmepflicht. Im Kanton Zürich aber müssen Apotheken nur die Medikamente zurücknehmen, die sie selbst verkauft haben. So kommt, dass Aargauer Apotheken in Grenznähe zu Zürich heute auch Zürcher Medikamente entsorgen.

Um diesen unbefriedigenden Zustand zu beenden, wünschen der Schweizerische Apothekerverband Pharmasuisse und die Stiftung für Konsumentenschutz eine schweizweit einheitliche Regelung mit einer Recyclinggebühr, wie man sie beim Kauf von Elektrogeräten erhebt. «Bezüglich einer Recyclinggebühr sind wir skeptisch, ob es nicht einfach in eine Margenerweiterung münden würde», sagt man allerdings bei der Stiftung für Konsumentenschutz. Wichtiger sind nach Ansicht der Konsumentenorganisation kleinere Medikamentenpackungen.

## Wann werden Medikamente zum Risiko?

Tatsächlich geht der Wert der weggeworfenen Medikamente in die Millionen. Der Krankenkassenverband Santésuisse schätzt, dass es jährlich 500 Millionen Franken sind, die quasi im Abfall landen. Die Genfer Ständerätin Liliane Maury Pasquier wollte deshalb vor drei Jahren den Bundesrat mit einem parlamentarischen Vorstoss dazu verpflichten, die Haltbarkeit von Medikamenten zu überprüfen und neu zu definieren. Die Landesregierung habe zwar «ein grosses Interesse daran, Wege zu finden, um die Gesundheitskosten zu senken», wurde ihr beschieden.

Die Forderung einer generell längeren Haltbarkeit von Arzneimitteln eigne sich dafür aber «nur bedingt». Fachleute weisen zwar darauf hin, dass Medikamente heute «so sauber hergestellt und verpackt werden, dass sie deutlich länger stabil bleiben als früher». Für den Bundesrat jedoch «wiegen die damit verbundenen Risiken für die Gesundheit von Patientinnen und Patienten schwerer als mögliche Kosteneinsparungen. ●

**Abgelaufene oder nicht gebrauchte Medikamente häufen sich zu einem Berg von Sondermüll.**

Das digitale Zeitalter stellt Heime vor eine grosse Herausforderung

# Wie sich soziale Institutionen vor Cyberkriminalität schützen können

Die Digitalisierung hat die Bearbeitung von Patientendaten erheblich vereinfacht. Sie können schnell gespeichert und weitergegeben werden. Um sich vor Hackern zu schützen, braucht es einen datenschutzkonformen Umgang mit sensiblen Daten – besonders in Alters- und Pflegeheimen.

Von Marion Loher

Plötzlich war er da – und keine einzige elektronische Patientenakte war mehr zugänglich. Im November letzten Jahres wurde das regionale Alterszentrum im aargauischen Schöftland Ziel eines Cyberangriffs. Dabei drangen Hacker ins Computersystem des Heims ein und installierten eine Schadsoftware, die die elektronischen Dossiers der 108 Bewohnerinnen und Bewohner unzugänglich machte. Weil die Daten aber auch auf Papier festgehalten wurden, konnte der Betrieb aufrechterhalten werden. Die Sicherheit sowie die Pflege- und Betreuungsprozesse der Bewohnerinnen und Bewohner seien zu jeder Zeit gewährleistet gewesen, sagte der CEO des Alterszentrums, Thomas Steidle, damals gegenüber der «Aargauer Zeitung».

## Kritik an der Zahlung eines Lösegeldes

Hackerangriffe auf Spitäler, Arztpraxen oder Pflegezentren sind keine Seltenheit. Meist werden medizinische Geräte ausser Betrieb gesetzt oder elektronische Patienteninformationen verschlüsselt, die dann nur nach Bezahlung eines Lösegelds wieder freigegeben werden. So geschehen auch im Alterszentrum Schöftland. Wie verschiedene Medien berichteten, hätten die Erpresser für die Entschlüsselung der blockierten Daten

einen Bitcoin gefordert, der zum damaligen Zeitpunkt einen Wert von etwa 7700 Franken hatte. Die Institution zahlte, und die verschlüsselten Daten wurden daraufhin wieder freigegeben. Erst im Anschluss wurde die Polizei informiert. Dafür gab es Kritik seitens Polizei und Behörden. Max Klaus, stellvertretender Leiter der Melde- und Analysestelle Informationssicherung des Bundes (Melani), sagt: «Wir raten von der Zahlung eines Lösegeldes ab. Erstens gibt es keine Garantie, dass man im Fall von Verschlüsselungstrojanern den Schlüssel für die Wiederherstellung erhält, wenn man das Lösegeld bezahlt. Zweitens unterstützt man die Angreifer finanziell. Diese investieren das erpresste Geld in neue Werkzeuge, sodass künftig mit noch ausgereifteren Angriffen zu rechnen ist.»

Die Verantwortlichen des regionalen Alterszentrums Schöftland wollten sich zwei Monate nach dem Cyberangriff nicht mehr zum Fall äussern. Sie hätten im vergangenen Dezember umfassend informiert und alle Fragen beantwortet, heisst es auf Anfrage.

## Befall mit Verschlüsselungstrojanern

Dass Alters- und Pflegeheime ein bevorzugtes Ziel für Hackerangriffe sind, glaubt der Experte des Bundes nicht. «Jedes Unternehmen, egal welche Grösse es hat und welcher Branche es angehört, kann ein potenzielles Opfer von Cyberangriffen sein», sagt Max Klaus. «Viele dieser Angriffe erfolgen nach dem Giesskannenprinzip. Bei den Betroffenen handelt es sich meistens um zufällige Opfer.»

Tobias Fessler leitet das Informatikteam des Regionalen Pflegezentrums Baden. Auch für ihn sind soziale Einrichtungen für ältere Menschen nicht stärker gefährdet, Opfer von Cyberattacken zu werden, als andere Klein- und Mittelunternehmen in der Schweiz. Trotzdem wurde «sein» Pflegezentrum auch schon angegriffen. «Im Frühling 2016 hatten wir innerhalb kur-

«Unabhängig von Grösse und Branche kann ein Betrieb Opfer eines Angriffs werden.»

zer Zeit mehrere Verschlüsselungstrojaner», sagt Tobias Fessler. «Unsere Sicherheitsmechanismen griffen jedoch sehr gut. Der Ausfall dauerte einige Stunden, und wir hatten nur einen minimalen Datenverlust von maximal einem Tag bei einigen Word- und Excel-Dokumenten.» Bewohner- und Personaldaten seien nicht zu Schaden gekommen. «Lösegeld zu zahlen, war nie ein Thema.»

Die «Fondation l'age d'or» betreibt im Raum Genf verschiedene medizinische und soziale Einrichtungen für Seniorinnen und Senioren. Von einem Cyberangriff ist die Altersresidenz bislang verschont geblieben, wie der Direktor der Fondation, Philippe Guéninchault, sagt. «Zum Glück», fügt er hinzu. Auch die «Fondation de l'age d'or» arbeitet mit der elektronischen Datenerfassung. «Wir sammeln administrative und medizinische Daten, die wir für die Pflege unserer Bewohnerinnen und Bewohner benötigen», sagt Philippe Guéninchault. Nötig seien diese Informationen, um die Pflege richtig zu organisieren und zu koordinieren sowie allgemein für die Überwachung der Bewohnerinnen und Bewohner.

#### Doppelte Identifizierung

Im Regionalen Pflegezentrum Baden ist die elektronische Datenerfassung seit 2011 im Einsatz. Dabei wird laut Tobias Fessler «praktisch alles» festgehalten. Zum einen sind es Informationen über die Bewohnerinnen und Bewohner. «Das geht von biografischen Merkmalen und persönlichen Vorlieben über die medizinische Versorgung und pflegerische Betreuung bis hin zur Abrechnung der Leistungen.» Zum anderen sind es mitarbeiterrelevante Daten sowie solche, die die Buchhaltung betreffen. «Aus dem Alltag heraus wird praktisch nichts mehr in Papierform abgefasst», sagt der Informatik-Fachmann. «Zum Teil werden aber beim Austausch mit anderen pflegerischen Institutionen, mit Behörden und Angehörigen, die die Daten nicht elektronisch gesichert versenden und empfangen können, noch Papierunterlagen zur Verfügung gestellt.» Und wie sind die digitalen Daten gesichert? «Bei uns nach dem Best-Practice-Prinzip», sagt Tobias Fessler. «Wir haben einen grossen Katalog an Massnahmen, die bei Firewalls und Anti-Spam-Filter beginnen, über Anti-Virus und ausfallgesicherte Storage-Lösungen gehen und bis hin zur doppelten Identifizierung für externe Zugriffe reichen. Weiter haben wir Sicherheitsmechanismen, die beispielsweise bei auffälligen Verhaltensmustern von Dateibearbeitungen aktiviert werden. Zudem schulen wir regelmässig unsere Mitarbeitenden.» Um die gesamte Informatik-Infrastruktur kümmern sich vier Profis, wobei einer zusätzlich die Aufgabe des IT-Sicherheitsbeauftragten wahrnimmt. Verantwortlich ist das Infor-

matikteam für das Regionale Pflegezentrum Baden sowie das Alterszentrum Kehl, also für insgesamt rund 600 Mitarbeitende und 400 Bewohnerinnen und Bewohner.

Bei der Genfer «Fondation l'age d'or» werden die Daten von externen IT-Anbietern gehostet. «Sie gewährleisten die Integrität unserer Systeme und Daten», sagt Direktor Philippe Guéninchault. Für die Sicherheit der Daten sind die Institution und die IT-Dienstleister gemeinsam verantwortlich.

#### Der elektronische Patient

Für Tobias Fessler macht gerade bei den Patientendaten eine elektronische Archivierung besonders Sinn. Dabei spricht er das elektronische Patientendossier (EPD) an – eine virtuelle

>>



Viele Bewohnerdaten sind elektronisch abgespeichert. Mit den richtigen Massnahmen können sie geschützt werden.

Foto: Martin Glauser





Fachhochschule Nordwestschweiz  
Hochschule für Soziale Arbeit

## Schwere Behinderung Lebenswelten kooperativ gestalten

### Certificate of Advanced Studies CAS

Sie begleiten Menschen mit schweren Behinderungen und möchten Ihre Fachkompetenz erweitern? Im CAS-Kurs erhalten Sie neueste Erkenntnisse, um gemeinsam einen kooperativen Alltag zu gestalten.

Beginn: 13. September 2018

- Der CAS-Kurs ist berufsbegleitend konzipiert und modular gestaltet.
- Die Fachseminare sind einzeln buchbar.

### Fachseminare 2018 aus dem CAS-Kurs

#### **Aktuelle Denkmodelle und Prinzipien**

Handeln in Kooperation, Partizipation und Autonomie – UN-BRK als Orientierungsrahmen.

Datum: 13./14. September 2018

#### **Entwicklungsorientierte Alltagsbegleitung**

Lebenswelten gestalten – kooperative und reflexive Handlungsplanung.

Datum: 29.–31. Oktober 2018

[www.fhnw.ch/soziale-arbeit/weiterbildung](http://www.fhnw.ch/soziale-arbeit/weiterbildung)

Das Betagten- und Pflegeheim Weiermatte liegt an zentraler, ruhiger Lage und bietet 61 pflegebedürftigen und betagten Menschen ein behagliches und von Qualität geprägtes Zuhause.



Infolge Pensionierung des heutigen Stelleninhabers suchen wir per 1. Juli 2018 oder nach Vereinbarung eine engagierte und dienstleistungsorientierte Nachfolge für die

## Leitung des Betagten- und Pflegeheims (100%)

### **Ihre Aufgaben**

- Verantwortung für die Institution und deren Repräsentation
- Mitgestaltung und Umsetzung einer zukunftsorientierten Heimstrategie
- Leitung der Teams Pflege, Hauswirtschaft, Administration
- Sicherstellung der Qualität
- Verantwortung der Finanzen

### **Ihr Profil**

- Mehrjährige Führungserfahrung
- Heimleiterausbildung und/oder Ausbildung im Sozial-/Pflegebereich von Vorteil
- Betriebswirtschaftliche Kenntnisse
- Bereitschaft, sich für diese anspruchsvolle Aufgabe stetig fortzubilden
- Gewinnendes, motivierendes, kommunikatives Auftreten, gepaart mit einem ziel-, projekt- und lösungsorientierten Führungsstil

### **Wir bieten**

- Eine verantwortungsvolle und spannende Tätigkeit mit entsprechenden Kompetenzen
- einen interessanten und vielseitigen Betrieb
- ein gut eingespieltes Team mit motivierten Bereichsleitungen und Mitarbeitenden
- attraktive und zeitgemässe Anstellungs- und Arbeitsbedingungen

Für nähere Auskünfte stehen Ihnen Fritz Stadelmann, Heimleiter (041 494 99 99), [fritz.stadelmann@menznau.lu.ch](mailto:fritz.stadelmann@menznau.lu.ch) und Helen Schurtenberger, Sozialvorsteherin Menznau (041 493 17 68) [helen.schurtenberger@menznau.lu.ch](mailto:helen.schurtenberger@menznau.lu.ch), gerne zur Verfügung.

Wir freuen uns auf Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen (E-Mail oder Post).

Gemeinderat Menznau, Adrian J. Duss-Kiener, Wolhuserstrasse 3, 6122 Menznau, [adrian.duss@menznau.lu.ch](mailto:adrian.duss@menznau.lu.ch)

Bei uns finden  
Sie das passende  
Personal!

CURAVIVA.CH

sozjobs.ch

Der Stellenmarkt für Sozial- und Gesundheitsberufe

Sammlung aller medizinischen Dokumente der Patientinnen und Patienten. «Durch die zentrale Bereitstellung der Daten wissen Gesundheitsfachpersonen immer, wo sie die Informationen zu einem bestimmten Bewohner finden. Das macht die Arbeit effizienter und unterstützt die Qualitätssicherung.» Philippe Guéninchault ergänzt: «Die elektronische Patientenakte ermöglicht es uns, Informationen zwischen den verschiedenen Akteuren der Einrichtungen auszutauschen und gleichzeitig die Zugriffsrechte von Fachleuten zu verwalten.»

Das Bundesgesetz über das EPD ist seit Mitte April vergangenen Jahres in Kraft. Es verpflichtet alle Spitäler und Pflegeheime, nach einer Übergangsfrist von drei respektive fünf Jahren auf das EPD umzustellen. Nicolai Lütschg ist Geschäftsführer der Stammgemeinschaft eHealth Aargau, die als Kompetenzzentrum das Bundesgesetz für das EPD im Kanton Aargau umsetzt. Er weiss, wie wichtig Datensicherheit und Datenschutz sind. «Wenn hier keine Glaubwürdigkeit herrscht, wird es das EPD schwer haben, Fuss zu fassen», sagt Nicolai Lütschg. Aus diesem Grund müssen sich alle Institutionen einer zertifizierten Stammgemeinschaft anschliessen. «Das Gesetz schreibt vor, wie das EPD organisiert und technisch abgesichert ist, und unabhängige Spezialisten kontrollieren regelmässig, ob alle Vorgaben eingehalten werden.» Wichtig in Bezug auf Datenschutz ist für Nicolai Lütschg auch die «doppelte Freiwilligkeit» der Patientinnen und Patienten. «Sie entscheiden, ob sie ein digitales Dossier anlegen wollen, und sie entscheiden auch, wer darauf Zugriff hat.» Das EPD hat seiner Meinung nach einen positiven Einfluss auf die Qualität der Behandlung und die Patientensicherheit. Zudem werde das Gesundheitssystem effizienter und die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten gefördert.

#### «Wertvolles Gut, das man schützen muss»

Patientendaten können aber nicht nur gespeichert und abgerufen werden, sondern auch innert weniger Sekunden an Dritte weitergegeben werden. «Umso wichtiger ist denn auch, dass die Regeln der Geheimhaltungspflicht und das Datenschutzgesetz eingehalten werden. Dazu gehört insbesondere die E-Mail-Verschlüsselung», sagt Lucas Schult, Leiter IT und stellvertretender Geschäftsführer der Health Info Net AG, kurz HIN genannt.

Die E-Health-Plattform verbindet schweizweit 22000 Gesundheitsfachpersonen sowie 750 Institutionen wie Spitäler, Labors und Heime «datenschutzkonform übers Internet». Kern der

Dienstleistungen von HIN sind gemäss Lucas Schult «digitale Identitäten, die einen sicheren Zugriff, eine sichere Kommunikation und eine sichere Zusammenarbeit ermöglichen», und er nennt dabei als Beispiel das elektronische Patientendossier. Seit Juli 2017 profitieren auch die Mitglieder von Curaviva Schweiz von diesem Angebot via HIN Curaviva Gateway.

Lucas Schult vergleicht eine unverschlüsselte E-Mail mit einer Postkarte: «Absender- und Empfängerinformationen sowie der Inhalt der Nachricht können im Klartext gelesen und im Internet auch so transportiert werden. Elektronische Post kann jederzeit, irgendwo auf der Strecke des Versands abgefangen, automatisch analysiert und manipuliert werden. Sie birgt erhebliche Gefahren, gewährleistet keinerlei Vertraulichkeit.»

Und genau deshalb sei es wichtig, die elektronische Post zu verschlüsseln. «Personendaten im Allgemeinen und Patientendaten im Besonderen sind ein wertvolles Gut und müssen geschützt werden», sagt der IT-Leiter von HIN. Trotzdem werde der datenschutzkonformen Verschlüsselung im Alltag zu wenig Beachtung geschenkt. Dass sich das ändert, ist für Lucas Schult eine der grössten Herausforderungen

in den nächsten Jahren. «Wir müssen die Mitarbeitenden bezüglich Informationssicherheit aber noch gezielter schulen, und die technischen Möglichkeiten, die wir haben, um die sensiblen Patientendaten vor Cyberkriminalität zu schützen, stärker nutzen.»

#### Oft fehlen Wissen und Geld

Auch Tobias Fessler vom Regionalen Pflegezentrum Baden sieht noch viel Handlungsbedarf. «Vor allem in kleineren Institutionen wird der IT-Bereich oft sträflich vernachlässigt, was in Zeiten von steigender Cyberbedrohungen fatal ist.» Aufklärung und eine regelmässige Weiterbildung der Mitarbeitenden könnten dem entgegenwirken, sagt er. Zudem fände er eine Checkliste mit relevanten Fragen zu Datensicherheit und Datenschutz als eine Art Leitfaden für die Heime sehr sinnvoll.

Max Klaus von der Melde- und Analysestelle Informationssicherung des Bundes (Melani), kennt Ähnliches: «Gerade im KMU-Bereich fehlen oft das Know-how und die finanziellen Mittel, um die IT-Abteilung ausreichend sicher zu betreiben. Das gilt jedoch für alle Branchen, nicht nur für Altersheime und Pflegezentren.» Sollten dann wie im Fall des Alterszentrums im Schöftland tatsächlich einmal Hacker zuschlagen, rät der Experte: «Nicht erpressen lassen. Sofort die Polizei rufen und Strafanzeige einreichen.» ●

**«Wenn keine Glaubwürdigkeit herrscht, wird es das EPD schwer haben, sich durchzusetzen.»**

Anzeige



**Machen Sie uns stark, um Kinder und Jugendliche im Kanton Bern zu stärken!**

[www.projuventute-bern.ch](http://www.projuventute-bern.ch) | Spendenkonto 30-4148-0



## Zur Umsetzung der Uno-Behindertenrechtskonvention in den Institutionen

# Ohne Mitbestimmung gibt es keine Selbstbestimmung

**Nelli Riesen, Autistin, ist Mitglied der Inklusionskommission der drei Verbände Insos, Curaviva und Vahs. Mitbestimmung ist für die 51-Jährige die zentrale Kategorie der Inklusion. Damit aber hapere es in vielen sozialen Einrichtungen, «weil die Chefetage sich davor fürchtet».**

Von Elisabeth Seifert

Ruhig, konzentriert erwartet Nelli Riesen unser Gespräch. Kaum haben wir uns an den Tisch gesetzt, verstummen jene Laute, die sie von sich gibt und die für «Chronisch-Normale», wie Nelli Riesen sich ausdrückt, unverständlich sind. Ein Laptop steht vor ihr. Die ergonomische Tastatur ist unterhalb der Tischplatte angebracht, sodass sie diese gut bedienen kann. Neben ihr sitzt Thimm. Er ist Gesamtleiter der Vereinigung Alchemilla und heisst Urs Thimm. In der Alchemilla, hier in Oberhofen am Thunersee sowie in den anderen beiden Gemeinschaften der Vereinigung, sind alle per Du. Und Urs Thimm ist Thimm. Vor allem aber ist er der «Stützer» (neben anderen) von Nelli. Dank ihm und Freunden hat sie gelernt, sich auszudrücken.

### Mit dem Leben überfordert, anfänglich

«Welche Wünsche und Träume an das Leben hattest Du, damals, als Du die Schule abgeschlossen hast?» Nelli überlegt kurz und beginnt zu schreiben. Thimm stützt ihren rechten Unterarm, ihr Zeigefinger findet ohne sichtbare Mühe die Buchstaben. «Ich hatte wenig Träume, sondern hauptsächlich Angst vor dem Leben. Ich war von allem überfordert. Erst durch die Beziehung, die ich mit Thimm aufbauen konnte, fasste ich Mut.

Ich wollte mit ihm und unserer kleinen Gemeinschaft das Leben selbst gestalten.» Das war vor 35 Jahren, heute ist Nelli 51. Thimm war damals ihr Lehrer an der Heimschule St. Michael in Oberhofen, bevor er zusammen mit Nelli und anderen Schulabgängern im ehemaligen Planarchiv einer Baufirma eine Pflanzenfärberei eingerichtet hat, in der vor allem Seide eingefärbt wird, die Färberei Alchemilla.

«Wir haben uns entschlossen, selber unser Leben in die Hand zu nehmen», schreibt Nelli, «und entwickelten zusammen alles, was zu einem erfolgreichen Betrieb gehört, Wissen, Fähigkeiten, Professionalität, Kundschaft, die bald unsere Produkte schätzte.» Neben der Arbeitsgemeinschaft kam bald in einem

Haus in Thun eine Wohngemeinschaft dazu, wo auch Nelli seither zu Hause ist. Es folgten zwei weitere Wohn- und Arbeitsgemeinschaften. Insgesamt wohnen respektive arbeiten an 5 Standorten 24 Gemeinschaftlerinnen und Gemeinschaftler, Menschen mit einer geistigen Behinderung. Nelli ist durch autistische Störungen eingeschränkt. Unterstützt werden die Gemeinschaftler von 33 Mitarbeitenden.

Als Färberin und Gemeinschaftlerin lernte Nelli, ihre Angst vor dem Leben abzulegen. «Heute habe ich nur noch Angst vor Hunden ohne Leine und dem Arzt», schreibt sie schelmisch – und wird gleich wieder ernst: «Mitgestalten ist eines der höchsten Güter der Menschen. Wir sind nicht auf die Welt gekommen, um Einsiedler zu werden.» Nelli drückt Buchstaben für Buchstaben, und das umso energischer, sobald sie einen ihrer wichtigen Gedanken zu Ende formuliert hat.

### Inklusion – «ein Leitziel»

In den drei Arbeits- und Wohngemeinschaften der Vereinigung Alchemilla sind die Menschen mit einer Behinderung in alle Entscheidungen eingebunden. Jede Woche findet eine Konfe-

**«Wir entwickelten zusammen alles, was zu einem erfolgreichen Betrieb gehört.»**



renz statt, wo die anstehenden Fragen miteinander besprochen werden. «Wir bestimmen zum Beispiel gemeinsam, wen wir in unsere Gemeinschaft aufnehmen wollen, sei es ein Gemein-schafter, ein Mitarbeiter oder ein neuer Gesamtleiter.» Und: Beim Erledigen der anstehenden Arbeiten für die Gemeinschaft seien alle gefordert und mitverantwortlich. «Hotel Mama sind wir nicht, vermutlich entstehen bei uns die gleichen Probleme

---

**«Wichtig ist mir auch, meinen Beruf als Färberin so lange wie möglich auszuüben.»**

---

wie in jeder Studenten-WG.» Mitte November letzten Jahres, als sie sich ihren Kolleginnen und Kollegen an der ersten Sitzung der Inklusionskommission vorstellte, sagte sie: «Teilhabe, Autonomie undsoweiter leben wir schon die ganze Zeit.» Mit ihrer Teilnahme in der Kommission hoffe sie «etwas zum besseren Verständnis der Menschen und der Entwicklung unserer Kultur beizutragen».

«Was heisst für Dich Inklusion?», frage ich sie. Nelli: «Wenn niemand ausgegrenzt und diskriminiert wird. Wenn alle Beteiligten gleichberechtigt auf Augenhöhe zusammenwirken und das Individuelle die Grundlage dazu bietet.» Eine Vorstellung, die Nelli als «Leitziel» bezeichnet, «dort möchten wir hin. Aber es wird immer nur einzelne Momente geben, in der eine Situation als wirklich inklusiv bezeichnet werden kann».

#### **Selbstbestimmung – «ein wahres Modewort»**

Für Nelli gibt es nicht nur in der Gesellschaft als Ganzes, sondern auch in vielen sozialen Einrichtungen noch eine Menge zu tun. Wenn immer wieder von «Selbstbestimmung» die Rede ist, dann sei das oft nicht viel mehr als «ein Wahn der lieben



Nelli Riesen: Vor 15 Jahren hat sie gelernt, sich mithilfe der gestützten Kommunikation auszudrücken. Foto: Willy Jost, Busswil

der Lage, sein Leben selbstbestimmt als Teil der Gesellschaft in die Hand zu nehmen. Ein Lernprozess aber, den viele Institutionen Menschen mit einer Behinderung nicht ermöglichen. «Ich vermute, dass die Chefetage und die jeweiligen Rechtsträger sich davor fürchten oder es für unmöglich halten. Jede Kader- und Führungsausbildung lehrt ja immer noch das alte hierarchische Verständnis.» Die Mitbestimmung innerhalb der Alchemilla hat Nelli Riesen für das Leben befähigt. Viel dazu

## **Menschen mit Behinderung reden mit**

Die Inklusionskommission ist wesentlicher Teil des Projekts der drei Verbände Insos, Curaviva und Vahs (Verband anthroposophische Heilpädagogik und Sozialtherapie in der Schweiz) zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention der Uno im institutionellen Bereich. Neben Verbandsvertretern besteht die Inklusionskommission aus 20 Selbstvertreterinnen und Selbstvertretern. An insgesamt vier Sitzungen von Mitte November 2017 bis Juni 2018 diskutieren sie, was die Verbände tun können, damit Integration und Inklusion besser gelingt. Beim ersten Treffen ging es um eine bessere Teilhabe, vor allem an Prozessen der politischen Mitbestimmung. An der

zweiten Sitzung von Anfang Februar formulierten die Kommissionsmitglieder ihre Bedürfnisse zum Thema Arbeit. An den weiteren Treffen werden die Themen Wohnen und Bildung im Zentrum stehen. Als Delegierte der Inklusionskommission tragen Nelli Riesen und Uwe Pfennig die Beschlüsse der Kommission in die Nationale Arbeitsgruppe der Verbände. Uwe Pfennig aus Goldach arbeitet bei der Stiftung Tosam in Herisau. Aufgabe der Nationalen Arbeitsgruppe ist es, einen Aktionsplan zuhanden der Dienstleistungsanbieter für Menschen mit Behinderung sowie der Verbände zu erarbeiten. (esf)

Sozialpädagogen und anderer Unterstützter, ein wahres Modewort, ein richtig unreflektierter Hype». Ist das nicht eine gar vernichtende Kritik an den Bemühungen der Betreuenden? Nelli: «Ja, es ist hart, aber es ist so. Selbstbestimmung kann nur verstanden werden, wenn die anderen Bestimmungsarten mitgedacht werden. Heute betreiben viele Sozialpädagogen wegen gut gemeinter Selbstbestimmung etwas, das zu Isolation und Verwahrlosung führen kann.» Selbstbestimmung müsse erlernt und geübt werden. Nur wer mitbestimmen kann, sei in

beigetragen hat, dass Thimm und Nelli vor 15 Jahren die Möglichkeiten der «gestützten Kommunikation» (FC) kennengelernt haben.

«Ich liebe die Sprache und versuche, ihre Möglichkeiten immer besser zu nutzen.» Heute hat sie nicht nur keine Angst mehr vor dem Leben, sondern sogar Wünsche an das Leben: «Ich möchte noch viele Gespräche führen dürfen oder auch die Welt bereisen. Wichtig ist mir aber auch, meinen Beruf als Färberin so lange wie möglich auszuüben.» ●



**45**  
Gutschein gewinnen  
im Jubiläumsjahr

**Wettbewerb!**  
Betriebsausflug CHF 1500.-

**Gewinnen Sie und Ihr Team Zeit ausserhalb der Arbeitsroutine**

RohrMax sagt den Verwaltungen und Gebäudeunterhalt-Fachleuten der Heime in der Schweiz herzlich Danke.

Anlässlich seines 45-jährigen Bestehens. **ROHRMAX** 

**Machen Sie mit!** Wettbewerb auf [www.rohrmax.ch](http://www.rohrmax.ch)

**felixplatterspital**

Weiterbildungen im Felix Platter-Spital 2018

**Fachspezialist/in Demenz**  
Zertifikatskurs

**Weitere Kurse**

- Wundmanagement Grundlagen
- Spezielle Wundbehandlungen
- Kompressionstherapie
- Vakuumtherapie
- Myofascial Release Grundkurs
- Myofascial Release Aufbaukurs, Obere Extremitäten
- Schwindelkurs

Haben wir Ihr Interesse geweckt?  
Detaillierte Informationen finden Sie unter  
[www.felixplatterspital.ch](http://www.felixplatterspital.ch)

**CURAVIVA** **weiterbildung**

Praxisnah und persönlich.

lebens  
phasen  
orientiertes  
personal  
management

Welchen Beitrag leistet der Dienstplan?  
18. April und 29. Juni 2018, Luzern

[www.weiterbildung.curaviva.ch/management](http://www.weiterbildung.curaviva.ch/management)

**Am Ende der Welt fehlt es an allem.**



**Ausser an uns.**

Durch unsere mobilen Gesundheitsteams werden Menschen auch dort medizinisch versorgt, wo sonst niemand hinkommt. Danke, dass Sie uns dabei unterstützen. PC 30-136-3. **Gesundheit für die Ärmsten: [fairmed.ch](http://fairmed.ch)**

**FAIR MED**

Curatime soll helfen, die finanziellen Mittel in Pflege und Betreuung richtig einzusetzen

## Eine hohe Effektivität zum Wohl der Heimbewohner

In verschiedenen Kantonen ist die Finanzierung der Pflege nicht konform mit der eidgenössischen Gesetzgebung. Das Arbeitsinstrument Curatime kann in sogenannten Verbundprojekten eine verlässliche Basis für den richtigen Kostenteiler für die Finanzierung der Heime schaffen.

Von Thomas Bächinger\*

In vielen Kantonen ist die Frage der Finanzierung der Heime ein Dauerthema zwischen der öffentlichen Hand und den Institutionen. In diversen Fällen konnte deshalb dank dem Arbeitsinstrument Curatime Verbundprojekten mit einer Auswahl von Heimen eine repräsentative Tätigkeitsanalyse durchgeführt werden. Ziel eines solchen Unterfangens ist: Es soll ein differenziertes Bild bezüglich einer jeweils kostendeckenden Finanzierung der einzelnen Heime entstehen. Die nationale Gesetzgebung verpflichtet die Institutionen zu dieser Analyse. Damit einher geht aber auch die Erarbeitung einer Grundlage für die Optimierung der Pflegeprozesse in den einzelnen Heimen.

Untersuchungen in verschiedenen Kantonen haben gezeigt, dass die individuell pro Heim erstellten Kostenrechnungen bis um den Faktor vier differierende Kostensätze pro Minute Pflege ergeben. Das steht eigentlich im Widerspruch zu den Erkenntnissen aus bisher über 250 Curatime-Analysen. Misst man die pflegeri-

**Wie erklärt es sich,  
dass ein Haus  
2 Franken pro Minute  
kalkuliert, das andere  
nur 90 Rappen?**

schen Tätigkeiten in Minuten pro Bewohnertag, gibt es ein konsistentes Bild. Die eingesetzten Ressourcen erbringen pflegerische Leistungen, Betreuung, Hotellerie-Leistungen und Strukturzeit. Das Bild aus verschiedenen Kantonen zeigt Abbildung 1 (Seite 49).

Die individuellen Kostensätze ergeben sich dann aus den individuell pro Heim ermittelten Kostenteilern zwischen Pflege und Betreuung. Mit einbezogen wird die Schlüsselung differenziert nach Qualifikation des Personals. Was häufig nicht richtig berücksichtigt wird, sind die Hotellerieleistungen durch die Pflege. Diese sollten in der Kostenrechnung der Kostenstelle «Pension» zugeordnet werden. Dafür sind die Anteile für die Betreuung wesentlich kleiner, als die Betreuungstarife üblicherweise ausweisen. Da die Tarife von Betreuung und Hotellerie durch die Bewohner direkt bezahlt werden, wirkt sich eine allfällige Verschiebung von der Betreuungstaxe zur Pensionstaxe nicht generell auf die Finanzierung aus. Andererseits kann

argumentiert werden, dass wesentliche Teile der Hotellerie bedingt sind durch die körperliche und kognitive Beeinträchtigung der Bewohner. Bedeutend ist auch die Strukturzeit, die sich schweizweit bei etwa 35 Minuten pro Tag bewegt. Kalkulatorisch müssen die Kosten der Strukturzeit sowohl den KLV-Leistungen als auch der Hotellerie- und Betreuungsleistungen zugeordnet werden.

Wie erklärt es sich allerdings, dass ein Haus 2 Franken pro Pflegeminute Kosten kalkuliert und das andere nur 90 Rappen? Eine mögliche Ursache kann die unzureichende Einstufung durch das Pflegebedarfsinstrument sein. Das muss nicht notwendigerweise ein Fehler des Instruments sein. Häufig sind auch die falsche Anwendung des Instruments und eine ungenügend Dokumentation der pflegerischen Leistungen die Ursache von Abweichungen. In Abbildung 2 (S. 49) ist ein Beispiel

\* Thomas Bächinger ist Geschäftsführer der Micromed AG. Die Firma führt die Curatime-Tätigkeitsanalysen durch.



Erste Heime schliessen sich ans EPD an

## Datenschutzkonforme Kommunikation ist unerlässlich!

Heime und soziale Institutionen sind gesetzlich dazu verpflichtet, sensible Personendaten verschlüsselt zu versenden und zu empfangen. Mit dem HIN CURAVIVA Gateway gelingt das einfach und sicher. Jetzt anmelden!

Wer eine E-Mail mit sensiblen Patientendaten unverschlüsselt versendet, macht sich unter Umständen strafbar! Denn ein unverschlüsseltes E-Mail kann mit einer Postkarte verglichen werden: Absender- und Empfängerinformationen sowie der Inhalt der Nachricht sind als Klartext lesbar und werden im Internet auch so transportiert. Die unverschlüsselte elektronische Post birgt erhebliche Gefahren, denn sie gewährleistet keine Vertraulichkeit. Bitte schützen Sie sich und die Personendaten Ihrer Bewohner!

Mit der Health Info Net AG (HIN) wurde 1996 von der Ärzteschaft ein heute weitverbreiteter Standard für die verschlüsselte E-Mail-Kommunikation geschaffen. Die HIN Plattform macht den Austausch von elektronischen Informationen im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit einfach und sicher. Deshalb hat CURAVIVA mit HIN ein gemeinsames Angebot entwickelt. Das **HIN CURAVIVA Gateway**: die vergünstigte Verbandslösung – exklusiv für Sie als CURAVIVA Mitglied.

Das **HIN CURAVIVA Gateway** bietet Ihnen folgende Vorteile:

- Sichere Kommunikation mit datenschutzkonformen E-Mails
- Sicheren Zugriff auf diverse HIN geschützte Anwendungen
- Sichere Zusammenarbeit im geschützten Mitgliederbereich auf HIN Home

Zudem bietet Ihnen das **HIN CURAVIVA Gateway** alle nötigen Bedingungen für die Teilnahme am EPD: elektronische Identitäten und datenschutzkonforme Kommunikationsmittel – lesen Sie dazu das Interview mit Urs Kessler von der Amalie Widmer Stiftung.

Möchten auch Sie umsteigen und den Schritt - weg vom Fax und hin zum E-Mail sowie zu eHealth – gehen? Das **HIN CURAVIVA Gateway** macht den Austausch von elektronischen Daten einfach, sicher und datenschutzkonform. Auch der Zugriff auf das elektronische Patientendossier ist mit einer HIN Identität sichergestellt. **Erfahren Sie mehr: [www.curaviva.ch/hin](http://www.curaviva.ch/hin)**



Die Stiftung Amalie Widmer, ein Pflegezentrum im Kanton Zürich, hat die Aktualität und Wichtigkeit von Datenschutz und -sicherheit erkannt. Als Zertifizierungsheim bereitet es sich pionierartig auf das EPD vor. Urs Kessler, Projektleiter e-Bewohnerdokumentation, beantwortet die wichtigsten Fragen dazu:

**Herr Kessler, es wäre möglich, dass Sie das erste Heim in der Schweiz sind, dass ans elektronische Patientendossier (EPD) angeschlossen ist. Was für ein Abenteuer!**

U. Kessler: Wirklich, es ist eine schöne Herausforderung mit verschiedenen Akteuren etwas Neues zu etablieren und implementieren. Bei unserer täglichen Arbeit stehen wir eng in Kontakt mit verschiedenen Leistungserbringern.



*U. Kessler: «Bei der Stiftung Amalie Widmer wird jede Gesundheitsfachperson eine elektronische HIN Identität für den Zugriff auf das EPD erhalten.»*

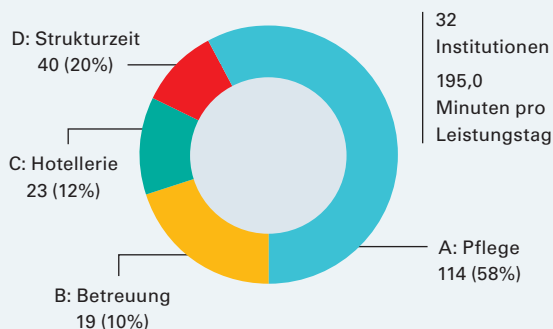
Mit dem EPD können wir in Zukunft Daten und Dokumente viel schneller austauschen und verfügbar machen – das ist unser Ansporn! Dafür ist es aber wichtig, dass sich alle möglichst schnell auch an das EPD anschliessen. Da sehe ich zurzeit noch die grösste Hürde.

**Sie arbeiten mit einem HIN CURAVIVA Gateway. Wo sehen Sie HIN in der Rolle als Unterstützer auf dem Weg zum EPD?**

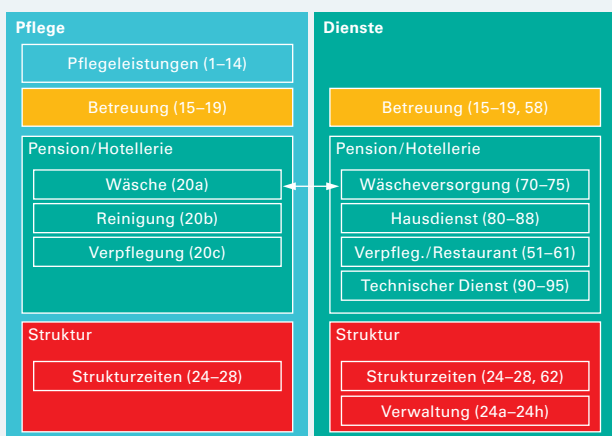
U. Kessler: HIN unterstützt das EPD mit zwei elementaren Funktionen: Einerseits mit der datenschutzkonformen Kommunikation und andererseits werden mit dem HIN Access die Voraussetzungen für die eID geschaffen. Die eID ermöglicht den Zugang auf den geschützten EPD-Bereich, wo behandlungsrelevante Dokumente abgelegt sind. So können Kommunikationsprozesse effizienter und effektiver gestaltet werden, was zu einer Optimierung der Behandlungskette führt.

*Interview: Belinda Kreienbühl (Health Info Net AG)*

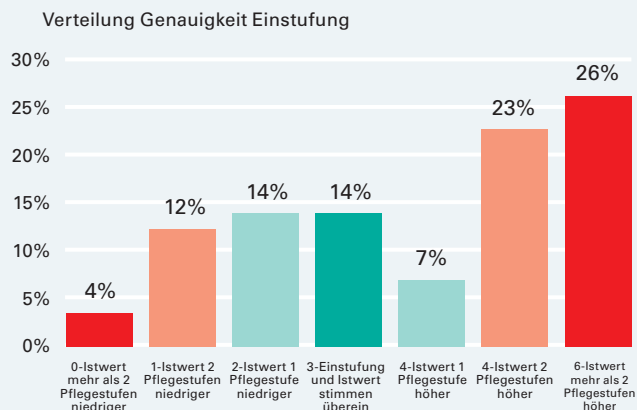
**Abbildung 1:** Aufteilung der Leistungen der Pflege, Durchschnittswerte aus verschiedenen Kantonen (jeweils Minuten pro Leistungstag [Bewohnertag] und Prozent der gesamten Leistung der Pflege).



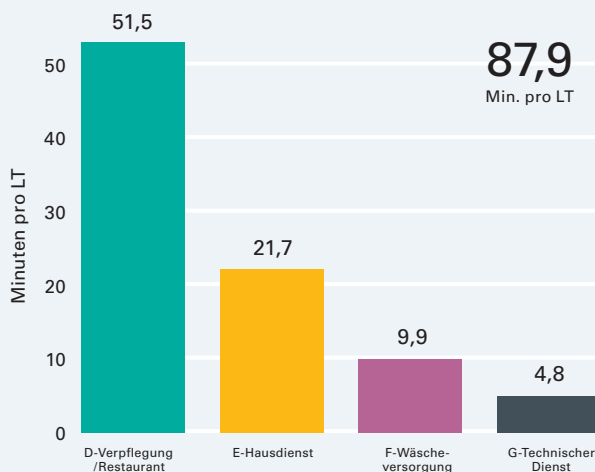
**Abbildung 3:** Aufteilung der Tätigkeitserfassung Curatime+ auf die Bereiche Pflege und Dienste.



**Abbildung 2:** Darstellung der «Ausreisser» bei der Einstufung.



**Abbildung 4:** Aufwand für Hotellerie-Leistungen.



eines Hauses aufgeführt, bei dem 23 Prozent der Bewohner einen zwei Pflegestufen höheren Ist-Aufwand und 26 Prozent sogar einen mehr als zwei Pflegestufen höheren Ist-Aufwand als die Einstufung haben. Solche Einstufungsfehler führen dazu, dass die summierten Pflege Minuten pro Jahr zu niedrig sind und damit der Kostensatz pro Minute zu hoch ist. Daraus ergibt sich ein ungenügender Kostendeckungsgrad der Pflegekosten. Im hier aufgeführten, extremen Fall würde bei richtiger Einstufung ein rund 23 Prozent höherer Pflegeertrag erwirtschaftet werden.

Gerade die Überprüfung der Einstufungsgenauigkeit gibt den Häusern in der Auswertung mit dem Arbeitsinstrument Curatime wertvolle Hinweise zur Verbesserung der Prozesse. Dank der Erfassung mit der Genauigkeit «Bewohner» kann man die Abweichungen pro Bewohner genau analysieren.

Neben der unzureichenden Einstufung tauchen andere Faktoren auf, wie zum Beispiel ein hoher Anteil an Rapportzeiten. Daneben gibt es immer auch Unzulänglichkeiten bei den Einstufungsinstrumenten. Wir stellen fest, dass die Einstufung in den höheren Pflegestufen oft zu tief ist, speziell auch bei kog-

nitiver Einschränkung. Innerhalb eines Verbundprojekts werden möglichst viele individuelle Effekte bereinigt, damit als Resultat eine objektive Basis für die Restfinanzierung ermittelt werden kann.

Neben der Pflege kann die Curatime-Analyse auch auf die Dienste ausgedehnt werden. Im Zusammenspiel zwischen der Pflege und den Diensten (Wäscheversorgung, Hausdienst und Verpflegung) gibt es wesentliche Schnittstellen. Der Gesamtaufwand für diesen Bereich ist beträchtlich. Gerade der Verpflegungsbereich ist mit über 50 Minuten pro Bewohnertag auch

sehr aufwendig. In diesen Zeiten sind die Aufwände der Pflege mit enthalten. Es zeigt sich, dass die Verteilung der Verpflegung meistens wesentlich aufwendiger ist als die Produktion.

Auf die Heime kommen neue Herausforderungen zu. Die Zeiten von 100-Prozent-Auslastung sind vorbei. Gleichzeitig akzentuieren sich die Forderungen der öffentlichen Hand, die versucht, die Restfinanzierung zu optimieren. Der Gesetzgeber verlangt, Kostentransparenz und dass bei der Finanzierung keine Quersubvention erfolgt. Verbundprojekte können helfen, dass man sich auf eine realistische Basis besinnt. ●

**Die Verteilung der Verpflegung ist meistens wesentlich aufwendiger als die Produktion.**



## «Manchmal sind die Schmerzen unerträglich»

Die Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft unterstützt alle Menschen, die von MS betroffen sind. Helfen auch Sie: [www.multiplesklerose.ch](http://www.multiplesklerose.ch)

damit es besser wird



CURAVIVA.CH

## PERSONALBERATUNG

WEIL GUTES PERSONAL ZÄHLT

**Wir finden Ihr Wunschpersonal.  
Persönlich. Professionell.**

Die Personalberatung von CURAVIVA Schweiz unterstützt Sie dabei, neues Fach- und Kaderpersonal zu suchen und gezielt auszuwählen. Profitieren Sie von unserem persönlichen umfassenden Netzwerk und langjährigen Branchenwissen.

Setzen Sie sich mit uns in Verbindung, wir informieren Sie gerne (e.tel@curaviva.ch / Tel. 031 385 33 63).

[www.curaviva.ch/personalberatung](http://www.curaviva.ch/personalberatung)



**topCare Management AG** ist seit 20 Jahren ein spezialisiertes Beratungs- und Softwareunternehmen mit Dienstleistungen für das Gesundheitswesen. Unser Software-Produkt «**careCoach**» ist das erste System in der Schweiz mit einer **vollmobilen Gesamtpflegedokumentation**.

Wir suchen per sofort oder nach Vereinbarung eine/n

**Projektleitung & Schulungs-Instruktor/in 80 – 100 %  
im Langzeitpflegebereich mit ausgezeichneten  
Französischkenntnissen**

**Arbeitsort:** Jeweils bei den Kunden vor Ort (ganze Schweiz)

Weitere Informationen finden Sie auf  
[www.topcare.ch](http://www.topcare.ch) > Über uns > Offene Stellen.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.



Stampfenbachstrasse 68 · 8006 Zürich · Tel. 044 360 44 24  
[www.topcare.ch](http://www.topcare.ch) · [info@topcare.ch](mailto:info@topcare.ch)



## Anleitungen für ein erfülltes Alter für Menschen mit kognitiven Einschränkungen

# Lebenschancen wahrnehmen

**Die Lebenserwartung von Menschen mit einer geistigen Einschränkung steigt kontinuierlich. Viele erreichen heute das Pensionsalter. Was brauchen sie im Alter?**

Von Urs Tremp

Die deutschen Sonderpädagogen Ingeborg Gertrud Thümmel und Hans-Jürgen Pitsch sind ausgewiesene Experten für Bildung und Ausbildung von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Sie haben in der Vergangenheit mehrere Bücher zu Didaktik und Methodik für den Schulunterricht von jungen Menschen mit kognitiven Einschränkungen veröffentlicht. In ihrer neuesten Publikation beschäftigen sie sich aber mit der Frage, wie man Menschen mit einer geistigen Behinderung auf das Leben im Alter vorbereiten kann.

Dass Menschen mit einer geistigen Behinderung das Rentenalter erreichen, ist ein jüngerer Phänomen. Dank guter medizinischer und pflegerischer Betreuung können sie inzwischen ein hohes Alter erreichen. Früher war dies kaum der Fall.

Dieser Aspekt der demografischen Entwicklung sei bis jetzt kaum beachtet worden.

Entsprechend fehlten wissenschaftliche Untersuchungen und praktische Ratgeber, wie diese Menschen im Alter eine so grosse Selbstständigkeit wie möglich beibehalten können – gerade weil dieser Lebensabschnitt Körper, Geist und Seele noch einmal neu herausfordert.

«Altersbilder in der Gesellschaft sind im Wandel, älteren Menschen wird mehr zugetraut», schreiben Pitsch und Thümmel in der Einleitung zum neuen Buch\*. Dies gelte allerdings kaum für Menschen mit einer geistigen Behinderung. «Diese Personengruppe wird noch immer mit der Vorstellung verknüpft, dass zur lebenslangen Behinderung zwangsläufig weitere körperliche Einschränkungen, Vergesslichkeit und soziale Isolation hinzukommen, die unweigerlich zur Pflegebedürftigkeit führen.»

### Auf das Alter vorbereiten

Statt des «stereotypischen Altersbildes, das den Alterungsprozess vorrangig unter der Verlustperspektive und einer zwangsläufigen Einschränkung der Lebensqualität und der Lebenschancen sieht» richten die Autoren den Fokus auf die Frage, «welche neuen Lebenschancen sich für Menschen mit geistiger Behinderung in einem aktiven Alterungsprozess eröffnen». Ihr Buch richtet sich «an alle, die Menschen mit geistiger Behinderung auf ihr Leben und damit auch auf das Alter vorbereiten oder mit der Begleitung, Betreuung und Pflege dieser Menschen beruflich oder ehrenamtlich befasst

sind: Lehrer, Erzieher, Sozialpädagogen, Mitarbeiter in Werkstätten, Pflegekräfte in der ambulanten Betreuung wie in stationären Wohneinrichtungen».

### Verständlich geschrieben, mit praktischen Empfehlungen

Das Buch stellt Fragen und deutet mit den Fragen an, welche Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, damit diesen Menschen ein zufriedenes Alter gelingt: Welche Wohnformen eignen sich für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter? Wie lassen sich soziale Beziehungen im Alter entwickeln, aufbauen und festigen? Welche Gesundheitsrisiken und deren Prävalenzen müssen bei der Personengruppe älterer Menschen mit geistiger Behinderung beachtet werden? Was können Religiosität und Spiritualität dazu beitragen, dass das Alter als wert- und sinnvolle Lebensphase erlebt wird?

Zwar zitieren Pitsch und Thümmel ausführlich wissenschaftliche Publikationen und illustrieren ihre Ausführungen mit Statistiken und Tabellen. Aber das Buch ist verständlich geschrieben und orientiert sich am Lebensalltag von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Die Sonderpädagogen geben, wo es möglich ist, Empfehlungen ab und listen auf, wie Betreuende die alten Menschen zu eigener Aktivität animieren können.

Das viel propagierte «lebenslange Lernen» erhalte und verbessere die Handlungsfähigkeit auch von Menschen mit kognitiven Defiziten. «So verstanden, können sich auch Menschen mit geistiger Behinderung Bildung aneignen. Günstig zielen solche Angebote auf die Förderung von Kompetenzen, die im Leben nützlich sind und ausgebaut werden können, die flexibel einsetzbar sind und die Befassung mit neuen inhaltlichen Bereichen erleichtern.»

Wichtig ist, und da geben die Autoren entscheidende Tipps, dass die Angebote den individuellen Bedürfnissen, Fähigkeiten und Vorlieben der einzelnen Menschen angepasst sind. Diese Bedürfnisse und Vorlieben zu eruieren, mag etwas schwieriger sein als bei Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung. Aber mit Einfühlsamkeit könne – wenn die Bedürfnisse und Wünsche aufgelistet und nach Vordringlichkeit und Umsetzbarkeit geordnet sind – ein «persönlicher Bildungsplan» aufgestellt werden. Ein Plan, der hilft, das Leben im Alter mit Inhalt zu füllen. Darauf haben alle Menschen, ob behindert oder nicht, ein Recht. ●

**Ein Buch, nahe am Lebensalltag von Menschen mit einer geistigen Behinderung.**

\* Hans-Jürgen Pitsch / Ingeborg Gertrud Thümmel, «Lebenschancen für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter», Athena-Verlag, 290 Seiten, 40 Franken.

# INFORMATIONEN AUS DEM FACHBEREICH MENSCHEN IM ALTER

## JUNI 2018: INTERNATIONALER UND NATIONALER GERONTOLOGIE-KONGRESS IN MONTREUX



Vom 13.–15 Juni 2018 finden in Montreux zwei Kongresse unter einem Dach statt. «GUT ALTERN im 21. Jahrhundert» ist das Motto des 11. internationalen frankofonen Kongresses für Gerontologie und Geriatrie (CIFGG). Zugleich findet der Nationale Kongress der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie (SGG) unter dem Motto «Vielfalt des Alter(ns)» statt. Ein derart hochkarätiges Kongressprogramm in unmittelbarer Nähe antreffen zu dürfen, ist ein besonderes Ereignis:

- Aktuelle und zukünftige Behandlungen der häufigen Erkrankungen im Alter
- Organisation der Gesundheitsversorgung; Gesundheits- und Behandlungswege, Spitex und Tagesstätten
- Konzepte und Techniken der Pflege in der Gerontologie, Interprofessionalität
- Ethik, Autonomie, Urteilsunfähigkeit
- Multidimensionale geriatrische Beurteilung
- Arzneimittelverschreibung und -Absetzung, Polypharmazie
- Alterung und Vulnerabilität
- Alterung, Lebensraum, Umwelt
- Altern und Gesellschaft

Renommierte Referenten aus dem In- und Ausland sowie Fachleute aus dem Gesundheits- und Sozialbereich

berichten über Erfahrungen, Forschungsergebnisse und innovative Ansätze. Sie geben einen Einblick in den aktuellen Wissensstand aus Medizin, Lehre und Forschung rund um die Fragen des Alterns. Alle Referate werden simultan auf Deutsch und Französisch übersetzt. Für den SGG-Kongress «Vielfalt des Alter(ns)» konnten für den zweiten Kongresstag auch bekannte deutschsprachige Expert/-innen gewonnen werden.

**Die Teilnehmenden können aus mehr als 160 Vorträgen auswählen. Über 150 Poster geben Einblick in spannenden Forschungs- und Praxisprojekte. Ausserdem umfasst das Programm 21 wissenschaftliche- und 2 Industrie-Symposien. Das endgültige Programm ist Ende März online verfügbar. Um Ihr Interesse zu wecken, finden Sie nachfolgend eine Auswahl aus dem Programm:**

- Sterbehilfe für Senioren die nicht an einer schweren Krankheit leiden
- Notfälle und Senioren: Probleme und Ausblicke
- Nichtmedikamentöse Behandlung bei Patienten, die kognitive Störungen aufweisen
- Pflegende Angehörige: von der Früherkennung der Altersschwäche bis hin zu unterstützenden Massnahmen
- Technologien im Bereich der Heimpflege

- E-Health für Personen im fortgeschrittenen Alter
- Menschenrechte und fortgeschrittenes Alter
- nicht physische Komponenten der Gebrechlichkeit
- Fürsorge, Erkennungsverfahren und Einbezug der Senioren in die Vorsorge
- Erkennung von Mangelernährung bei Personen im fortgeschrittenen Alter
- Gewohnheiten und Bedürfnisse im Alter hinsichtlich der Mobilität
- Körperliche Aktivität und Lebensqualität in Verbindung mit der Gesundheit von Senioren die zu Hause leben
- Ein berufsübergreifender Ansatz zur Anpassung bestehender Wohnräume
- Jung und Alt in einem soziotechnischen und spielerischen Umfeld
- Im Alter auftretende Sehbehinderungen
- Strategien zum Anstoss von Gesprächen über die Herz-Lungen-Wiederbelebung bei Geriatrie-Patienten im Krankenhaus

Selbstverständlich gibt es noch zahlreiche weitere Themenbereiche, die sowohl die Vielfalt als auch die Interprofessionalität, die Zusammenhänge der Inanspruchnahme von Betreuung und Begleitung sowie die Wohnräume rund um die Thematik des Alterns betreffen.

### Weitere Information

[www.cifgg-montreux.org](http://www.cifgg-montreux.org)  
[www.sgg-ssg.ch](http://www.sgg-ssg.ch) > Veranstaltungen  
 > Kategorie SGG

### Programm SGG-Kongress

[www.sgg-ssg.ch/de/file/609/download](http://www.sgg-ssg.ch/de/file/609/download)

*Die Rubrik liegt ausserhalb der redaktionellen Verantwortung. Der Inhalt wird durch den Fachbereich Menschen im Alter von CURAVIVA Schweiz gestellt.*

## «Herheimspaziert» zur neuen Kampagne!

Viele wissen nicht, wie der Alltag in Kinder- und Jugendheimen abläuft. Im März startet deshalb eine Kampagne gegen Vorurteile.

Von Cornelia Rumo Wettstein

Seit vielen Jahren stelle ich immer wieder fest, wie wenig Menschen, die nicht persönlich betroffen sind, über den Alltag und das Innenleben einer Institution für Kinder und Jugendliche wissen. Damit halten sich hartnäckig Vorurteile und mangelnde Wertschätzung gegenüber dem geleisteten Engagement. Die vorherrschenden Wahrnehmungen und Fragestellungen bezüglich Kinder- und Jugendinstitutionen aufzunehmen und ihre Akzeptanz in der Gesellschaft zu fördern, ist uns deshalb ein zentrales Anliegen.

Seit einiger Zeit planen wir eine entsprechende Kampagne für die Kinder- und Jugendinstitutionen. Im März ist es nun so weit! Wir präsentieren der Öffentlichkeit unsere bisherige Arbeit und zeigen auf, wie wir dranbleiben. Unter dem Titel «Herheimspaziert» ermöglichen wir einem interessierten Publikum persönliche Einblicke in die Welt der heutigen Kinder- und Jugendheime und hoffen, dadurch zu deren Verständnis und Akzeptanz beizutragen.

Unter demselben Titel erscheint das Magazin. Darin erzählen neun Menschen, die verschiedenen Berufen in Kinder- und Jugendheimen in der Deutschschweiz nachgehen, wie sie dazu gekommen sind, in einem Kinder- oder Jugendheim zu arbeiten und welchen Herausforderungen sie täglich begegnen. Die Lektüre entlockt dem Leser und der Leserin durchaus das eine oder andere Schmunzeln.

Mehr Geschichten rund um die Kinder- und Jugendheime sowie das Thema Fremdplatzierung werden ab sofort auch im Blog «herheimspaziert.ch» veröffentlicht. Dabei kommen verschiedene Akteure aus dem Bereich fremdplatzierte Kinder und Jugendliche zu Wort. Sie berichten von persönlichen Erfahrungen und kommentieren Fachbeiträge sowie politische Entwicklungen.

Bereits heute öffnen viele Institutionen ihre Türen und sind ein aktiver Bestandteil des öffentlichen Lebens. Diese erfreuliche Entwicklung wollen wir mit dem Blog fördern und Betroffene, Berufs- sowie Fachpersonen zu Wort kommen lassen. Dabei geht es nicht um Schönfärberei, sondern um ein realistisches Bild, das zum Nachdenken und Diskutieren anregen soll.

Ich freue mich auf die aktive Teilnahme aus den Institutionen!



**Cornelia Rumo** ist Leiterin Fachbereich Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen.

## Alter

### Palliative Pflege statt Sterbehilfe

Rund ein Drittel der Luzerner Alters- und Pflegeheime erlaubt Sterbehilfe – unter klaren Auflagen. Bei einem weiteren Drittel wird das Thema derzeit besprochen, aber es gibt noch keine verbindliche Praxis. Und noch einmal ein Drittel ist gegen die Sterbehilfe und zeigt sich auch nicht offen für Gespräche. Das hat eine anonymisierte Umfrage bei Luzerner Heimen durch den kantonalen Curaviva-Verband ergeben. Ob erlaubt oder nicht: In den meisten Heimen stellt man die palliative Pflege über die Sterbehilfe. Die Leiden sollen gelindert und die Lebensqualität bis ans Lebensende erhalten werden. So lasse zuweilen der Wunsch nach Sterbehilfe nach, argumentieren einige Heime. Roger Wicki, Präsident von Curaviva Luzern, sagt: «Wir empfehlen, dass jedes Haus die Entscheidung für oder gegen erlaubte Sterbehilfe selber trifft und sie den Bewohnern beim Eintritt transparent kommuniziert.»

Luzerner Zeitung

### Wohnungen sind kein Pflegeheim

Das Bundesgericht hat entschieden. Wohnungen dürfen nicht als quasi Kleinstpflegeheime genutzt werden. Die Ausgangslage: Zwei Stockwerkeigentümer hatten ihre beiden miteinander verbundenen Wohnungen an eine GmbH vermietet, die darin begleitetes Wohnen für Senioren anbot. Die Versammlung der Stockwerkeigentümer war allerdings der Meinung, dass man Wohnungen so nicht nutzen darf. Die Eigentümer wurden darum aufgefordert, den Mietvertrag mit der GmbH zu kündigen. Diese aber wehrte sich – bis vor Bundesgericht. Diese hat nun entschieden – gegen die GmbH. Die Argumentation: Bei Liegen-

>>





Wohnheim im renovierten Beton-Kloster (l.): Sensibilität für historisch Gewachsenes.

schaften im Stockwerkeigentum werden Zweck und Nutzung im Reglement festgelegt. Im konkreten Fall habe man festgehalten, dass es sich um ein Wohnhaus handelt. Daher könne man die Räume nur vermieten, wenn darin auch gewohnt wird. Das von der GmbH in den Wohnungen kommerziell betriebene Pflegeheim weise aber eine Nähe zum Betrieb einer Pension auf, und solche Betriebe könne man nicht als Wohnnutzung einstufen, hiess es weiter. Das Gericht urteilte, dass die Beschlüsse der Stockwerkeigentümergemeinschaft zu schützen seien und die Eigentümer den Vertrag mit der GmbH kündigen müssen.

#### Heime bezahlen Verbrauchsmaterial

Das Bundesverwaltungsgericht hat entschieden, dass Verbrauchsmaterial (Verbandsmaterial, Einwegwaschlappen Windeln etc.) in Pflegeheimen nicht mehr von den Krankenkassen finanziert werden muss. Seit Anfang Jahr müssen die Städte und Gemeinden dafür aufkommen. In der Stadt Winterthur mit gut 1100 Pflegebedürftigen rechnet man mit jährlichen Mehrkosten von 800 000 Franken. Die Krankenkassen dürfen zudem bereits getätigte Ausgaben aus den Jahren 2015 bis 2017 wieder einfordern.

Der Landbote

#### Behinderung

##### Auszeichnung für Behindertenheim

Die Schweizerische Gesellschaft für Kulturgüterschutz hat die Bürgergemeinde von Sitten und die Stiftung «emera» (früher: Walliser Vereinigung für körperlich und geistig Behinderte) für den vorbildlichen Um- und Erweite-

rungsbau des Wohnheims im früheren Kapuzinerkloster in der Walliser Hauptstadt ausgezeichnet. Das Kloster aus dem 17. Jahrhundert war in den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts in der Architektursprache von Le Corbusiers Kloster La Tourette erweitert worden. Das stiess damals auf heftige Kritik und Ablehnung. Nun aber ist just dieser Erweiterungsbau, in dem heute das Wohnheim für erwachsene Menschen mit Behinderung untergebracht ist, sorgfältig renoviert und umgebaut worden – ohne dass man den Charakter des seinerzeit provokanten Baus verändert hat. Die Schweizerische Gesellschaft für Kulturgüterschutz lobt die Bürgergemeinde von Sitten, «die mit der Renovation des Kapuzinerklosters Idealismus, Sensibilität und Einsatz für historisch Gewachsenes zeigt».

##### Inklusion im Alltag

Der Berner Verein Blindspot hat für sein Pionierprojekt «Labor Inklusion» von der Stiftung «Denk an mich» eine Million Franken zugesprochen erhalten. Das «Labor Inklusion» betreibt seit zwei Jahren das Restaurant «Provisorium 46» im



Restaurant «Provisorium 46»: Ausbaupläne dank Auszeichnung.

Berner Quartier Länggasse. Es gibt dort Arbeitsplätze für Menschen mit und ohne Behinderung. Mit den gesprochenen Geldern sollen die Küche saniert, die Toiletten rollstuhlgängig gemacht und vor allem die darüber liegenden Wohnungen renoviert werden. In diesen Wohnungen soll dann die Inklusion gelebt werden: Studierende und Menschen mit Beeinträchtigung bis 30 Jahre sollen nebeneinander und miteinander leben. Insgesamt sind verschiedene Wohngemeinschaften mit Menschen mit und ohne Behinderung geplant. Davon sind jeweils acht Wohnplätze für Personen mit Behinderung reserviert, die maximal drei Jahre bleiben können. «Wir definieren am Anfang das Ziel gemeinsam. Einige wollen in eine WG, andere selbstständig alleine wohnen und wieder andere in eine betreute Wohnung», sagt Jonas Staub, der das Labor vor zwölf Jahren gegründet hat. Im Restaurant sollen ebenfalls jeweils acht Arbeitsplätze für Mitarbeitende mit einer Behinderung angeboten werden.

Berner Zeitung

#### Kinder & Jugendliche

##### Müssen Heimkinder zahlen?

In Deutschland klagt eine heute 55-jährige Frau gegen das Sozialamt in Offenburg. Die Behörde verlangt von ihr, knapp 800 Euro im Monat für ihre pflegebedürftige Mutter zu zahlen. Nur: Die Frau, die nun zahlen soll, kam sechs Wochen nach ihrer Geburt in ein Säuglingsheim und wuchs später in einem Kinderheim auf, fast ohne Kontakt zu ihren Eltern. Darum weigert sich die Tochter nun, für die Mutter aufzukommen. In Deutschland zahlen die Sozialämter pro Jahr mehr als drei Milliarden Euro für Senioren, die sich die Pflege oder den Heimaufenthalt im Alter nicht leisten können. Diese Kosten dürfen die Sozialämter auf die Söhne und Töchter umlegen. Die Pflegebeauftragte der Bundesregierung, Ingrid Fischbach (CDU), fordert eine Neuregelung zum Elternunterhalt: «Vom Herzen und vom Verstand her ist es schwer nachzuvollziehen, dass Kinder, wenn sie ohne Notlage einst weggegeben wurden, später für ihre Eltern aufkommen müssen.» Der Fall liegt nun vor dem Familiengericht in Offenburg.

Spiegel online

# Vereinfachen Sie den Beschaffungsprozess: Sparen Sie Zeit und Kosten!



Mehr Infos

Optimieren Sie Ihre  
interne Beschaffung  
mit **HARTMANN easy**



# Lobos 3.X erweitert die Modulvielfalt



## Spitex

Effizientes Administrations-Werkzeug für die ambulante Pflege

Die Bedarfserhebung nach RAI-HC, eine umfassende Klienten Administration sowie eine Dienst- und Einsatzplanung unterstützen Sie bei der Verwaltung Ihres Spitex-Betriebes – integriert in die bewährten Tools von Lobos 3.X.



## CMS-Empfangsbildschirm

Online-Informationen für Ihre Besucher

Heissen Sie Ihre Besucher auf einem Empfangsbildschirm herzlich willkommen, auch wenn der Empfang einmal nicht besetzt ist. Auf einem Touch-Screen lässt sich bspw. die Zimmerbelegung, das Angebot Ihrer Institution, die ÖV-Abfahrtszeiten oder die Wetterprognosen der Region abrufen.



## Tages- und Nachtstrukturen

Planung der Plätze für Entlastungsangebote

Auf einem übersichtlichen Tableau disponieren Sie Tages- und Nachtaufenthalte und bringen diese zur Verrechnung. Kostenpflichtige Zusatzoptionen wie Fahrdienste oder die Teilnahme an Aktivitäten hinterlegen Sie direkt auf dem Aufenthalt, so dass manuelle Eingriffe im Fakturierungsprozess auf ein Minimum reduziert werden.



## Gebäude- und Anlagemanager

Betriebskosten senken und technische Verfügbarkeiten sichern.

Mit diesem Werkzeug für das Computer-Aided Facility Management (CAFM) können Sie Ihre Gebäude, Anlagen und Einrichtungen effizient bewirtschaften. Regelmässig auszuführende Arbeiten erscheinen im richtigen Moment auf der ToDo-Liste und wertvolle Informationen zu Ihrem Anlagenpark werden strukturiert und wiederauffindbar abgelegt.



**LOBOS Informatik AG**

**Auenstrasse 4  
8600 Dübendorf**

**Tel. 044 825 77 77  
info@lobos.ch  
www.lobos.ch**

Lobos 3.X hat die Modulpalette nochmals erweitert - zugeschnitten auf die Bedürfnisse von sozialmedizinischen Institutionen. Zusammen mit dem jahrelang gewachsenen Know-how unserer Mitarbeitenden unterstützen wir Sie in den anspruchsvollen Herausforderungen dieser Branche.

Wenn Sie wissen möchten, was mit uns und unseren Bausteinen alles möglich ist, fragen Sie uns oder unsere Kunden.