

Zeitschrift: Fachzeitschrift Heim
Herausgeber: Heimverband Schweiz
Band: 68 (1997)
Heft: 4

Artikel: Erfahrungen aus dem Kanton Freiburg : pharmazeutische Betreuung in einem Pflegeheim
Autor: Bugnon, Olivier / Buchmann, Michel / Zürcher, Martin
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-812314>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 23.04.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Erfahrungen aus dem Kanton Freiburg

PHARMAZEUTISCHE BETREUUNG IN EINEM PFLEGEHEIM*

Von Olivier Bugnon, Michel Buchmann
Übersetzung: Martin Zürcher

Es gehört heute zum guten Ton, über die hohen Gesundheitskosten zu jammern und dringende Einsparungen im Gesundheitswesen zu verlangen. Als Lösungen werden Preissenkungen, Personalreduktionen und vermehrte Konkurrenz durch Liberalisierung des Systems vorgeschlagen. Nur bei wenigen Modellen stehen die Patientenrechte und die Qualität der Pflege an erster Stelle. Ein Freiburger Modell der pharmazeutischen Betreuung geht in diese Richtung; erste Ergebnisse des Versuchs liegen vor.

Die fetten Jahre im Gesundheitswesen gehören in der Schweiz zweifellos endgültig der Vergangenheit an. Die Schwelle ins nächste Jahrtausend übertreten nur Anbieter, die sich rasch an die neuen Umstände anpassen können. Die öffentlichen Dienste sind von diesem Umbruch wohl oder übel gleichfalls betroffen. Die Fachleute im Gesundheitswesen müssen Alternativen zu den (zu) einfachen Modellen von Preiskampf und Personalabbau finden. Ein Diskussionsbeitrag in diese Richtung ist die ökonomische und klinische Zwischenbilanz zweier Jahre (1994–1995) pharmazeutischer Betreuung eines Pflegeheims im Kanton Freiburg (Résidence St-Martin, Cottens). Auf Initiative des beratenden Apothekers und Inhabers einer Offizinapotheke wurde dieser Versuch von der Heimleitung, den Ärzten und dem verantwortlichen Pflegepersonal aktiv unterstützt.

Gesetzliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen

Im Kanton Freiburg sind die Pflegeheime von den Kantonsbehörden als medizinische Einrichtungen anerkannt. Sie dürfen ein Medikamentendepot führen, das gemäss Gesundheitsdepartement unter der Aufsicht eines Apothekers (in einzelnen Ausnahmefällen eines Heimarztes) stehen muss. Hauptziel des Vertrags des Heims mit dem Apotheker ist es, das bestmögliche Preis/Leistungsverhältnis zu erzielen, wobei die Tagespauschalen der Krankenkassen Fr. 6.– für leichte, Fr. 7.– für mittelschwere und Fr. 10.– für schwere Fälle betragen. Diese Pauschale muss sowohl alle Aus-

gaben für Medikamente als auch das für die Pflege der Heimbewohner benötigte Hilfsmaterial decken.

Im konkreten Fall beträgt die durchschnittliche Pauschale für Medikamente und Pflegematerial unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands der etwa 60 betagten Personen (Tabelle 1) Fr. 2670.– pro Jahr und Patient (Publikumspreise).

Kosten = Preis x Menge

Oft werden die Preise von Medikamenten und medizinischen Leistungen kritisiert. Es gibt deshalb Anbieter auf dem Markt, die versuchen, mit Rabatten oder Discountpreisen Marktanteile zu gewinnen. Diese kurzfristige Politik, die auf den ersten Blick verlockend scheint, sich aber nicht bewähren wird, lässt zwei Umstände ausser acht:

1. Die tatsächlichen Kosten für das Heim errechnen sich aus dem Produkt von Preis und Menge (Kosten = Preis x Menge).
2. Es ist aus ökonomischen Gründen zwingend, dass von einem «Preisbrecher» eine möglichst grosse Menge verkauft wird, damit sich die Investition lohnt, was zu einem Überkonsum von Medikamenten führt.

Mit dem geprüften Modell sollen für die im Heim abgegebenen Medikamente gleichzeitig die Ziele Wirksamkeit, Sicherheit und Einsparungen erreicht werden. Voraussetzung dafür ist, dass parallel auf beide Faktoren (Preis und Menge), die im Gesundheitswesen kostenbestimmend sind, Einfluss genommen werden kann:

- Die Einkaufsbedingungen werden mit den Herstellern und Grossisten ausgehandelt und die Bestellungen optimiert,
- Regeln zur Mengenkontrolle (Auswahl und Anzahl) der verwendeten Medikamente werden definiert und gemeinsam mit dem Pflegeteam evaluiert.

Pharmazeutische Betreuung

Das Pflichtenheft, welches der betreuende Apotheker dem Freiburger Pflegeheim unterbreitet hat, hat nichts mit der vorgefassten Meinung eines Medikamentenhändlers und -vertreibers zu tun. Die pharmazeutische Betreuung der Pflegeteams umfasst folgende Punkte:

● Klassische Aufgaben der Medikamentenverwaltung

- Organisation und Kontrolle der Versorgung mit Medikamenten und anderen pharmazeutischen Artikeln.
- Herstellung von Magistralrezepturen.
- Führung des Lagers und Kontrolle der Betriebsapotheke.
- Periodische Überprüfung des Sortiments und Optimierung der Bestellungen.
- Kontrolle der Betäubungsmittel und Gifte.

1993			1994			1995		
Fälle	Patienten	%	Fälle	Patienten	%	Fälle	Patienten	%
leicht	13	21,5	leicht	16	24	leicht	15	22
mittel	27	43,5	mittel	30	44	mittel	28	41
schwer	22	35	schwer	22	32	schwer	25	37
Total	62	100	Total	68	100	Total	68	100

Tab. 1: Anzahl Patienten und Schwere der Krankheit von 1993 bis 1995.

*Zur Verfügung gestellt aus «Schweizer Apothekerzeitung» Nr. 1, 1997. Besten Dank.

Standpunkt der Heimleitung

Die Leitung eines Pflegeheims für Betagte befindet sich zwischen zwei Fronten: Auf der einen Seite sind die materiellen Erfordernisse, welche auf politischer Ebene an erster Stelle in unserem Gesundheitssystem stehen (Kanton, Gemeinden, Krankenkassen, Stiftungsrat), auf der anderen Seite haben die Ärzte und das Pflegepersonal Anforderungen und Wünsche, welche die Erwartungen der Patienten und ihrer Angehörigen widerspiegeln: Jeder Partner erwartet eine angemessene Berücksichtigung seiner Anliegen.

Dank dem Willen und der Offenheit aller Partner, der Zusammenarbeit und einem ständigen Dialog aller auf diesem Gebiet Beteiligten konnte diese schwierige Ausgangslage jedoch gemeistert werden.

Der Apotheker hat seine Rolle geändert: Aus dem Medikamenten-Lieferanten ist ein Partner und Berater der Ärzte und Krankenschwestern geworden, bei gleichzeitiger Respektierung der Interessen der Patienten und der Kostenträger. Heutzutage hört man im Gesundheitswesen oft den Vorwurf, dass sich die Beteiligten nicht an einen gemeinsamen Tisch mit allen Partnern setzen – wir haben erste Schritte in diese Richtung gemacht: Das Ergebnis ist erfreulich und ermutigt uns, in dieser Richtung weiterzugehen!

Heidi Monin, Direktorin

● **Neue Dienstleistungen**

auf dem Gebiet der Steuerung des Medikamenteneinsatzes

- Fortwährende, ausführliche pharmako-ökonomische Evaluierung (Analyse der Kosten und des Verbrauchs jeder therapeutischen Gruppe).
- Mit dem Einverständnis des medizinischen Teams Einführung einer limitierten Liste von Spezialitäten (Generika, therapeutische Alternativen mit einem besseren Nutzen/Risiko- und Wirksamkeit/Kosten-Verhältnis) und Kontrolle, ob diese eingehalten wird.
- Mit dem Einverständnis des medizinischen Teams: Eliminierung von Verschreibungsgewohnheiten mit schlecht etabliertem Nutzen und Diskussion über die therapeutischen Möglichkeiten.
- Einführung eines Dienstes für Klinische Pharmazie (pharmazeutische Beurteilungen allgemeiner oder pa-

tientenbezogener Probleme im Team, spezifische Dokumentation, Kolloquien).

- Ausarbeitung eines Formulars mit praxisbezogenen Informationen über die Medikamente der limitierten Liste (Handelsnamen, DCI-Bezeichnung, galenische Form, Preis, Alternativen, wann verabreichen, Anmerkungen zu Gebrauch und Lagerung).
- Aus- und Weiterbildungsangebote für das Personal über die Verwendung der Medikamente.
- Beantwortung spitalhygienischer Fragen.

Ökonomische Resultate

Gemäss Heimbuchhaltung sind im Jahr 1993 allein für Medikamente (Publikumspreise) Fr. 2344.– je Patient und Jahr ausgegeben worden (bei einer Krankenkassenpauschale für Medikamente und Hilfsmaterial von Fr. 2670.–). Im Jahr 1994 konnten dank der pharmako-ökonomischen Supervision der Verschreibungen durch den betreuenden Apotheker die Medikamentenkosten um fast 15 Prozent gegenüber 1993 reduziert werden, auf einen Betrag von Fr. 2042.– pro Patient und Jahr (Abbildung 1). Trotz dieses guten Anfangsergebnisses hat die Überprüfung nach 6 Monaten im Jahr 1995 eine Umkehr der Tendenz mit einer Steigerung von etwa 22 Prozent auf einen Betrag von Fr. 2500.– (auf das ganze Jahr hochgerechnet) pro Patient und Jahr (Abbildung 1) ergeben. Die Feinanalyse dieses unerwarteten Ergebnisses, das mit dem Pflegeteam besprochen wurde, brachte die für diese Erhöhung verantwortlichen therapeutischen Gruppen und Spezialitäten ans Tageslicht. Konkrete Alternativen wurden dem Team vorgeschlagen und von diesem akzeptiert. Dank den neuen Empfehlungen konnte das Schluss-

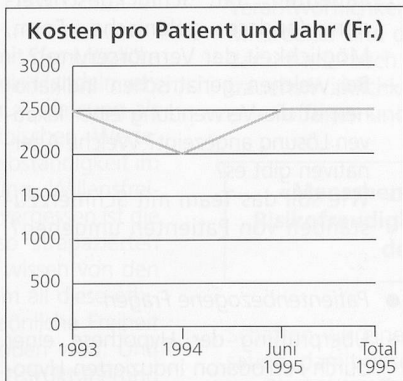


Abb. 1: Entwicklung der Medikamentenkosten (Publikumspreis) zwischen 1993 und 1995 in einem Pflegeheim mit pharmazeutischer Betreuung.

Standpunkt der Krankenschwestern

Wetten, dass man interdisziplinär, kreativ und wirkungsvoll zusammenarbeiten kann, ohne dass dabei die Qualität abnimmt oder die Kosten steigen?

Anders als bei den zurzeit modernen Führungsmassnahmen, welche einzig auf Rationalisierung und Einsparung setzen, ist bei dieser Arbeitsweise der Wille vorhanden, gemeinsam ans Ziel zu gelangen sowie das Vertrauen in die Fähigkeit aller Berufsleute im Gesundheitswesen, ihr Wissen auch in den Dienst von anderen zu stellen und dabei die Qualität der Pflege aufrechtzuerhalten. In diesem Umfeld der gegenseitigen Ergänzung macht Zusammenarbeit Sinn. Sie besteht darin, mit den verschiedenen Partnern (Apotheker und Pflegeteam, Ärzte und Krankenschwestern) gemeinsame Ziele zu erarbeiten und zu erreichen.

In unserem Betrieb sind wir und unsere Ärzte durch die objektive und kritische Beurteilung des Medikamentenverbrauchs durch unseren Apotheker herausgefordert worden, was dann gemeinsame Diskussionen notwendig gemacht hat. Sich zusammensetzen, diskutieren, zuhören, Argumente gegeneinander stellen, heisst akzeptieren, dass unser Verhalten und unsere Gewohnheiten in Frage gestellt und neue Wege gesucht werden müssen.

In der täglichen Praxis müssen sich zum Beispiel die ärztlichen Verschreibungen, die Bestellung von Medikamenten oder die Verwendung von Hygieneprodukten an den getroffenen Entscheidungen orientieren. Dazu ist es nötig, dass das gesamte Pflegeteam mitmacht, was natürlich nicht ganz reibungslos vor sich geht.

Diese Arbeitsweise, die voraussetzt, dass alle die eigenen Grenzen kennen, legt uns eine gewisse Bescheidenheit auf. Diese Tugend wird vielleicht von den Berufsleuten im Gesundheitswesen etwas verkannt; sie ermöglicht es aber allen, in der eigenen Funktion anerkannt zu werden und ohne Qualitätseinbussen an der Einhaltung des Budgets und den nötigen Einsparungen mitzuarbeiten. Was gibt es Schöneres?

Marie-Claire Meuwly und Martine Favre, Oberschwwestern

Standpunkt der Ärzte

Die Abgabe von Medikamenten an hochbetagte Bewohner von Pflegeheimen ist nicht einfach. Bei diesen multimorbiden Patienten gibt es zahlreiche Risiken, Limitierungen und Besonderheiten, die berücksichtigt werden müssen. Es kommt hinzu, dass unser Handlungsspielraum durch die verschiedenen Rahmenverträge mit kantonalen Stellen und den Kostenträgern ernsthaft bedrängt wird. Das Risiko ist gross, dass eine heilsame Rationalisierung in Rationierung umkippt. Anstelle von willkürlichen Budgetkürzungen und sturen Abgabebeschränkungen haben wir uns deshalb für ein pharmazeutisches «Consulting», wie es in diesem Artikel beschrieben ist, entschieden.

Der Versuch hat sich rasch als interessant und vor allem sehr stimulierend erwiesen. Es wurden neue Prioritäten festgelegt und Vorgehensweisen klar definiert. Der beteiligte Arzt weiss, dass er dabei seinen Handlungsspielraum behält. Die sorgfältige Analyse einzelner Krankengeschichten erlaubt es, in angenehmem gegenseitigem Austausch unsere jeweiligen Kenntnisse zu vergrössern und die chronischen Leiden unserer Heimbewohner noch besser anzugehen. Die Zusammenarbeit zwischen Apothekern, beteiligten Ärzten, Oberschwestern und (bei einem Teil der Gespräche) Leiterin wurde als sehr nutzbringend und angenehm erlebt. Wir sind deshalb von diesem neuen Experiment sehr befriedigt und hoffen, dass die gemachten Erfahrungen noch vertieft werden können. Vielleicht entsteht in Zukunft sogar eine neue Philosophie des Einkaufs und Umgangs mit Medikamenten. Dies würde allerdings den Rahmen unserer Institution sprengen und fällt in die Zuständigkeit der entsprechenden kantonalen Vereinigung.

*Dr. Rodolphe Thomi und
Dr. Louise Matray,
verantwortliche Ärzte*

ergebnis leicht nach unten korrigiert werden; der Endbetrag für das Jahr 1995 betrug noch Fr. 2393.– pro Patient und Jahr, was einer Reduktion von 4,5 Prozent gegenüber dem ersten Halbjahr (Abbildung 1) gleichkommt. Zum Glück blieben die Medikamenten-

kosten in den Jahren 1993 bis 1995 über alles gesehen stabil (Erhöhung um 2,1 Prozent bei im Mittel gleichbleibender Verteilung des Schweregrades der Fälle).

Die Ergebnisse des ersten Halbjahres 1995 haben die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Kontrolle des Medikamentenverbrauchs im Heim aufgezeigt. Damit für das Jahr 1996 als Ziel die Schwelle von Fr. 2000.– pro Patient und Jahr unterschritten werden kann, wurden Quartalskontrollen eingeführt, der betreuende Apotheker ist häufiger anwesend, und das Pflege team wurde zu erhöhter Aufmerksamkeit bei der Umsetzung der gemeinsam besprochenen und akzeptierten Empfehlungen angehalten.

Bessere Qualität der Pflege dank interdisziplinärem Vorgehen

Die genannten finanziellen Ergebnisse hätten nicht gegen den Willen und ohne Identifizierung mit dem Projekt von Administration, pharmazeutischem und medizinischem Team erreicht werden können. Die Heimbewohner haben damit direkt von der pharmazeutischen Betreuung profitiert. Neben einem auf die praktischen Bedürfnisse zugeschnittenen Formular kann das Pflegeteam jederzeit von den Dienstleistungen des betreuenden Apothekers Gebrauch machen, so bei Fragen der Verfügbarkeit und Verwendung von Medikamenten oder bei Fragen zu gesundheitsfördernden Massnahmen. Auf Wunsch des Pflegeteams werden auch pharmazeutische Beurteilungen abgegeben. Diese können allgemeine Diskussionspunkte betreffen, das Therapieschema bestimmter Patienten oder auch aus wissenschaftlichen Zusammenfassungen bestehen. Beispiele für solche Fragen:

● Allgemeine Fragen

- Welche pharmazeutischen Spezialitäten eignen sich am besten für Patienten mit Schluckbeschwerden (andere galenische Form, Möglichkeit der Vermörserung)?
- Bei welchen geriatrischen Indikationen ist die Verwendung einer laxativen Lösung angezeigt? Welche Alternativen gibt es?
- Wie soll das Team mit Schmerzzuständen von Patienten umgehen?

● Patientenbezogene Fragen

- Überprüfung der Hypothese einer durch Amiodaron induzierten Hypothyreose bei Patientin X.
- Beobachtung und Verlaufskontrolle der Interaktion Tamoxifen orales Antikoagulans bei Patientin Y.

● Wissenschaftliche Dokumentation

- Vergleich der Toxizität verschiedener nicht-steroidaler Antirheumatika.
- Kann die Behandlung mit Antikoagulantien eine Alopezie verursachen?

Ein Schritt in die Zukunft

Die beschriebenen Erfahrungen zeigen das klinische und ökonomische Interesse an einer pharmazeutischen Betreuung im Rahmen der interdisziplinären Krankenbehandlung. Wenn sich die Fachleute im Gesundheitswesen ergänzen, können ohne Nachteil für die Patienten namhafte Rationalisierungen erzielt werden. Das Hauptinteresse dieses Versuchs liegt besonders auch in der scheinbar paradoxen Zielsetzung: substantielle Einsparungen dank einer zusätzlichen Dienstleistung. Der bessere Informationsfluss und die gemeinsame Ausübung der gegenseitigen Kompetenzen wirken sich positiv auf die Betriebsabläufe aus.

Das dargestellte Modell gelangt aber an folgende Grenze: Ein beratender Apotheker, der mit einer Marge auf den verkauften Medikamenten entlohnt wird, straft sich selbst mit seinem Engagement. Je besser er die Menge der verwendeten Medikamente unter Kontrolle hat, um so schlechter wird sein Lohn! Bei der Weiterentwicklung des Modells des Jahres 1996 wird auch diesem Aspekt Beachtung geschenkt; es liegen konkrete Vorschläge für eine neue Art der Honorierung vor.

Es scheint folgerichtig, wenn dieses Freiburger Experiment auch in anderen Betrieben angewendet wird, selbst im ambulanten Sektor. Dies hätte zweifellos bedeutende Auswirkungen auf die Wirksamkeit (ökonomisch und klinisch) und die Sicherheit der Behandlungen. Gebremst wird die weitere Verbreitung durch politische bzw. psychologische Gründe (interdisziplinäres Angehen von Krankheiten) sowie durch die Frage der Entlohnung der Dienstleistungen des Apothekers. Es wäre allerdings klug, wenn die Angehörigen der Medizinalberufe (rasch) von sich aus Lösungen finden, sonst wird ihnen der künftige Weg von Technokraten festgelegt werden. ■

Den Fortschritt
verdanken
die Menschen den
Unzufriedenen.

Aldous Huxley