

Zeitschrift: Curaviva : Fachzeitschrift
Band: 88 (2017)
Heft: 4: Pflegekräftemangel : Zahlen, Strategien, Massnahmen

Artikel: Medizinische Versorgung im Alter : "Interprofessionalität muss sich auf der ganzen Kette einer Behandlung abbilden"
Autor: Leser, Markus / Ruggli, Martine / Philbet, Thierry
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-834233>

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: 08.11.2024

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

MEDIZINISCHE VERSORGUNG IM ALTER

«INTERPROFESSIONALITÄT MUSS SICH AUF DER GANZEN KETTE EINER BEHANDLUNG ABBILDEN»

Der diesjährige Fachkongress Alter von Curaviva Schweiz, dem Dachverband von Heimen und Institutionen, rückt aktuelle und brisante Themen in den Vordergrund – auch solche von pharmazeutischer Relevanz. Dr. Markus Leser, Leiter des Bereichs Menschen im Alter bei Curaviva, und Martine Ruggli, Leiterin interprofessionelle Zusammenarbeit beim Apothekerverband pharmaSuisse, diskutieren über den Nutzen von Interprofessionalität, neue Herausforderungen in der Alterspflege und einen adäquaten Einsatz von Medikamenten.

Die Gesundheitskosten steigen unaufhörlich, die demografische Situation spitzt sich weiter zu: Wie dramatisch ist die Situation Ihres Erachtens?

Leser: Ich kann dem Lamento über steigende Kosten nicht viel abgewinnen; dieser Fokus greift für mich viel zu kurz. Aus meiner Sicht als Gerontologe ist es eine verkürzte Argumentation, dass die Kosten wegen des wachsenden Anteils älterer Menschen explodieren; man müsste vielmehr das System per se ausleuchten. In der Schweiz existieren im Gesundheitswesen viele Parallelitäten – wir machen Dinge x-fach, ohne Synergien zu nutzen. Ein Beispiel hierfür sind die 26 Gesundheitssysteme oder die Unterteilung in ambulant und stationär bzw. zwei komplett unterschiedliche Finanzierungssysteme. Ganz zu schweigen von den vielen Fehlanreizen. Ich glaube, viel rührt daher, dass im Gesundheitssektor nicht zu wenig, sondern genügend Geld vorhanden ist, sonst könnten wir uns diese Doppelspurigkeiten gar nicht leisten. Erst wenn das Geld knapp wird, kommt man vom Jammern zum Handeln.

Wie wird sich die Wohn- und Pflegesituation für ältere Menschen in Zukunft gestalten?

Leser: Ausgangspunkt wird verstärkt der Sozial- und Lebensraum der jeweiligen Person sein. In einigen Jahren soll die Wahl nicht mehr nur zwischen ambulant und stationär erfolgen, die beiden Bereiche werden vermehrt Synergien prüfen müssen, um den künftigen Bedarf steuern zu können. Curaviva ist daran, ein Kostenmodell für ein solches System zu erarbeiten, das im Sommer vorliegen soll. Wir gehen davon aus, dass sich so die Kosten eindämmen lassen. Dies belegen auch Beispiele aus dem Ausland.

Welche Ansprüche wird die nächste Generation von Best Agern geltend machen?

Leser: Wir haben einen grossen Bedürfniswandel vor uns. Die sogenannten Babyboomers werden komplett anders argumentieren und denken als jene Leute, die sich derzeit in der Langzeitpflege befinden. Sie haben sich an die Möglichkeit des Auswählens – service à la carte und just in time – gewöhnt und werden auch im Alter nicht darauf verzichten wollen.

Ruggli: In der Tat. Der Gang ins Altersheim wird nicht mehr selbstverständlich sein; diese Leute werden auf andere Lösungen, mehr Selbstbestimmung und Individualität pochen.

Von behördlicher Seite her erhält die Interprofessionalität in der medizinischen Grundversorgung Zuspruch und Auftrieb. Wie gut ist es im Moment um diese Zusammenarbeit bestellt?

Leser: Wenn ich heute sehe, was unter integrierter Versorgung und Interprofessionalität verstanden wird, fokussiert dies noch viel zu



*Laut Martine Ruggli, Leiterin interprofessionelle Zusammenarbeit bei pharmaSuisse, sind viele Altersheime an einer Zusammenarbeit mit einem Apotheker interessiert, um einen besseren Nutzen der Medikamente zu erzielen.
© pharmaSuisse*

sehr auf das Spital und dessen Umgebung. Doch Interprofessionalität muss sich auf der ganzen Kette einer Behandlung abbilden. Auch wird das Thema im Moment vor allem aus einer Problemperspektive beleuchtet bzw. mit Blick auf die Finanzen. Wichtig wäre es aber, an Lösungen zu arbeiten und Wege zur Zusammenarbeit aufzeigen, wie wir dies mit pharmaSuisse im Rahmen des Gesundheitszentrums (s. Abbildung 1) tun.

Ruggli: Ich teile diese Einschätzung: Im Spital sind alle unter einem Dach, weshalb die interprofessionelle Zusammenarbeit deutlich einfacher ist. In einem ambulanten Setting ist der Wille zum Austausch weniger ausgeprägt. Das Konzept des Gesundheitszentrums könnte dies aber ändern.

Derzeit beherrschen die hochpreisigen Medikamente die Schlagzeilen.

Fachkongress Alter 2017

Am 19. und 20. September 2017 findet in Montreux der Fachkongress Alter von Curaviva Schweiz statt. Die Themen sind in vier Bereiche gegliedert: Digital begleiten und begleitet werden; die Zukunft pflegen; Geld und Geist – wer finanziert und wer pflegt; Sinnsuche und Sinnverlust.

Der Fachkongress Alter 2017 wird zusammen mit dem Global Ageing Network (IAHSA) durchgeführt, womit sich auch Einblicke in die Praktiken anderer Länder ergeben. Alle Referate der Plenums- und Wahlveranstaltungen werden simultan übersetzt. Weitere Informationen: <http://www.congress.curaviva.ch/>

Ruggli: Die Preise gewisser Medikamente liegen heute ein Vielfaches über ihren Entwicklungskosten. Sie zeigen, wie gross die Zahlungsbereitschaft ist, wenn es darum geht, eine Krankheit bzw. ihre Folgen zu verhindern. Zum Beispiel in der Onkologie, wo gewisse Behandlungen für ein progressionsfreies Überleben für vier Monate über 40 000 Franken kosten. Das ist eine riesige Herausforderung bzw. auch ein riesiger Markt.

Welche Leitplanken sollten für solch hochpreisige Therapien gelten, insbesondere bei der Behandlung von Hochbetagten?

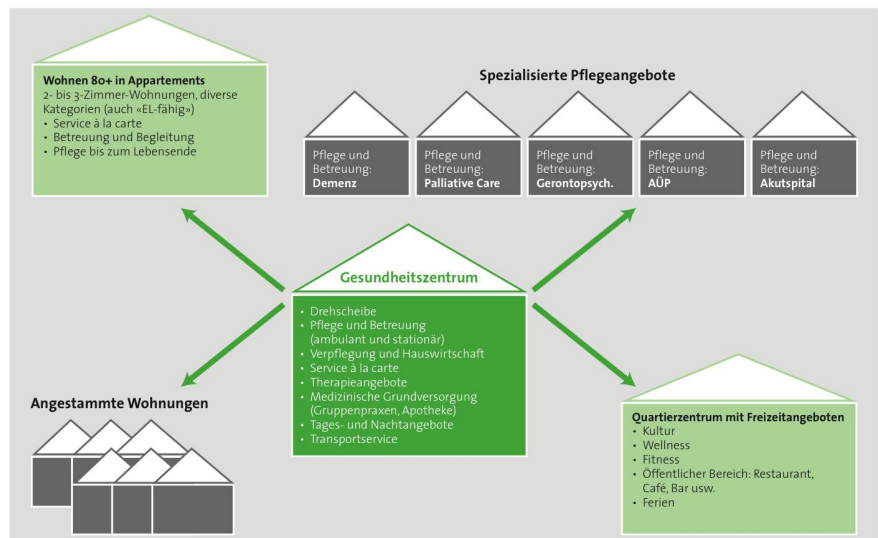
Leser: Es ist schwierig, das pauschal zu beantworten. Letzten Endes muss jeder Fall individuell analysiert werden. Als Verband versuchen wir die Leute dafür zu sensibilisieren, dass sie sich selber frühzeitig gewisse Überlegungen machen, etwa im Rahmen einer Patientenverfügung. Es stellt sich die Frage der Lebensqualität, aber auch der Sterbequalität. Der Tod wird heute nach wie vor ausgeblendet. Wenn jemand aber auf dem Weg des Sterbens ist, ist die Frage nach dem Sinn einer Lebensverlängerung unausweichlich. Ein Mensch soll auch sterben dürfen, wenn dies sein Wille ist.

Ruggli: Es ist extrem wichtig, dass die Betroffenen über ihre Situation gut und ausgewogen informiert sind; es braucht in diesem Stadium Entscheidungshilfen. Meist ist es ein Abwägen zwischen der Verlängerung der Lebenszeit und Nebenwirkungen, die die Lebensqualität beeinträchtigen. Der Arzt präsentiert häufig die Vorteile, die sich durch eine Behandlung noch ergeben könnten. Wünschenswert wäre eine Art Ombudsstelle, die unvoreingenommen informiert – immer im Bestreben, dem Patienten zu helfen.

Leser: Das ist ein interessanter Ansatz. Wenn die Interprofessionalität aber wirklich funktioniert, sollte es neben dem behandelnden Arzt auch weitere Stimmen geben. Hinzu kommt, dass Entscheidungen immer komplexer werden. Selbstbestimmung heisst selber entscheiden – diese Befähigung gilt es zu erlernen und zu vermitteln.

Wenden wir uns dem diesjährigen Fachkongress Alter zu: Weshalb haben Sie sich dafür entschieden, die Rolle des Pharmazeuten in den Alters- und Pflegeheimen in einem Workshop zu thematisieren?

Leser: Diese Rolle ist bei unseren Mitgliedern immer wieder von Bedeutung. Die Positionen sind konträr. Für die einen ist die Präsenz eines Pharmazeuten eine Entlastung; arzneimittelspezifische Fragen können so an eine Fachperson delegiert werden. Andere entscheiden sich



Elemente und Dienstleistungsangebote, wie sie im Wohn- und Pflegemodell 2030 vorgesehen sind. © Curaviva Schweiz

dagegen, weil sie dieses Know-how beim eigenen Personal belassen möchten. Ein weiteres grosses Thema ist der Einsatz von Medikamenten in Heimen. Das taucht auch in der öffentlichen Diskussion regelmässig auf, wobei es vor allem um den Missbrauch von Medikamenten geht. Wir brauchen eine sachliche Basis und ein sorgfältiges Abwägen mit allen Beteiligten, um den korrekten Einsatz von Medikamenten definieren zu können.

Welchen Support bieten Pharmazeuten heute in Heimen an?

Ruggli: Das ist von Heim zu Heim sehr unterschiedlich. In der Romandie, insbesondere in den Kantonen Freiburg, Waadt und Wallis, existieren seit über 15 Jahren Programme, bei denen der Apotheker in Altersheimen tätig ist. Wir arbeiten dort interprofessionell mit der Pflege, den Ärzten und der Direktion zusammen, um einen besseren Einsatz der Medika-

mente zu gewährleisten. In der Deutschschweiz präsentiert sich die Situation wegen der Selbstdispensation anders. Wir stellen aber auch hier fest, dass eigentlich alle Heime das gleiche Bedürfnis haben: Sie müssen ihre Qualität akkreditieren lassen und in diesem Kontext auch dem Einsatz der Medikamente Rechnung tragen.

Viele sind an einem Engagement eines Apothekers interessiert – teilweise auch aufgrund von gesetzlichen Anforderungen –, um einen besseren Nutzen der Medikamente zu erreichen. Die Apotheker spielen vor allem bei der Medikamentenauswahl bzw. -empfehlung eine wichtige Rolle.

Es wird derzeit in den Heimen auch viel diskutiert, ob Blistering die Lösung beim Thema Qualität ist. Ob das Heim sich für oder gegen das Blistering entscheidet, ist aber eigentlich nur eine Frage der Logistik. Ich arbeite in einem Heim, in dem nicht geblistert wird, weil

Die Apothekerin im Heim
Die beiden Apothekerinnen Martine Ruggli und Dr. Christine Bourquin (TopPharm Apotheke Aarberg) werden in ihrem Referat am diesjährigen Fachkongress die Rolle der Apotheker in Alters- und Pflegeheimen beleuchten. Die Bedeutung von Apothekern bei der pharmazeutischen Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner wird mehr und mehr anerkannt. In der Westschweiz existieren bereits diverse kantonale Projekte, in denen Apotheker die pharmazeutische Betreuung übernehmen; sie sind für die korrekte Anwendung der Medikamente zuständig und arbeiten dazu mit den Ärzten der Institution und dem Pflegepersonal eng zusammen. Auch in der Deutschschweiz zeichnen sich verschiedene Initiativen und Pilotprojekte ab. Bei der pharmazeutischen Betreuung stehen insbesondere die Sicherstellung einer reibungslosen Belieferung, die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben und die Beratung bei der Festlegung von zweckmässigen und wirksamen Therapien im Vordergrund. Am konkreten Beispiel einer Pflegeinstitution wird aufgezeigt, welche Möglichkeiten hierfür bestehen.

die Pflegefachpersonen wissen wollen, welche Medikamente verabreicht werden. Dort funktioniert die Zusammenarbeit gut. Andere wollen die Zeit, um die Dosetten abzufüllen, einsparen und diesen Prozess delegieren. Beides ist vertretbar.

Sind bezüglich Medikamenteneinsatz Projekte zwischen pharmaSuisse und Curaviva in Planung?

Leser: Auf diesem Gebiet ist sicher ein vertiefter Austausch angezeigt. Es wäre insbesondere interessant, im Rahmen eines gemeinsamen Projektes Chancen und Gefahren von Medikamenten aufzuzeigen.

Ruggli: pharmaSuisse und Curaviva werden dieses Thema in einem gemeinsamen Projekt bearbeiten. Erst gerade ist ein Projekt des Schweizerischen Nationalfonds zum Thema «Deprescription», also der «Entschreibung», angelaufen. Es ist einfach, eine Therapie mit Medikamenten anzufangen, aber deutlich schwieriger, deren Einsatz zu stoppen, wenn es sie nicht mehr braucht.

Leser: In der Tat. Wenn jemand mit 85 Jahren ins Heim eintritt, ist seine Medikamentengeschichte häufig lange. Gewisse Menschen bringen eine halbe Schuhschachtel mit Arzneimitteln mit, die sie seit Jahren einnehmen.



«Das technisch Machbare ist nicht immer das menschlich Sinnvolle», sagt Dr. Markus Leser, Leiter des Fachbereichs Menschen im Alter bei Curaviva Schweiz.
© Curaviva Schweiz

Diesen Kreislauf gilt es zu durchleuchten: Wann geht das los mit den Medikamenten und welche Alternativen existieren?

Welche Rolle kommt den öffentlichen Apotheken bei der Begleitung von älteren Menschen zu?

Ruggli: Wichtig sind sicher die Expertisen, Beratungen und Angebote rund um das Medikament, dies ist das eigentliche Fachgebiet der Apotheker. Aber auch die soziale Rolle darf nicht vergessen werden. Viele ältere Menschen kommen in der Regel ausgesprochen gerne in die Apotheke – für einige ist es ein Ziel des Tages. In der Apotheke können sie ohne Voranmeldung erscheinen und sich mitteilen. Die meisten Apotheken bieten auch einen Hauslieferdienst an, was ebenfalls eine Möglichkeit ist, ins Gespräch zu kommen. Viele Apotheken führen spezifische Angebote für chronisch Kranke, zu denen ein Grossteil der älteren Menschen gehört. Ein zentrales Thema ist auch die Therapietreue, die sogenannte Adhärenz; Unterstützung hierbei kann die Wochendosette bieten. Gewisse Apotheken bieten zudem Dienstleistungen wie Schmerzcoachings, Wundbehandlungen oder Programme für Demenzpatienten an.

Wie engagieren sich Apotheken für mehr Patientensicherheit?

Ruggli: Wir setzen uns für eine bessere Therapietreue und gute Beratung ein. Viele ältere

Menschen sind bei einem oder mehreren Spezialisten in Behandlung und in einem solchen Setting etwas verloren. Für diese Menschen müssen wir uns in der Apotheke in Zukunft noch stärker engagieren, um die Sicherheit der Behandlung zu erhöhen. Dabei ist der interprofessionellen Rahmen entscheidend. Auch der Polymedikations-Check bezweckt, die Patientensicherheit zu optimieren. Er gelangt bei Personen zum Einsatz, die mehr als vier Medikamente einnehmen. Der Apotheker bespricht dabei mit dem Patienten die Wirkung der Medikamente. Einnahmewohnheiten oder -schwierigkeiten kommen ebenso zur Sprache. Therapietreue ist enorm wichtig: Ein Patient, der seine Medikamente nicht richtig einnimmt, kostet viermal mehr als einer, der sie korrekt einnimmt.

Gibt es weitere Bestrebungen, um Medikationsfehler zu verhindern?

Ruggli: Mit den Krankenkassen diskutieren wir im Moment über Checks nach Spitalaufenthalt. Häufig erfolgt der Kontakt mit dem Hausarzt erst etwa zwei Wochen nach Spitalaustritt. Im Spital werden jedoch meistens Änderungen in der Medikation vorgenommen. Nach dem Austritt sind viele verunsichert, welche Medikamente sie einnehmen bzw. ob sie wieder zum Schema vor Spitaleintritt wechseln sollen. Gewisse schlucken dann zweimal das Gleiche, weil ein Produkt durch ein Generikum ersetzt wurde oder sehen von der Einnahme ganz ab. An dieser Schnittstelle wollen wir uns engagieren, Pilotprojekte werden in diesem Bereich lanciert.

Getestet werden im Moment Roboter, die Medikamenten ausliefern oder Patienten pflegen: Sind solche Entwicklungen eine Chance oder ein Risiko?

Leser: Der soziale Austausch wird auch in Zukunft für ältere Menschen absolut zentral sein; sie brauchen Möglichkeiten zur Gemeinschaft. Von der Technologie sind keine Wunder zu erwarten. Das zeigt eine Studie, die wir durchgeführt haben zum Einsatz von Technologien in Pflegeheimen, in die die Sicht des Personals und der Bewohner eingeflossen ist. Die ethischen und sozialen Dimensionen müssen immer mitgedacht werden, denn das technisch Machbare ist nicht immer das menschlich Sinnvolle.

Interview: Thierry Philbet, Tanja Aebli

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

Die Zukunft der Alterspflege: Wohn- und Pflegemodell 2030
Die demografische Alterung und die steigende Anzahl pflegebedürftiger Menschen, der selbstbestimmte Lebensstil der älter werdenden Babyboomer-Generation, die Entwicklung neuer Wohnformen und der zunehmende Trend von integrierten Angeboten zwischen ambulanten und stationären Dienstleistungsanbietern erfordern neue Strukturen in der Alterspflege. Das Wohn- und Pflegemodell 2030 für ältere Menschen (80+), das Curaviva Schweiz entwickelt hat, zeigt auf, wie selbstbestimmtes Leben von älteren Menschen trotz Pflegebedürftigkeit in der von ihnen bevorzugten Wohnumgebung in Zukunft ermöglicht werden soll. Dabei funktionieren die Alterspflege-Institutionen als dezentralisierte und sozialraumorientierte Dienstleistungsunternehmen, die älteren Menschen ein selbstbestimmtes Leben in der von ihnen bevorzugten Wohnumgebung ermöglichen. Hierbei soll der ältere Mensch mit seinem gesamten sozialen Beziehungsnetz «mitten im Leben» bleiben und die individuell notwendigen Dienstleistungen beziehen können.