

Zeitschrift: Curaviva : Fachzeitschrift
Herausgeber: Curaviva - Verband Heime und Institutionen Schweiz
Band: 89 (2018)
Heft: 3: Medikamente : wie die Sicherheit in Pflegeheimen verbessert werden kann

Artikel: Ein Arzt erzählt, wie der Sicherheitscheck in "seinen" Heimen funktioniert : Hauptsache, die Pillen passen und steigern die Lebensqualität
Autor: Weiss, Claudia
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-834355>

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: 12.02.2025

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

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 überlegt, 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 Helsana 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 laute 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 ungefähr 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

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

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

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 Heimarzt 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 Heilmittelsinspektor überprüft, sagt er. «Beim Apotheker ist zusätzlich routinemässig eine Interaktionsdaten-

bank involviert, die einen Alarm auslöst, wenn gravierende Interaktionen drohen.»

Bliester als Arbeitseinsparung

Im Heimalltag zeigt das Blistersystem nicht zuletzt dank solchen Sicherheitskontrollen eindeutige Vorteile. Luzia Nietlis-pach 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.

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

>>

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 verblistert, 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 Zug der 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, altehrwürdig»), 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.*

careanesth

gesundheitswesentlich

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?

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 Pflegekosten auf Basis der tatsächlichen Personaleinsätze

www.BCR-Ludwig.ch