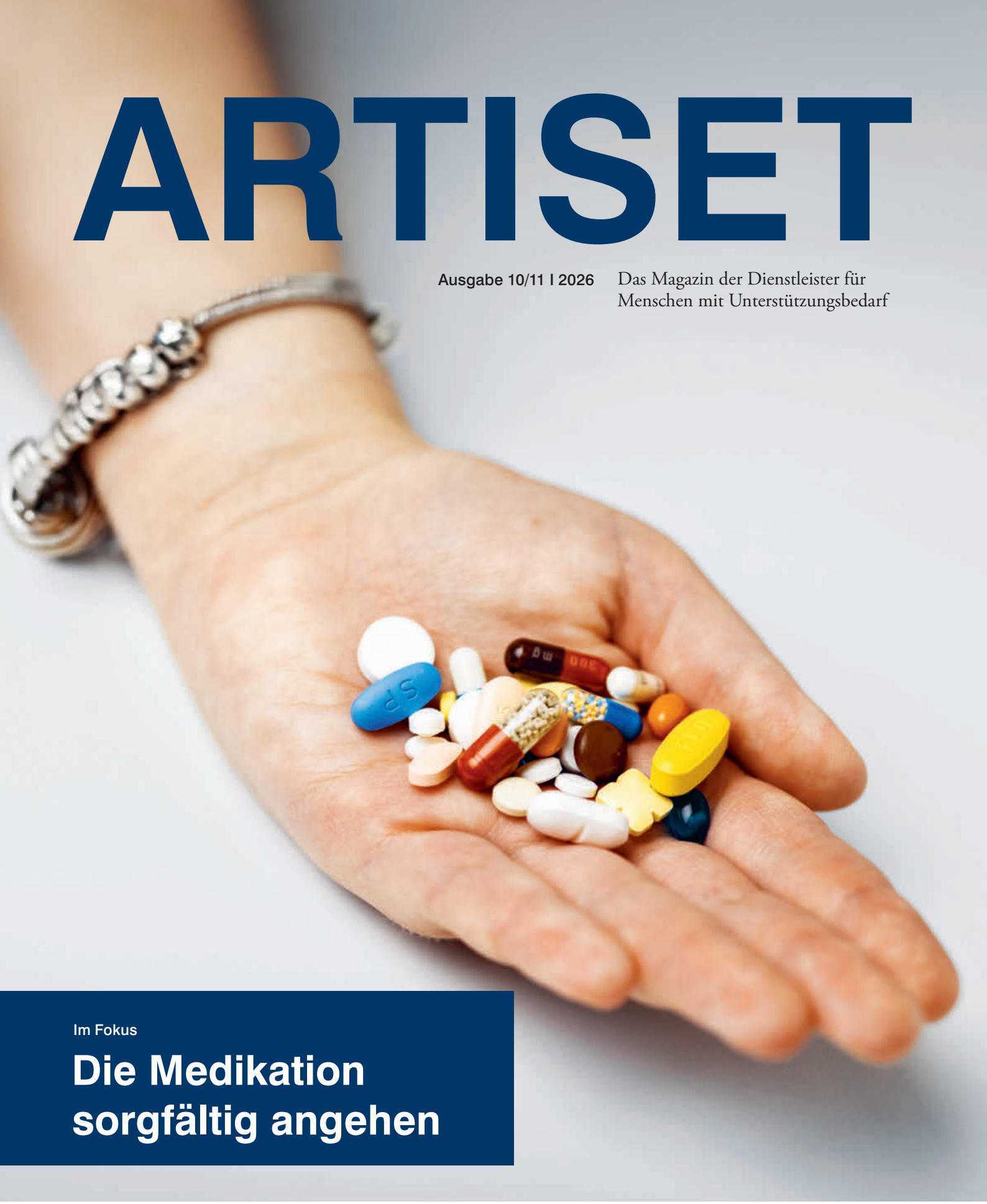
ARTISET

Ausgabe 10/11 I 2026

Das Magazin der Dienstleister für Menschen mit Unterstützungsbedarf



Im Fokus

Die Medikation sorgfältig angehen

CURAVIVA

Psychiatrische Versorgung in Pflegeheimen: Curaviva hat ein Projekt lanciert

INSOS

Wie Expertinnen und Experten die Gewinner des Socialstore Award auswählen

YOUViTA

Der Umgang mit Psychopharmaka in der Modellstation Somosa in Winterthur

TRANSGOURMET | care



Profis in Care
Hand in Hand

In Heimen und Spitälern werden die Anforderungen an die Verpflegung immer anspruchsvoller. Transgourmet hilft Ihnen, Ihren Arbeitsalltag zu vereinfachen und Kosten zu optimieren. Wir bieten Hand bei der Gestaltung von individuell auf Sie zugeschnittenen Lösungen – von Profi zu Profi.

Wenden Sie sich an unser Care-Kompetenzteam über care@transgourmet.ch

transgourmet.ch/care

TRANSGOURMET

Editorial

«Gefragt sind nicht mehr allein die verordnenden Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Pflegende sowie Apothekerinnen und Apotheker»



Elisabeth Seifert, Chefredaktorin

Liebe Leserin, lieber Leser

Die Einnahme von Medikamenten begleitet uns das ganze Leben lang. Wir alle erfahren immer wieder, wie erleichternd und heilend das richtige Medikament in der richtigen Dosierung zur richtigen Zeit sein kann. Wir machen aber auch die Erfahrung, dass all die Tabletten, Tropfen und Spritzen nicht immer die gewünschte Wirkung erzielen, gar nicht wirken oder von unangenehmen und sogar gefährlichen Nebenwirkungen begleitet werden. Und je mehr Medikamente wir einnehmen, je höher die Dosierung ist, desto grösser ist das Risiko, dass es neben der heilenden Wirkung zu negativen Begleiterscheinungen kommt.

Besonders betroffen von Risiken als Folge der Polymedikation sind ältere Menschen, die mit zunehmendem Alter oft mit komplexen gesundheitlichen Problemen leben und entsprechend viele Medikamente einnehmen. Ältere Menschen und besonders Alters- und Pflegeheime stehen denn auch im Zentrum diverser nationaler Programme und Projekte. Die promovierte Pharmazeutin Carla Meyer-Massetti, die die fachliche Leitung des Nationalen Aktionsplans Medikationssicherheit innehat, erkennt ein wachsendes Bewusstsein für Verbesserungen entlang dem ganzen Medikationsprozess.

Im Interview auf Seite 9 erläutert sie die im internationalen Vergleich recht hohe Polymedikationsrate in den Alters- und Pflegeheimen: «Wir setzen häufig zusätzliche Medikamente obendrauf, statt etwas wegzunehmen.» Als wirksames Instrument dagegen betont sie die Notwendigkeit interprofessionell durchgeführter, klar strukturierter Medikationsreviews – und befürwortet die Einführung eines medizinischen Qualitätsindikators Medikationsreview. Verena Hanselmann, Gesundheitsökonomin beim Branchenverband Curaviva, skizziert die für eine Medikationsreview zentralen Kriterien und verweist auf hilfreiche Faktenblätter und Präsentationen (Seite 14).

Ein zentrales Merkmal von Medikationsreviews ist der interprofessionelle Blick auf die Medikation. Gefragt sind nicht mehr nur die verordnenden Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Pflegende und idealerweise die Apothekerinnen und Apotheker. Ein Projekt, das, derzeit noch, vor allem in der Westschweiz umgesetzt wird, macht deutlich, welche Resultate sich gerade auch mit dem Einbezug der Apotheken erzielen lassen (Seiten 16 und 20).

Auch in den Behinderteninstitutionen wird die Medikationssicherheit immer mehr zum Thema. Eindrücklich ist, mit welcher Sorgfalt etwa das Blinden- und Behindertenzentrum Bern die Herausforderungen meistert (Seite 6). Auch hier wird das Zusammenspiel der verschiedenen Akteure, einschliesslich der Apotheken, hoch gewichtet.

Besonders empfehle ich Ihnen unser Interview mit dem Kinder- und Jugendpsychiater Leonhard Funk von der Modellstation Somosa in Winterthur (Seite 24): Es zeigt ein verantwortungsvolles Abwägen der Vor- und Nachteile einer Medikation unter Berücksichtigung sämtlicher fachlicher Perspektiven und unter Einbezug der Bedürfnisse der jungen Menschen selber. Ein Vorgehen, das beispielhaft ist für Leistungserbringer aller drei Artiset-Branchen. ■

Titelbild: Medikamente haben einen hohen Nutzen, bergen aber auch so manche Risiken.

Foto: Symbolbild/Marco Zanoni

careCoach adamcares

Die KI-Funktionalitäten in careCoach sind im Alltag angekommen

Seit diesem Sommer dokumentieren bereits mehrere Institutionen erfolgreich mit den KI-Funktionalitäten in careCoach. Ein Erfahrungsbericht aus der Stiftung für Betagte in Münsingen gibt Einblicke darin, was sich seither verändert hat.

Bereits mehr als 20 Pflegeheime haben in den letzten Monaten auf sprachbasierte Dokumentation mit KI umgestellt. Auch bei uns ist die Lösung von careCoach und Adamcares seit Juli im Einsatz.

Konkret nutzen wir zwei Funktionen: Einerseits sprechen unsere Mitarbeitenden ihre Beobachtungen über die Spracheingabe direkt am Mobilgerät ein. Die KI reformuliert das Gesagte pflegefachlich zu einem strukturierten Text. Das unterscheidet die Lösung deutlich von einem klassischen Diktiergerät, das nur aufzeichnet, was gesagt wird, ohne es zu bearbeiten. Andererseits steht am Computer der Reformulierungsassistent zur Verfügung, der bereits geschriebene Texte professionell überarbeitet.

Für unsere Mitarbeitenden ist das spürbar entlastend: Die Dokumentation kann zeitnäher erledigt werden und man muss es sich nicht bis zum Schichtende merken. Zudem unterstützt die KI sie bei der Formulierung. Sie müssen sich weniger Gedanken machen, wie ein Sachverhalt zu schreiben ist und sind dadurch auch bei der mobilen Dokumentation schneller.

«Wenn mir nachts manchmal die passenden Worte oder Formulierungen fehlen, hilft mir die KI dabei, meine Beobachtungen professionell, verständlich und mit guten, passenden Sätzen zu formulieren.»

Edona Rrushi, Pflegemitarbeiterin, Stiftung für Betagte Münsingen

Ein Beispiel aus unserem Alltag: Bei einem ungeplanten Vorfall, z.B. einem emotionalen Ausbruch, hilft die KI, das Geschehene objektiv zu formulieren, auch wenn die Situation selbst belastend war. Das nimmt Druck von Mitarbeitenden, die sich sonst genau überlegen müssen, wie sie das in Worte fassen.

Unsere Abteilungsleitungen berichten: Die Qualität der Dokumentationstexte hat sich spürbar verändert. Die Einträge sind vollständiger, weil weniger vergessen geht. Zudem sind sie auch klarer strukturiert und in einer durchgehend professionellen Sprache verfasst und dies unabhängig davon, wer den Eintrag geschrieben hat. Rückfragen, weil ein Eintrag unklar oder zu knapp war, kommen nun seltener vor.

«Bei der Überprüfung der Pflegestufe stehen mir nun mehr konkrete Informationen zur Verfügung, aus denen sich erbrachte Pflegeleistungen nachvollziehen und plausibilisieren lassen.»

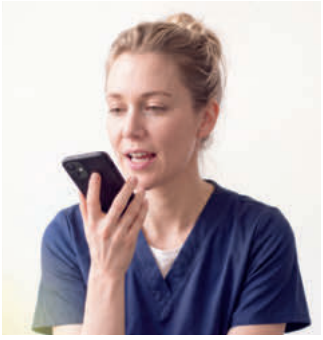
Nadine Wyss, Fachleiterin Betreuung & Pflege, Stiftung für Betagte Münsingen

Nebst der Qualitätssteigerung berichten einige auch von einer Zeitersparnis, insb. bei längeren Einträgen. Diese Zeit kommt mehr oder weniger direkt den Bewohnenden zugute: als zusätzliche Betreuungszeit, und damit letztlich als höhere Pflegequalität.

Ein wichtiger Grund für die Einführung der KI: Unser eigener Anspruch an uns selbst. Einerseits wollten wir ein Arbeitgeber sein, der neue Lösungen nicht nur diskutiert, sondern tatsächlich einsetzt. Andererseits wollten wir als Institution den Anschluss an eine sich rasant entwickelnde Technologie nicht verpassen und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aktiv auf diesem Weg mitnehmen.

Für uns ist das erst der Anfang: In Erprobung ist bereits ein nächster Schritt: Man erzählt die ganze Dokumentation in einem Zug ein, die KI ordnet die Informationen automatisch den passenden Pflegeleistungen zu und erkennt dabei sogar ungeplante Massnahmen, für die sie gleich einen Vorschlag erstellt. Das macht die Dokumentation nochmals genauer, und die Vorteile werden dadurch noch stärker spürbar. Entschieden wird dabei aber immer von Menschen: Was gespeichert oder bearbeitet wird, entscheiden unsere Mitarbeitenden selbst.

Die KI in careCoach ist für uns bereits heute eine spürbare Entlastung im Alltag und zugleich ein wichtiger Schritt in Richtung Zukunft.



Symbolbild.

careCoach x Adamcares

KI-Funktionalitäten auf einen Blick

Was sie kann

Speech-to-Text: Mobile Spracheingabe mit professioneller Reformulierung durch die KI.

Text-to-Text: Der Reformulierungsassistent überarbeitet ihre Texte am Computer.

Weitere Themen in Vorbereitung

Sprachen

Heime entscheiden: nur (Schweizer-)Deutsch oder alle Sprachen für die Eingabe freischalten.

Kosten

Unverbindliche Offerte einholen

Ausprobieren

Zwei Monate zum halben Preis testen, erst danach entscheiden.

Datenschutz

Verarbeitung vollständig in der Schweiz und DSG-konform.

Verfügbarkeit

Ab sofort für alle careCoach-Kundinnen und -Kunden.

Interessiert?

Mehr Informationen erhalten unter adamcares.com
oder topcare.ch/news/ki-unterstuetzte-pflegedokumentation

Inhalt







Im Fokus

06 Medikamentenmanagement im Blinden- und Behindertenzentrum Bern

09 Hohe Polymedikationsrate in Pflegeheimen – eine Pharmazeutin ordnet ein

14 Mindestkriterien einer Medikationsreview

16 Die pharmazeutische Beratung wirkt – das zeigt ein Projekt aus der Romandie

20 Im Kanton Bern wird der Westschweizer Ansatz erprobt

24 Zum Umgang mit Psychopharmaka in der stationären Jugendpsychiatrie

kurz & knapp

28 Wie Kinder und Demenzbetroffene gemeinsam den Alltag verbringen

Aktuell

30 Wie die Juroren des Socialstore Award die Gewinnerprojekte auswählen

34 Psychiatrische Versorgung in Pflegeheimen – Curaviva hat ein Projekt lanciert

36 Ein digitaler Lerncoach unterstützt im Betreuungsalltag

39 Roboter-Kuscheltiere können Aufmunterung und Trost bringen

43 Mit Bewohnenden aus anderen Kulturen umgehen lernen

Politische Feder

46 Martin Candinas, Nationalrat, Die Mitte, GR

Impressum: Redaktion: Elisabeth Seifert (esf), Chefredaktorin; Salomé Zimmermann (sz); Anne-Marie Nicole (amn); France Santi (fsa); Jenny Nerlich (jne) • Korrektorat: Beat Zaugg • Herausgeber: ARTISET • 5. Jahrgang • Adresse: ARTISET, Zieglerstrasse 53, 3007 Bern • Telefon: 031 385 33 33, E-Mail: info@artiset.ch, artiset.ch/Magazin • Geschäfts-/Stelleninserate: Galledia Fachmedien AG, Tiefenaustrasse 2, 8640 Rapperswil, Telefon: 044 928 56 53, E-Mail: markus.haas@galledia.ch • Vorstufe und Druck: AST & FISCHER AG, Seftigenstrasse 310, 3084 Wabern, Telefon: 0319631111 • Abonnemente: ARTISET, Telefon: 0313853333, E-Mail: info@artiset.ch • Jahresabonnement Fr. 90.– • Erscheinungsweise: 8 × deutsch (je 3500 Ex.), 4 × französisch (je 1000 Ex.) pro Jahr • WEMF/KS-Beglaubigung 2025 (nur deutsch): 2910 Ex. (davon verkauft 2771 Ex.) • ISSN: 2813-1355 • Nachdruck, auch auszugsweise, nur nach Absprache mit der Redaktion und mit vollständiger Quellenangabe.

DIE NATÜRLICHEN FARBEN ZERTIFIZIERT MIT CRADLE TO CRADLE

MIX Papier | Fördert gute Waldnutzung FSC® C031954

Medikamenten-sicherheit braucht klare Strukturen



Je komplexer die Betreuung und Pflege, desto wichtiger werden sichere Strukturen – gleichzeitig erschwert der Fachkräftemangel genau diese Sicherheit. Besonders anspruchsvoll ist die Medikamentenabgabe in Behindertenorganisationen, wo sozialpädagogische Betreuung und Pflege eng ineinandergreifen. Zwei Mitarbeiterinnen des Blinden- und Behindertenzentrums Bern (kurz das «B») geben Einblick in ihr Medikamenten-Management.

Von Salomé Zimmermann

Ein Becher wird verwechselt, eine neue ärztliche Verordnung nicht rechtzeitig im System erfasst oder eine Dosette entspricht nicht mehr dem aktuellen Medikamentenplan. Oft braucht es nur einen kurzen Moment der Unaufmerksamkeit im hektischen Alltag in Institutionen, der von vielen Unterbrechungen gekennzeichnet ist, damit Fehler im Umgang mit Medikamenten passieren. Christine Mühlemann, Gesamtleiterin Wohnen mit Beschäftigung, und Andrea Walter-Schilling, Verantwortliche der Fachstelle Pflege im «B», Blinden- und Behindertenzentrum Bern, kennen diese Situationen auch. In ihrer Institution leben erwachsene Menschen mit mittleren bis schweren kognitiven Beeinträchtigungen. Hinzu kommen Menschen im AHV-Alter, die erst später im Leben blind oder sehbeeinträchtigt geworden sind. Die Bewohnenden brauchen mit zunehmendem Alter immer mehr pflegerische Unterstützung. Damit treffen zwei Welten aufeinander, die in vielen Institutionen immer stärker zusammenwachsen: Betreuung und Pflege.

Wenn Fachwissen fehlt

Die grösste Herausforderung in Bezug auf die Medikamentensicherheit sehen Christine Mühlemann und Andrea Walter-Schilling beim fehlenden Fachpersonal. Besonders Pflegefachpersonen auf Tertiärstufe und Fachpersonen Gesundheit seien schwierig zu finden. Das hat direkte Auswirkungen auf den Umgang mit Medikamenten. Mitarbeitende ohne medizinische Ausbildung dürfen bestimmte Aufgaben nicht übernehmen. Gleichzeitig sind sie im Alltag sehr nahe bei den Bewohnerinnen und Bewohnern. «Zum Teil fehlt das Wissen über Medikamente, ihre Wirkungen und Nebenwirkungen. Das führt zu Unsicherheit», sagt Mühlemann. In der Institution arbeitet ein beträchtlicher Teil der Mitarbeitenden auf Assistenzstufe. Ihre Kompetenzen im Medikamentenprozess sind klar begrenzt. Fällt eine qualifizierte Fachperson aus, muss deshalb teilweise eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter einer anderen Wohngruppe einspringen. Besonders deutlich wird das Spannungsfeld bei Sozialpädagoginnen und -pädagogen. Sie übernehmen in Institutionen wichtige Fach- und Führungsaufgaben und verfügen über grosse Kompetenzen im Umgang mit Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf. Medizinische Grundlagen sind jedoch nicht Bestandteil ihrer Ausbildung und auch rechtlich nicht vorgesehen. Für Christine Mühlemann ist dies ein strukturelles Problem, denn in der Praxis kommen Sozialpädagoginnen und -pädagogen in vielen Institutionen zwangsläufig mit Medikamenten in Berührung und bewegen sich so in einem gesetzlichen Graubereich. «Meiner Meinung nach müssten deshalb bereits in der Ausbildung medizinische Grundkompetenzen vermittelt werden oder es zumindest möglich sein, entsprechende Kompetenzen später gezielt zu erwerben», sagt Christine Mühlemann.

Fehler dort verhindern, wo sie entstehen

Ganz ausschliessen lassen sich Medikationsfehler kaum. Umso wichtiger ist es, Risiken systematisch zu reduzieren. Das Blinden- und Behindertenzentrum Bern erfasst deshalb sogenannte Qualitätsmeldungen zu Fehlern und kritischen Situationen. «Dabei geht es nicht darum, Schuldige zu suchen, sondern Muster zu erkennen und Abläufe anzupassen», sagt Andrea Walter-Schilling. Ein Beispiel ist die Medikamentenabgabe. Früher war das System weniger übersichtlich. Heute sind die Medikamente nach Einnahmezeit getrennt auf einem Tablett angeordnet und eindeutig den jeweiligen Bewohnerinnen und Bewohnern zugeordnet – mit Namen und einem entsprechenden Foto. «Diese vergleichsweise einfache Veränderung stellte eine der wirkungsvollsten Verbesserungsmassnahmen dar: Je klarer das System, desto →

Im Blinden- und Behindertenzentrum Bern gibt es eine bewusste Fehlerkultur, um falsche Dosierungen und ähnliches zu vermeiden oder vermindern.

Foto: Blinden- und Behindertenzentrum Bern

TASK SHIFTING

Artiset entwickelt ein Modell für die langfristige und nachhaltige Sicherstellung von Pflegequalität und Versorgungssicherheit. So wurde etwa im Kanton Waadt eine Weiterbildung kreiert, die es Fachkräften ermöglicht, gewisse pflegerische Kompetenzen zu erlangen. Später soll es umgekehrt auch Pflegefachpersonen ermöglicht werden, soziale Kompetenzen zu erwerben, etwa für die Betreuung von Menschen mit Behinderungen in Alters- und Pflegeheimen.

kleiner die Wahrscheinlichkeit einer Verwechslung», erläutert Christine Mühlemann. Risiken gibt es jedoch nicht nur bei der eigentlichen Abgabe. Der Medikamentenprozess umfasst zahlreiche Schnittstellen. Ärztinnen und Ärzte verordnen Medikamente, die Apotheke richtet sie, Mitarbeitende kontrollieren und verabreichen sie. Änderungen müssen zeitnah ins System aufgenommen und bestehende Dosetten angepasst werden. «An jeder dieser Schnittstellen können Fehler entstehen», so Andrea Walter-Schilling. Ihre Institution arbeitet deshalb eng mit einer Apotheke im gleichen Quartier zusammen. Diese stellt die Medikamente wochenweise in Dosetten bereit. Die Mitarbeitenden kontrollieren sie vor der Verwendung. Ein Apotheker überprüft zudem jährlich die Medikamentenlagerung auf den einzelnen Wohngruppen und weist auf Verbesserungsmöglichkeiten hin.

Verantwortung bewusst organisieren

Eine entscheidende Veränderung der vergangenen Jahre war die Schaffung einer Fachstelle Pflege im Blinden- und Behindertenzentrum Bern. Damit erhielt der medizinisch-pflegerische Bereich eine klar definierte Fachverantwortung und zugleich eine zentrale Ansprechperson für Ärzte und Apotheke. Zusammen mit dem verantwortlichen Apotheker und unter Einbezug der Leitung entstand unter anderem das Dokument «Standard Medikamente», das detailliert alle Abläufe und Kontrollen rund um die Medikamente abbildet. Doch eine zentrale Stelle allein genügt nicht. Bei acht Wohngruppen könne die Verantwortung nicht bei einer einzigen Person liegen, sagt Mühlemann. Deshalb gibt es heute auf jeder Gruppe Mitarbeitende mit einer besonderen Verantwortung für das Medikamentenmanagement. Diese dezentrale Verantwortung bringt auch neue Ideen hervor. «Mitarbeitende entwickelten beispielsweise Übersichten über Anbruch- und Verfalldaten von flüssigen Medikamenten oder Reservemedikamenten. Statt jedes Präparat immer wieder einzeln zu überprüfen, können die Kontrollen so gezielter erfolgen», sagt Andrea Walter-Schilling. Das Beispiel zeigt: Sicherheit entsteht nicht allein durch Reglemente. Sie entsteht auch dann, wenn Mitarbeitende Prozesse verstehen und aktiv weiterentwickeln.

Mitarbeitende befähigen statt nur Regeln aufstellen

Ein weiteres Element sind Schulungen. Die Apotheke bietet Weiterbildungen beispielsweise zu Psychopharmaka oder Schmerzmitteln an. Zudem führt das Blinden- und Behindertenzentrum einen regelmässig stattfindenden internen Behandlungspflegekurs durch. Dabei gehe es nicht nur darum, Kompetenzen zu vermitteln, sagt Walter-Schilling. Ebenso wichtig sei es, Unsicherheiten abzubauen. «Mitarbeitende müssen wissen, was sie tun können, wo ihre Grenzen liegen und wann sie eine Fachperson beiziehen müssen», so Walter-Schilling. Gerade in Institutionen, in denen Menschen gleichzeitig Betreuung und zunehmend intensive Pflege benötigen, wird dieses Wissen immer wichtiger. Die Entwicklung dürfte sich weiter verstärken: Menschen mit Behinderungen werden älter und benötigen häufiger medizinisch-pflegerische Leistungen. Behinderteninstitutionen, die traditionell stark sozialpädagogisch ausgerichtet sind, müssen deshalb zusätzliche pflegerische Kompetenzen aufbauen.

Eine echte Fehlerkultur

Was passiert, wenn eine Bewohnerin oder ein Bewohner die Einnahme von Medikamenten verweigert? Kommt dies vor, versuchen die Mitarbeitenden zunächst, die Situation zu verstehen. Manchmal hilft es, das Medikament später erneut anzubieten oder eine andere Bezugsperson einzubeziehen. Bei Medikamenten, deren regelmässige Einnahme besonders wichtig ist – etwa bei Epilepsie oder bestimmten psychischen Erkrankungen –, erklären die Fachpersonen mögliche Konsequenzen. Auch gesetzliche Vertretungen werden je nach Situation einbezogen. Wird ein Medikament dennoch verweigert, wird dies dokumentiert und mit der Ärztin oder dem Arzt besprochen. Zwang werde nicht angewendet, betont Walter-Schilling. Gleichzeitig bemüht sich die Institution gemeinsam mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten darum, die Medikation regelmässig zu überprüfen und auf das absolut Notwendige zu beschränken.

Technische Lösungen, Reglemente und Kontrollen können viel zur Sicherheit beitragen. Für Mühlemann und Walter-Schilling gibt es jedoch einen Faktor, der mindestens ebenso wichtig ist: die Fehlerkultur. Mitarbeitende müssen Fehler melden können, ohne Angst vor Bestrafung zu haben. Nur dann werde sichtbar, wo ein Prozess verbessert werden müsse. «Je schwerwiegender ein Fehler ist, desto wichtiger ist es, daraus zu lernen», sagt Mühlemann. «Eine solche Kultur lässt sich nicht einfach verordnen, sie muss von den Führungspersonen vorgelebt werden», ergänzt Walter-Schilling. Für Institutionen, die ihr Medikamentenmanagement überprüfen möchten, ergibt sich deshalb kein einzelnes Erfolgsrezept. Entscheidend ist vielmehr das Zusammenspiel von klaren Verantwortlichkeiten, genügend fachlicher Kompetenz, verständlichen Abläufen, regelmässigen Schulungen, guten Schnittstellen zu Ärzteschaft und Apotheke – und die Bereitschaft, aus Fehlern und Verbesserungsvorschlägen kontinuierlich zu lernen. ■

«Es gibt in der Schweiz ein Optimierungspotenzial»

Eine hohe Polymedikationsrate ist ein Anreiz, die Medikationslisten interprofessionell zu prüfen. Das sagt Carla Meyer-Massetti. Die promovierte Pharmazeutin arbeitet am Institut für Pharmakologie der Uni Bern. Im Gespräch betont sie die Notwendigkeit, in den Pflegeheimen strukturierte Medikationsreviews durchzuführen. Damit dies gelingen kann, brauche es von allen Akteuren den Willen zur Umsetzung, auch von den Finanzierern.

Interview: Elisabeth Seifert

Frau Meyer-Massetti*, über alle Schweizer Pflegeheime hinweg wird gemäss dem aktuellsten BAG-Bericht bei 43,5 Prozent der Bewohnenden eine Polymedikation gemessen: Wie hoch ist dieser Wert im internationalen Vergleich?

Diese Frage ist nicht einfach zu beantworten, weil Polymedikation international nicht einheitlich definiert ist bezüglich des Grenzwerts. Etwa, ob die Anzahl der Wirkstoffe gezählt wird, wie das in der Schweiz der Fall ist und was meist zu einer höheren Anzahl führt. Oder ob nur die Medikamente und nur die verordneten oder die tatsächlich verabreichten Medikamente gezählt werden. Aber ja, wenn man Länder anschaut, die eine vergleichbare Einkommensstruktur haben wie wir, Frankreich und Israel oder auch Kanada und Australien: Diese Länder haben tatsächlich tiefere Werte. Auch hier ist aber nicht klar, was wirklich gezählt wird. Zusätzlich kann die Polymedikation auch tiefer sein, wenn weniger Geld für Medikamente ausgegeben wird oder die Bevölkerung jünger ist.

Wie erklären Sie den im internationalen Vergleich doch recht hohen Wert in der Schweiz?

Vorausschicken möchte ich, dass Polymedikation zwar das Risiko für Medikations-bezogene Probleme erhöhen kann, aber nicht zwangsläufig schlecht ist. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterscheidet deswegen auch angemessene und nicht angemessene Polymedikation. Eine hohe Polymedikationsrate ist aber sicher ein Anreiz, die Medikationslisten interprofessionell zu prüfen. Das ist der Grund, warum ich aus pharmazeutischer Perspektive sehr erfreut darüber bin, dass wir in der Schweiz derzeit den medizinischen Qualitätsindikator Medikationsreview pilotieren. Wir können uns schon kritisch fragen, ob die hohe Rate vielleicht an der mangelnden Vernetzung der Gesundheitsfachpersonen liegt. Heikel sind auch die Übergänge zwischen Leistungserbringenden. Wir setzen häufig zusätzliche Medikamente obendrauf, statt etwas wegzunehmen.

Sind andere Länder in der interprofessionellen Zusammenarbeit besser?

Ich könnte mir das vorstellen, ohne dass es mit den unterschiedlichen Gesundheitssystemen zu tun hat. Es gibt Länder, wo die Interprofessionalität besser etabliert ist, vor allem im stationären Bereich, also in den Spitälern und in den Pflegeheimen. Ich schaue mir immer sehr gerne Australien an, was die Forschung betrifft und auch die Entwicklung entsprechender Tools. Selbst in der Pflege zu Hause, wo die Situation schwieriger ist als im stationären Bereich, macht Australien schon lange Forschung und verfügt auch über interprofessionelle Modelle.

Der hierzulande sich in der Testphase befindende MQI Medikationsreview fördert in den →

Pflegeheimen diese geforderte Interprofessionalität?
Festhalten möchte ich zunächst, dass wir in der Schweiz seit einigen Jahren die Polymedikation messen. Entscheidend ist aber, dass die Heime Instrumente an die Hand bekommen, um die Situation zu verbessern. Aufgrund eines hohen Wertes bei der Polymedikation kann man nicht einfach Medikamente absetzen, ohne dies sorgfältig zu prüfen. Genau hier kommt der MQI Medikationsreview ins Spiel. Wenn wir eine Reaktion auf die hohe Polymedikationsrate wollen, dann sind Medikationsreviews, also die detaillierte Analyse der aktuell verordneten Medikamente unter Einbezug verschiedener Perspektiven, eine logische Folge.

Und die Interprofessionalität spielt in diesem Prozess eine zentrale Rolle?
Das Problem liegt unter anderem in der Verschreibungskaskade: Jemand erhält ein neues Medikament, dann tritt ein neues Symptom auf und man merkt nicht, dass dieses eine Nebenwirkung des neuen Medikaments ist, und behandelt das Symptom mit einem weiteren Medikament. Interprofessionelle Teams sind aus meiner Perspektive sehr wichtig, um regelmässig zu überprüfen, ob eine Therapie noch angemessen ist und ob Verschreibungskaskaden vorliegen. Der behandelnde Arzt oder die Ärztin, die Pflege sowie ein Pharmazeut oder eine Pharmazeutin kommen zusammen und stellen sich unter Einbezug der Bewohnenden sowie der Angehörigen eine Reihe wichtiger Fragen: Welche Ziele verfolgt man mit einer Therapie? Werden diese Ziele erreicht? Ist der Nutzen einer Therapie grösser als die Risiken? Müsste man ein Deprescribing vornehmen?

Bedeutet Deprescribing den Abbruch einer Medikation?
Deprescribing muss nicht unbedingt den Abbruch einer Therapie beinhalten, es kann auch eine Reduktion sein, etwa was den Einnahmezeitpunkt oder die Dosis betrifft. Ein Medikament lässt sich auch von der Fixmedikation in die Reserve schieben. Entscheidend ist, dass solche Massnahmen das Resultat einer Medikationsreview sind, bei dem man strukturiert vorgeht. Und sollte sich eine Massnahme als falsch erweisen, kann man diese wieder rückgängig machen.

Zu den interprofessionellen Teams kann neben der Pflege sowie dem Arzt oder der Ärztin auch ein Pharmazeut oder eine Pharmazeutin gehören: Weshalb ist dies so wichtig?
Wenn es um Medikamente geht, ganz besonders um die Überprüfung komplexer Medikationslisten, gehört unseres Erachtens die Pharmazie dazu, deren Kernkompetenz die Medikationssicherheit ist. Ich bin Spitalapothekerin, und im Spital gibt es vielerorts schon länger einen interprofessionellen Einbezug von Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, etwa beim Eintritt eines Patienten und bei den Medikationsreviews im Rahmen einer interprofessionellen Visite. Die verschiedenen Berufsgruppen bringen jeweils eine andere Perspektive ein. Die Patienten und die Medikationssicherheit profitieren von diesen unterschiedlichen Perspektiven. Im Rahmen des MQI Medikationsreview, der jetzt in der Testphase ist, ist der Apotheker oder die Apothekerin nicht zwingend Teil des interprofessionellen Teams. Zwingend ist, dass ein Tandem aus dem Arzt, der Ärztin und der Pflege zusammen die Medikationsliste durchgeht.

Zurück zur Polymedikation: Welche Probleme respektive Risiken stehen im Vordergrund?
Ich möchte noch einmal betonten: Die reine Anzahl Medikamente ist noch nicht zwingend ein Zeichen von

«Wir können uns schon kritisch fragen, ob die hohe Rate vielleicht an der mangelnden Vernetzung der Gesundheitsfachpersonen liegt. Heikel sind auch die Übergänge zwischen Leistungserbringenden.»

Carla Meyer-Massetti, Pharmazeutin

Anzeige



Übermedikation. Hochaltrige Menschen haben oft mehrere Krankheiten und benötigen etliche Medikamente. Eine Medikationsreview kann auch aufzeigen, dass wichtige Medikamente fehlen oder es Medikamente mit einem bessere Nutzen-Risiko-Profil gäbe. Mit vielen Medikamenten ist aber eben auch das Risiko hoch, dass Wechsel- und Nebenwirkungen entstehen. Zudem steigt unter anderem die Gefahr, dass Fehler beim Richten der Medikamente geschehen oder auch bei der Verabreichung und Einnahme der Medikamente.



Carla Meyer-Massetti: Die Pharmazeutin leitet fachlich das Konsortium zur Entwicklung des Nationalen Aktionsplans Medikationssicherheit. Foto: zvg

Lassen sich die Risiken als Folge der Polymedikation mit Daten belegen?

Es gibt Daten aus der Schweiz, die klar zeigen, dass Polymedikation mit dem Alter zunimmt und dass vermehrt Probleme entstehen aufgrund von Neben- und Wechselwirkungen, aufgrund des Medikamentenmanagements zu Hause sowie diverser Medikationsfehler, die auch zu Spitaleintritten führen können. Dies wird durch internationale Daten gestützt, die deutlich machen, dass mit der Polymedikation die Wahrscheinlichkeit für einen Spitaleintritt grösser ist. Wenn Medikamente bei einem Spitaleintritt eine Rolle spielen, dann muss man genau hinschauen und auch prüfen, ob eine unangemessene Polymedikation vorliegt. Zu diesem Zweck schaue ich gerne auf potenziell inadäquate Medikamente. Wir sprechen hier von PIM.

Welche Medikamentengruppen gehören zu diesen PIM?

Bei den PIM handelt es sich um Wirkstoffe, deren Verordnung etwa bei älteren Menschen ein erhöhtes Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen hat, etwa Stürze oder Verwirrtheitszustände. Dazu zählen unter anderem diverse starke Schmerzmittel, auch bestimmte Schlaf- und Beruhigungsmittel. Zu Letzteren gehören die Benzodiazepine, die in der Geriatrie wahrscheinlich immer noch zu oft zur Anwendung kommen. Neben der Sturzgefahr können diese mittel- bis langfristig auch schlechte Auswirkungen auf die Kognition haben. Weiter gehören zu den PIM etwa verschiedene Psychopharmaka und Antidepressiva, Magensäureblocker sowie diverse Herz-Kreislauf-Medikamente. Es ist allerdings wichtig, dass diese eben «potenziell» ungeeignet sind – das heisst, es braucht eine Auseinandersetzung mit der Wahl, was ein guter Aufhänger ist für eine interprofessionelle Diskussion darüber unter Einbezug der Bewohnendenpräferenzen.

Wie sollte man mit solchen PIM umgehen?

Es geht nicht darum, solche Medikamente einfach abzusetzen, man sollte aber bei Medikamenten, die auf der PIM-Liste stehen, genau hinschauen, eine Nutzen-Risiko-Analyse vornehmen, die Dosis vielleicht reduzieren oder diese nur für eine kurze Zeit verordnen. Weil man eine solche Überprüfung aufgrund der Ressourcen nicht bei allen Bewohnenden machen kann, gilt es das Augenmerk vor allem auf risikoreiche Situationen wie Versorgungsübergänge zu legen: Neueintritte in ein Heim, Spitalübertritte oder auch eine relevante physische oder psychische Zustandsveränderung. All das könnte in Verbindung stehen mit Medikamenten.

Wir haben in der Schweiz eine hohe Rate an verordneten Antipsychotika respektive Neuroleptika, die zur Beruhigung von Menschen mit Demenz eingesetzt werden. Was sagen Sie dazu?

Ich verstehe Ihre Frage. Antipsychotika respektive Neuroleptika sind sehr potente Medikamente, die gerade in der Geriatrie aber auch viele Nebenwirkungen haben können, unter anderem →

PUBLIREPORTAGE

Legionellen-Ausbruch? Was tun?

Ein Legionellen-Ausbruch ist für Spitäler und Pflegeeinrichtungen eine ernste Situation. Entscheidend ist, schnell zu handeln, Risiken zu reduzieren und die Ursache zu finden.

Duschen, Baden oder Händewaschen gehören zum Alltag. Und genau hier können sich Legionellen vermehren - insbesondere dort, wo Wasser über längere Zeit steht, etwa in selten genutzten Leitungen, Warmwasseranlagen oder Boilern.
Über feinste Wassertröpfchen, sogenannte Aerosole, können die Bakterien dann in die Atemwege gelangen. Für gesunde Menschen ist eine Infektion meist unproblematisch. Für ältere Menschen oder Personen mit geschwächtem Immunsystem kann sie jedoch eine schwere Lungenentzündung verursachen.

Legionellen festgestellt – was nun?

Bei Auffälligkeiten müssen geeignete Massnahmen eingeleitet werden, die in einem Notfallplan klar geregelt sind. Als kritisch gelten in der Regel Werte über 1000 KBE/L.
Der erste Schritt ist, Klarheit zu schaffen. Wasserproben und eine fachgerechte Untersuchung der Trinkwasserinstallation zeigen, ob tatsächlich eine Belastung vorliegt und wie hoch diese ist. Wird eine erhöhte Legionellenbelastung festgestellt, gibt es verschiedene Möglichkeiten, schnell zu reagieren.

- **Thermische Desinfektion:** Dabei wird das Warmwassersystem auf mindestens 70 °C erhitzt und anschliessend an allen Entnahmestellen mehrere Minuten mit mindestens 70 °C heissem Wasser gespült. So werden Legionellen und andere wärmeempfindliche Mikroorganismen reduziert bzw. abgetötet. Die Methode eignet sich als Sofort- oder Sanierungsmassnahme.
- **Chemische Desinfektion:** Eine weitere Möglichkeit ist die Desinfektion mit Chlordioxid. Das Mittel wird gezielt in das Trinkwassersystem eingebracht und wirkt über einen definierten Zeitraum. Besonders bei grösseren Anlagen eignet sich das Verfahren zur Grundsanierung, Biofilmentfernung und permanenten Desinfektion.
- **Legionellenfilter an der Dusche:** Eine schnelle Möglichkeit, das Risiko direkt an der Entnahmestelle zu reduzieren, sind spezielle Duschfilter. Sie halten Legionellen und andere Mikroorganismen zurück und verhindern so deren Übertragung über Aerosole. Die Ursache der Belastung wird damit allerdings nicht behoben.

Welche Massnahmen sinnvoll sind, sollte immer individuell beurteilt werden. Entscheidend ist, Legionellen schnell zu reduzieren, die Ursache der Belastung zu finden und dauerhaft zu beheben.

Mit rund 220 Technikern in der ganzen Schweiz ist BWT rasch vor Ort und unterstützt Spitäler sowie Alters- und Pflegeeinrichtungen im Ernstfall – von der Analyse und Ursachenabklärung über die Wahl der geeigneten Behandlung bis zur Umsetzung der notwendigen Massnahmen.

Prävention statt Reaktion

Das Tückische an Legionellen: Man sieht, riecht und schmeckt sie nicht. Eine belastete Wasseranlage lässt sich deshalb nicht am Wasser selbst erkennen. Umso wichtiger sind regelmässige Kontrollen und eine gut gewartete Trinkwasserinstallation.



Im Ernstfall zählt jede Massnahme – langfristig braucht es jedoch ein ganzheitliches Konzept für die Trinkwasserhygiene.

Denn eine einmalige Desinfektion löst das Problem nicht dauerhaft. Wenn die Ursachen der Belastung bestehen bleiben, können sich Legionellen erneut vermehren. Stagnierendes Wasser, Totleitungen, Verkalkungen oder Biofilme sind mögliche Ursachen, die es zu erkennen und zu beheben gilt. Dauerhaft wirksamer ist ein hygienisch einwandfreier Anlagenbetrieb mit ausreichenden Kontrollen.

Wer muss die Trinkwasserqualität sicherstellen?

Die Verantwortung liegt bei der jeweiligen Institution. Spitäler und Pflegeeinrichtungen müssen ihre Trinkwasseranlagen regelmässig kontrollieren und fachgerecht warten. Diese Aufgabe kann auch an spezialisierte Fachleute ausgelagert werden. BWT übernimmt auf Wunsch die regelmässige Beprobung und Analyse der Wasserqualität und unterstützt bei der Beurteilung der Anlage.

Regelmässige Kontrollen helfen, Risiken frühzeitig zu erkennen und gezielt zu handeln – bevor aus einem Problem ein Ausbruch wird.

BWT unterstützt Spitäler sowie Alters- und Pflegeeinrichtungen im Ernstfall – von der Wasseranalyse und Ursachenabklärung über die Wahl der geeigneten Behandlung bis zur Umsetzung vor Ort. Kontaktieren Sie uns für eine erste Einschätzung.

Weitere Infos:

BWT AQUA AG
Hauptstrasse 192
4147 Aesch
Tel. +41 (0) 61 755 88 99
info@bwt-aqua.ch
www.bwt.com

ein erhöhtes Schlaganfallrisiko. Die Verabreichung von Neuroleptika müssen wir kritisch anschauen, dürfen diese aber nicht einfach schlechtreden. Wichtig ist ein multifaktorieller Blick: Es geht darum, eine Nutzen-Risiko-Abwägung vorzunehmen, und zwar unter Einbezug des ganzen Umfelds. Im häuslichen Umfeld sind das die Angehörigen, im Pflegeheim gehören die anderen Bewohnenden dazu, auch die Möglichkeiten des Fachpersonals. Eine Medikation kann manchmal Druck aus dem System nehmen. Wie bei anderen Medikamenten soll auch bei Neuroleptika regelmässig reevaluiert werden, ob der Nutzen noch gegeben ist und die Therapieziele erreicht werden.

Kann respektive sollte die Polymedikationsrate in der Schweiz gesenkt werden?

Aufgrund der internationalen Daten und auch meiner eigenen Projekte glaube ich, dass in der Schweiz ein Optimierungspotenzial besteht. Ich habe keinen fixen Zielwert vor Augen. Vielmehr geht es darum, in jeder einzelnen Institution Bewohner-spezifisch zu prüfen, ob eine sinnvolle Reduktion möglich ist. Dafür braucht es aber ein Bewusstsein zur Verbesserung und auch den Willen, interprofessionell zu arbeiten.

Wie beurteilen Sie dieses Bewusstsein?

Ich bin überzeugt, dass das Bewusstsein zunimmt. Ausserdem werden national verschiedene Projekte gefördert. So gibt es, wie bereits erwähnt, das grosse Projekt zur Einführung eines MQI Medikationsreview. Finanziert wird dieses durch die Eidgenössische Qualitätskommission. Hervorheben möchte ich hierzu die von den Branchenverbänden erarbeiteten Unterlagen im Rahmen des nationalen Implementierungsprogramms «Qualität der Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen», NIP-Q-Upgrade genannt. Diese machen deutlich, bei welchen Bewohnenden eine Medikationsreview angezeigt ist. Zudem wird erläutert, wer zum interprofessionellen Team gehört respektive gehören kann und welches die einzelnen Schritte einer Medikationsanalyse sind (siehe Seite 14; Anm. der Red.).

Welche Bemühungen sehen Sie aufseiten der Kantone?

In vielen Kantonen und Pflegeinstitutionen werden heute, unabhängig von bestimmten Projekten, Medikationsanalysen im Sinne eines Medikationschecks durchgeführt. Eine eigentliche Medikationsreview geht aber weiter, beinhaltet eine ausführliche Auslegeordnung und folgt einer klaren Struktur. In der Gesundheitsregion Aarau gibt es dazu diverse Projekte. In der Deutschschweiz beschränkt sich die interprofessionelle Zusammenarbeit dabei oft auf das Tandem von Arzt, Ärztin und Pflege. Die Apothekerinnen und Apotheker bleiben aussen vor. In der Romandie ist das anders.

Weshalb sind in der Romandie die Pharmazeuten Teil des interprofessionellen Teams?

In der Westschweiz besteht eine engere Beziehung zwischen den Pflegeheimen und den Apotheken als in der Deutschschweiz. In mehreren Kantonen besteht bereits seit Längerem eine pharmazeutische Betreuung von Pflegeheimen und wird auch von diesen finanziert. Auf dieser Grundlage und mit Forschungsgeldern des Bundes ist in den letzten Jahren in den Kantonen Waadt und Fribourg das Pilotprojekt Simple ID initiiert worden. Zusätzlich zu strukturiert durchgeführten Medikationsreviews tauschen sich die Berufsgruppen in Qualitätszirkeln aus (siehe Seite 16; Anm. der Red.) Als erster Deutschschweizer Kanton hat jetzt auch Bern ein Pilotprojekt gestartet, und weitere Kantone interessieren sich dafür.

Der grosse Knackpunkt dürfte die Finanzierung sein.

Neben dem Willen zur Interprofessionalität braucht es eine Entschädigung für alle beteiligten Berufsgruppen, ganz besonders für die Apothekerinnen und Apotheker. Diese dürfen gemäss den aktuellen KVG-Regeln im Unterschied zu den Ärzten keine Leistungen in Abwesenheit von Patientinnen und Patienten verrechnen. Entweder übernehmen die Kantone diese Kosten, oder der Bund leistet über die obligatorische Krankenpflegeversicherung eine Finanzierung. Ohne eine solche Finanzierung müssen die Institutionen den Prozess mit den bestehenden Ressourcen der Ärztinnen und Ärzte sowie der Pflege stemmen. Das dürfte zu Widerstand führen und erschwert die Durchführung wirksamer Medikationsreviews. Ich bin jedoch optimistisch, dass die Pilotphase den Mehrwert der interprofessionellen Medikationsreviews aufzeigen kann und dadurch Diskussionen zu konkreten Umsetzungsmöglichkeiten angestossen werden. ■

«Wie bei anderen Medikamenten soll auch bei Neuroleptika regelmässig reevaluiert werden, ob der Nutzen noch gegeben ist und die Therapieziele erreicht werden.»

Carla Meyer-Massetti

*** Carla Meyer-Massetti, PD Dr., war bis Ende September während fünf Jahren Assistenzprofessorin für Klinische Pharmazie am Inselspital. Seit 1. Oktober ist sie Forschungsgruppenleiterin am Institut für Pharmakologie der Universität Bern. Sie leitet fachlich das Konsortium zur Entwicklung des Nationalen Aktionsplans Medikationssicherheit, finanziert durch die Eidgenössische Qualitätskommission.**

Die Medikationsreview: Eine interprofessionelle, strukturierte Analyse

Im Rahmen des nationalen Implementierungsprogramms Qualität der Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen, kurz NIP-Q-Upgrade genannt, wird derzeit der medizinische Qualitätsindikator Medikationsreview eingeführt. Curaviva unterstützt die Pflegeheime in der Einführung der Medikationsreviews mit praxisorientierten Instrumenten wie Faktenblättern und praktischen Anleitungen.

Von Verena Hanselmann*

Die medikamentöse Versorgung der Pflegeheimbewohnenden sowie deren Medikationssicherheit sind für den Branchenverband Curaviva sehr wichtige Themen. Im Leitfaden «Medikamentenversorgung in Pflegeinstitutionen» (2025), den Curaviva gemeinsam mit dem Verband Pharma Suisse erarbeitet hat, werden als mögliche Risikofaktoren für die Medikationssicherheit in Pflegeheimen die Polymedikation (Einnahme von mehr als fünf Medikamenten) oder auch eine potenziell inadäquate Medikation (PIM) näher beleuchtet.

Eine Hauptursache für die Polymedikation ist, dass Menschen in hohem Alter oft mit vielen verschiedenen Krankheiten leben. Rund 85 Prozent der Bewohnenden nehmen mehr als fünf Medikamente gleichzeitig ein. Der Anteil der Bewohnenden, die dabei mehr als neun Wirkstoffe einnehmen, lag 2024 bei rund 43 Prozent. Studien weisen darauf hin, dass Pflegeheime zwar über Richtlinien zum Medikationsprozess verfügen, klar strukturierte Prozesse zu Medikationsanalysen haben sich aber – noch – nicht flächendeckend etabliert.

Mindestkriterien einer Medikationsreview

Es bestehen diverse praxiserprobte Massnahmen, die Pflegeheime in ihren Bemühungen um Medikationssicherheit unterstützen. Dazu zählen interne Schulungen des Fachpersonals oder interprofessionelle Medikationsanalysen und Qualitätszirkel, bei denen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, das Pflegeteam und beigezogene pharmazeutische Fachpersonen zusammenarbeiten

Im Rahmen des nationalen Implementierungsprogramms Qualität der Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen, kurz NIP-Q-Upgrade genannt, wird derzeit der medizinische Qualitätsindikator Medikationsreview eingeführt. Bei der Medikationsreview handelt es sich um einen klar definierten, interprofessionellen Prozess, der darauf abzielt, die medikamentöse Behandlung zu optimieren und unerwünschte Wirkungen einer Medikation zu vermeiden. Das blosse Ansehen und Quittieren der Medikamentenliste entspricht nicht den Anforderungen. Die einzuhaltenden Mindestkriterien sind:

- Kontakt aufnehmen: Organisation der Medikationsreview mit der Pflege, dem Arzt oder der Ärztin und gegebenenfalls – je nach internem Modell – auch der Apotheke.
- Daten für die Review sammeln: Diagnoseliste, Medikationsplan und andere notwendige Daten im interprofessionellen Team vorbereiten.
- Überprüfung durchführen: Medikation strukturiert im interprofessionellen Team überprüfen.

- Empfehlungen erarbeiten: Ergebnisse und Empfehlungen im Team ausarbeiten und formulieren.
- Konsens finden: Empfehlungen mit der Bewohnerin, dem Bewohner oder der vertretungsberechtigten Person besprechen.
- Review dokumentieren: Durchführung und Ergebnisse in die Bewohnerdokumentation eintragen.

Langfristig betrachtet, sollte dieser Prozess bei allen Bewohnenden durchgeführt werden. Für die Einführung empfiehlt Curaviva jedoch eine risikobasierte Priorisierung von Bewohnenden, bei denen eine vorgängige ärztliche Risikobewertung auf mögliche Medikationsrisiken (wie Polymedikation) hinweist. Dies erlaubt allen in der interprofessionellen Medikationsreview involvierten Fachpersonen den Aufbau von Erfahrungen und Kompetenzen und unterstützt eine nachhaltige Verankerung des Prozesses. Für die Bewohnenden zeigt sich der Nutzen einer interprofessionellen Medikationsreview darin, dass die medikamentöse Behandlung besser auf ihre Bedürfnisse abgestimmt ist.

Wie der Indikator gemessen wird

Der medizinische Qualitätsindikator Medikationsreview misst, bei wie vielen Bewohnenden in den letzten zwölf Monaten eine interprofessionelle Medikationsreview nach den oben aufgeführten Kriterien durchgeführt wurde. Das interprofessionelle Team muss dabei mindestens aus einer Ärztin respektive einem Arzt und einer diplomierten Pflegefachperson bestehen. Im Idealfall wird eine pharmazeutische Fachperson zum Gespräch eingeladen.

Die Daten zur Medikationsreview werden zurzeit nicht öffentlich rapportiert. Ungeachtet dieses Sachverhalts, können Heime die Daten für die interne Überwachung und Weiterentwicklung der Pflege- und Behandlungsqualität nutzen. Curaviva unterstützt die Pflegeheime in der Einführung der interprofessionellen Medikationsreview mit praxisorientierten Instrumenten wie Faktenblätter, praktische Anleitungen, Präsentationen. Die Instrumente sind frei zugänglich unter **artiset.ch/pflegequalitaet**. ■

* Verena Hanselmann ist Projektleiterin Gesundheitsökonomie von Curaviva

Anzeige

Berner Fachhochschule

richtungs weisend

Leadership-Impulse

Nehmen Sie an unseren Webinaren zum Thema wirkungsvolle Führung im Gesundheitswesen teil. Unsere Referent*innen geben spannende Einblicke in die aktuelle Führungspraxis:

Positive Leadership – gesundheitsförderliche Führung im Gesundheitswesen
Prof. Dr. Mirjam Körner, Prof. Dr. Christoph Golz
05.11.2026, 12.00–13.00 Uhr – Online

Feminist Leadership: Neue Perspektiven auf Macht und Führung
Dr. med. Johanna Ellensohn
24.11.2026, 12.00–13.00 Uhr – Online

Zwischen Unsicherheit und Aufbruch – Führung im transformierenden Wandel
Manuela Grieser
04.02.2027, 12.00–13.00 Uhr – Online

High Energy, High Impact: Menschen mit ADHS erfolgreich führen
Manuela Grieser
06.04.2027, 12.00–13.00 Uhr – Online

Fachkräftemangel oder Führungsmangel?
Philipp Juchli
01.06.2027, 12.00–13.00 Uhr – Online

▸ Gesundheit

↗ Jetzt anmelden

Wenn die Apotheken ihr Wissen einbringen

«Simple ID» ist ein bis jetzt vor allem in der Westschweiz umgesetztes Projekt, bei dem Medikationslisten von Pflegeheimbewohnenden innerhalb von interprofessionellen Teams kritisch unter die Lupe genommen werden. Neben der Ärzteschaft und den Pflegenden übernehmen Apothekerinnen und Apotheker eine zentrale Rolle. Projektleiterin Anne Niquille erläutert das Projekt – und kommentiert die Resultate.

Von Elisabeth Seifert

In der Romandie haben sich in den letzten Jahren zahlreiche Heime auf den Weg gemacht, in einem strukturierten Prozess die Medikationslisten von zehn Prozent ihrer Bewohnerinnen und Bewohner einer detaillierten Überprüfung zu unterziehen. Ziel dieser vertieften Analyse ist es, die Dosis potenziell inadäquater Medikamente (=PIM) zu reduzieren oder eine Behandlung damit sogar einzustellen. «Deprescribing» lautet dafür der englische Fachausdruck.

Die Basis dieses Prozesses bilden interprofessionelle Teams, die sich aus drei Berufsgruppen zusammensetzen, den Apothekerinnen und Apothekern, den Ärztinnen und Ärzten sowie der Pflege. Diese Teams erbringen zwei zentrale Dienstleistungen: Auf der Ebene der Institution kommen Mitglieder dieser Berufsgruppen in einem jährlich durchgeführten Qualitätszirkel zusammen. Und auf der Ebene des einzelnen Bewohners respektive der Bewohnerin nehmen die Teams in regelmässigen Abständen individuelle Medikationsanalyse vor.

Starke Stellung der Apotheken in der Westschweiz

Entwickelt worden ist das Konzept im Rahmen von Simple ID. Der Ausdruck steht für «Sustainable implementation of high-quality Interprofessional Deprescribing services for nursing home residents in multiple cantons». Die Gesamtleitung des Projekts hat Anne Niquille. Sie ist stellvertretende Chefapothekerin von Unisanté, dem Universitätszentrum für Allgemeinmedizin und öffentliche Gesundheit in Lausanne. Seit dem Projektstart 2024 wird Simple ID durch die Behörden der Kantone Waadt, Fribourg und seit diesem Jahr – im Rahmen eines Pilotprojekts – auch vom Kanton Bern finanziert. Bis Ende September 2026 erhielt es zudem Unterstützung durch die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK), die insbesondere die begleitende Forschung sowie die Erarbeitung der Schulungs- und Informationsunterlagen auf Französisch und Deutsch finanzierte.

Mittlerweile sind es gemäss Anne Niquille etwa 110 Alters- und Pflegeheime in sieben Kantonen, die Simple ID in irgendeiner Form umsetzen. Der grosse Teil der Institutionen, die entweder die Qualitätszirkel, die Medikationsanalysen oder beides eingeführt haben, liegt in den Kantonen Waadt und Fribourg. Dies, weil bis jetzt einzig in diesen Kantonen alle Pflegeheime, die – wohlgemerkt, freiwillig – an Simple ID teilnehmen, die dadurch entstehenden Kosten vergütet bekommen.

In den übrigen Kantonen der Romandie werden die Kosten von den lokalen Akteuren oder von den Pflegeheimen selber getragen. Ein Spezialfall ist das Wallis: Die Apotheken haben hier seit vielen Jahren den Leistungsauftrag, die Pflegeheime pharmazeutisch zu betreuen, und werden für diese Aufgabe auch bezahlt. Viele Pharmazeuten nützen dabei, wie Anne Niquille beobachtet, das Informations- und Schulungsmaterial von Simple ID.

Die Kosten, die bei der Einführung in den Institutionen entstehen, ergeben sich insbesondere durch die zusätzlichen Aufgaben der drei Berufsgruppen im Rahmen der Qualitätszirkel und der Medikationsanalysen. Vergütet werden in den Kantonen Waadt und Fribourg die Aufwendungen aller Berufsgruppen, der grössere Teil entfällt dabei auf die Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, die den Hauptteil der Arbeit übernehmen sowie die Koordination des ganzen Prozesses innehaben.

Auch wenn die Apotheken im Rahmen von Simple ID vielfach eine neue Rolle erhalten, so besteht in der Westschweiz traditionell eine engere Beziehung zu den Pflegeheimen als in der Deutschschweiz. «In der Westschweiz gibt es keine Konkurrenz zwischen der Ärzteschaft und den Apotheken», sagt Anne Niquille. Die beiden Berufsgruppen zeichne ein komplementäres Berufsverständnis aus. Während in den Kantonen der Deutschschweiz auch Hausärztinnen und Hausärzte Medikamente abgeben können, werden in der Romandie die Medikamente in aller Regel über die Apotheken bezogen. Dies bringt auch mit sich, dass die Apothekendichte in der Westschweiz höher ist als in der deutschen Schweiz.

«Es ist sehr erfreulich, dass die Pflegefachpersonen die klinischen Auswirkungen praktisch aller innerhalb von vier Monaten vorgenommenen Therapieänderungen als positiv oder neutral gewertet haben.»

Anne Niquille, Projektleiterin Simple ID

Solche Unterschiede in den Strukturen bedeuten eine Herausforderung für die Umsetzung von Simple ID über die Westschweiz hinaus, ist sich Anne Niquille bewusst. Mit dem Pilotprojekt im Kanton Bern (siehe Seite 20) werde jetzt getestet, welche Anpassungen es braucht, um Simple ID in der ganzen Schweiz zum Durchbruch zu verhelfen.

Studium pharmazeutischer Fachliteratur

Über die Abgabe von Medikamenten hinaus arbeiten in der Romandie Pflegeheime und Apotheken bereits seit vielen Jahren auf verschiedenen Ebenen →

zusammen. In Fribourg ist 2002 die pharmazeutische Betreuung von Pflegeheimen sogar im Gesundheitsgesetz verankert worden. Der Kanton Waadt finanziert seit 2009 die Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen und Apotheken im Rahmen von Qualitätszirkeln. «Während vieler Jahre stand bei dieser Zusammenarbeit die für die Bewohnenden beste Medikamentenwahl im Zentrum», resümiert Anne Niquille. Man schaffte es damit aber nicht, Medikamente zu reduzieren. Das Deprescribing potenziell inadäquater Medikamente (PIM) war von 2017 bis 2020 Gegenstand eines Nationalfondsprojekts. Die daraus erzielten positiven Ergebnisse haben, so Anne Niquille, zur Konzeption von Simple ID geführt: Damit nämlich Deprescribing in möglichst vielen Heimen nachhaltig gefördert werden kann, brauche es, so Anne Niquille, Implementierungsstrategien auf verschiedenen Ebenen sowie Schulungsprogramme für Apothekerinnen und Apotheker.

Eine zentrale Rolle übernehmen die Pharmazeutinnen und Pharmazeuten innerhalb von Simple ID ein erstes Mal bei der Vorbereitung und Durchführung des jährlichen Qualitätszirkels: Auf einer speziell entwickelten, gesicherten Web-Plattform erfasst die Apothekerin beziehungsweise der Apotheker den jährlichen Medikamentenverbrauch des EMS. Sie oder er kann dabei Statistiken zu den im Betrieb verabreichten PIM visualisieren und diese mit denjenigen der Gruppe aller teilnehmenden EMS vergleichen. Mittels Sichtung der Forschungsliteratur erarbeitet der Apotheker oder die Apothekerin zuhanden der gemeinsamen Sitzung schliesslich einen Vorschlag, welche PIM priorisiert werden sollen.

«Damit Deprescribing in möglichst vielen Heimen nachhaltig gefördert werden kann, braucht es Implementierungsstrategien auf verschiedenen Ebenen sowie Schulungsprogramme für Apothekerinnen und Apotheker.»

Anne Niquille

Detaillierte Vorschläge für die Medikationsanalysen

Auf dieser Grundlage tauschen sich an der zwei Stunden dauernden interprofessionellen Qualitätszirkelsitzung der Apotheker respektive die Apothekerin mit dem für das Heim zuständigen Arzt oder der zuständigen Ärztin sowie der Pflegedienstleitung aus. An einem solchen Qualitätszirkel können auch mehrere Mitglieder pro Berufsgruppe teilnehmen. Die Gruppe entscheidet gemeinsam, welche Medikamente reduziert werden sollen und wie man bei den individuellen Medikationsanalysen vorgehen will.

Der Apotheker, die Apothekerin hält die Entscheide des Zirkels auf der Webplattform fest. Im Vorfeld der individuellen Medikationsanalysen wählt das Team die Bewohnerinnen und Bewohner nach bestimmten Kriterien aus. Der zuständige Arzt oder die Pflegefachperson holt daraufhin das Einverständnis der Patienten und der Angehörigen ein. Dann ist wieder die Seite der Apotheke gefragt: Der Apotheker oder die Apothekerin sammelt alle gesundheitsrelevanten Daten der betreffenden Bewohnenden, analysiert diese und erarbeitet individuelle Vorschläge, die von den Teams an einem Treffen während jeweils 20 Minuten diskutiert werden.

Der neue Medikationsplan wird dann mit den Patienten und ihren Angehörigen besprochen. In den darauffolgenden Wochen beobachten und befragen die Pflegenden die Bewohnenden – und nach vier Monaten zieht das Team Bilanz. Die Apothekerin, der Apotheker und die Pflege

Anzeige



dokumentieren auf der Webplattform sämtliche Massnahmen und Beobachtungen.

Die Resultate dürfen sich sehen lassen

Die Arbeit mit dem Konzept von Simple ID ist ein doch recht komplexer Prozess. Die Resultate dürfen sich aber sehen lassen. An einer Tagung von zweiter Hälfte Juni in Bern präsentierte Anne Niquille in Hinblick auf den Abschlussbericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG) zentrale Ergebnisse:

Bei den rund 520 ausgewerteten Medikationsanalysen wurden im Schnitt pro Bewohner oder Bewohnerin 2,8 Therapieänderungen über vier Monate beibehalten. Bei knapp zwei Dritteln (65 Prozent) davon handelte es sich um ein Deprescribing, also um eine Absetzung der Therapie oder eine Dosisreduktion. Die anderen Massnahmen bezogen sich auf Medikationsänderungen unterschiedlicher Art.

Sehr erfreulich ist für Anne Niquille, dass die Pflegefachpersonen die klinischen Auswirkungen praktisch aller innerhalb der vier Monate vorgenommenen Therapieänderungen als positiv oder neutral gewertet haben. Lediglich 15 von total 1139 ausgewerteten Änderungen zeigten ungünstige Auswirkungen. Zehn dieser Änderungen betrafen einen Therapieabbruch und fünf eine Dosisreduktion. Diese negativen Auswirkungen liessen sich aber gemäss Niquille leicht handhaben.

Höchste Zufriedenheit bei der Ärzteschaft

Die Arbeit mit Simple ID stösst gemäss den Auswertungen der Unisanté bei allen teilnehmenden Berufsgruppen auf Zustimmung. Auf einer Skala von 1 bis 10 liegt die Zufriedenheit bei den 60 an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte im Durchschnitt bei 8,4. «Die Ärztinnen und Ärzte profitieren von den Vorbereitungen der Apothekerinnen und Apotheker und haben so eine sehr gute Grundlage für ihre Verordnungsentscheide», begründet Anne Niquille die hohe Zufriedenheit. Auch bei den Pflegenden ist die Zufriedenheit mit einem Durchschnittswert von 8,0 hoch (51 Personen haben an der Befragung teilgenommen). Mit einer Zufriedenheit von 7,7 ist der Wert bei den ebenfalls 51 teilnehmenden Apothekerinnen und Apothekern am tiefsten, aber immer noch gut. «Die Apothekerinnen und die Apotheker müssen sich neu organisieren, was doch eine Herausforderung darstellt», so Anne Niquille.



Anne Niquille: Die stellvertretende Chefapothekerin von Unisanté in Lausanne hat die Gesamtleitung des Projekts Simple ID inne. Foto: zvg

> «Die Ärztinnen und Ärzte profitieren von den Vorbereitungen der Apothekerinnen und Apotheker und haben so eine sehr gute Grundlage für ihre Verordnungsentscheide.»
>
> Anne Niquille

Sie hebt weiter besonders hervor, dass 87 Prozent der an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie 80 Prozent der Pflegenden angeben, die im Rahmen von Simple ID gemachten Erfahrungen auf andere Bewohnende anzuwenden.

Und wie geht es jetzt weiter? Anne Niquille hofft, dass die mit Simple ID ausgewiesenen Daten dabei helfen werden, namentlich die Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker mittels einer Aufnahme in die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abzugelten. Ein entsprechender Antrag soll demnächst bei der Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) eingereicht werden. Dies würde dem Projekt neuen Schwung verleihen. ■

Der Ansatz aus der Romandie wird in Bern erprobt



Das Alterszentrum Sumiswald ist eines von mehreren Berner Pflegeheimen, das im Rahmen eines Pilotprojekts die Umsetzung von Simple ID im Kanton Bern prüft. Patrik Walther, der Geschäftsführer des Alterszentrums, erläutert seine Erwartungen. Kantonsärztin Barbara Grützmacher und Sevan Nalbandian, Geschäftsführer von Curaviva Bern, erklären, welches Potenzial sie sehen – und weshalb das Modell nicht eins zu eins aus der Romandie übernommen werden kann.

Von Elisabeth Seifert

Das Alterszentrum Sumiswald, eine gemeinnützige AG, die von sechs Emmentaler Landgemeinden getragen wird, ist eines von über 230 Alters- und Pflegeheimen im Kanton Bern. Mit 130 Bewohnerinnen und Bewohnern gehört es zu den grösseren Institutionen. Und so wie in anderen Pflegeheimen leben hier Menschen in zunehmend höherem Alter und mit immer komplexeren gesundheitlichen Problemen.

«Viele der alten Menschen haben eine fortschreitende Demenz, die oft von psychogerontologischen Krankheitsbildern begleitet wird», sagt Geschäftsführer Patrik Walther. Auch unabhängig von einer Demenz nehmen psychische Probleme bei den Bewohnenden zu. Das Alterszentrum werde deshalb durch die Psychiatrie des Spitals Emmental begleitet.

Hohe Pflegestufen und viele Medikamente

Bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit mehreren Erkrankungen sind komplexe Medikationen mit zahlreichen Medikamenten häufig. «Sumia» gehört zu den Pflegeheimen im Kanton mit einer überdurchschnittlichen Polymedikationsrate. Trotz diversen Bemühungen sei die Rate in den letzten Jahren in etwa gleich geblieben, beobachtet Walther. Dies auch deshalb, weil die durchschnittliche Pflegestufe im Verlauf der letzten sechs bis sieben Jahre «massiv» angestiegen sei, von Stufe sechs auf Stufe acht.

«Bei bis zu zwölf Diagnosen haben viele Medikamente eine gewisse Legitimität», sagt er. Dennoch bestehe ein Potenzial, Medikamente zu reduzieren, immer unter der Voraussetzung, dass die adäquate Versorgung sichergestellt sei. Um die Medikation einer Prüfung zu unterziehen, hat sich das Alterszentrum Sumiswald entschieden, als eines von bis jetzt neun Berner Pflegeheimen am Pilotprojekt Simple ID mitzumachen.

Dabei handelt es sich um ein interkantonales Projekt, das unter anderem getragen wird von der Unisanté in Lausanne sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK). Das bis jetzt vor allem in einigen Westschweizer Kantonen umgesetzte Projekt setzt auf eine strukturierte interprofessionelle Überprüfung der Medikation. Ziel ist es, die Angemessenheit der Medikation zu verbessern und, wo angezeigt, ungeeignete Medikamente zu reduzieren (Deprescribing) (siehe dazu Seite 16). Der Kanton Bern ist der erste mehrheitlich deutschsprachige Kanton, der bis Ende 2028 das Projekt in mehreren Pilotheimen implementiert und die dafür erforderliche Finanzierung zur Verfügung stellt. Für die Verankerung im Kanton zeichnet das Berner Institut für Hausarztmedizin (Biham) verantwortlich.

«Ich möchte genau analysiert haben, inwiefern die Medikamente, die wir bei uns im Alterszentrum einsetzen, auch ihre Legitimität haben», begründet Walther seine Teilnahme am Pilotprojekt. Und: «Vielleicht erhalten wir Empfehlungen, was wir an unseren Prozessen ändern können.» Als sehr wertvoll erachtet er die Zusammenarbeit mit dem Universitätsinstitut.

«Ein aufwendiger und teurer Prozess»

Der Projektstart wird im Alterszentrum erste Hälfte nächstes Jahr erfolgen. Zuvor wollen die Verantwortlichen des Zentrums, unabhängig von Simple ID und ohne dass dies vom Kanton gefordert wäre, im aktuellen Medikationsprozess einige Änderungen vornehmen. →

Eine Pflegende richtet im Medikamentenraum einer Wohngruppe des Alterszentrums Sumiswald BE die Medikamente. Foto: Sumia

Wie in vielen Kantonen der Deutschschweiz können auch in Bern Hausärztinnen und Hausärzte die von ihnen verordneten Medikamente selber abgeben. Im Kanton Bern ist eine solche Selbstdispensation nur dann gestattet, wenn die Apothekendichte tief ist, was auf Sumiswald zutrifft. Die rund zwölf Hausärztinnen und Hausärzte, welche die Bewohnenden des Alterszentrums versorgen, bringen die Medikamente ins Pflegeheim, wo sie pro Wohngruppe in einem separaten Medikamentenraum geschützt aufbewahrt werden. Gerichtet werden die Medikamente von Pflegenden im Vieraugenprinzip, manchmal ist eine Pharmaassistentin dabei.

«Das ist ein aufwendiger und teurer Prozess, der zudem auch ein relativ hohes Risiko für Polymedikation mit sich bringt», meint Patrik Walther. Gerade vor dem Hintergrund zunehmend komplexer Gesundheitssituationen und den Möglichkeiten der Digitalisierung sei dieses System nicht mehr zeitgemäss. In diesen Monaten soll deshalb im Alterszentrum die Selbstdispensation abgeschafft werden. «Künftig wollen wir alle Medikamente über die Apotheke beziehen, die auch die Verblisterung vornimmt.» Die Verblisterung ist ein automatisierter Prozess, bei dem jedes Medikament verpackt und mit den Personalien und sämtlichen Medikationshinweisen beschriftet wird.

«Aufgrund der unterschiedlichen Versorgungsmodelle wird es bei der Umsetzung von Simple ID im Kanton Bern gewisse Anpassungen brauchen.»

Barbara Grützmacher, Berner Kantonsärztin

Entlastung für Hausärztinnen und Hausärzte

Damit sei ein wichtiger Schritt in Richtung eines effizienteren und korrekteren Medikationsprozesses getan, ist Walther überzeugt. Im Rahmen von Simple ID wird die Apotheke im Alterszentrum Sumiswald künftig zusätzlich in die strukturierte interprofessionelle Medikationsüberprüfung einbezogen.

Anzeige



Derzeit ist der Apotheker oder die Apothekerin im Alterszentrum Sumiswald vor allem für das Medikamentencontrolling verantwortlich. Geprüft werden dabei etwa die Lagerung sowie der korrekte Umgang mit den Verfalldaten und die Dokumentation. Mit Simple ID wird die Pharmazeutin oder der Pharmazeut in Sumiswald zusätzlich in den strukturierten interprofessionalen Diskurs zwischen der Pflege und dem Hausarzt respektive der Hausärztin einbezogen. «Aus diesem Grund beteiligen wir uns am Projekt», unterstreicht Walther.

Zurzeit nehmen die Pflege und der zuständige Hausarzt oder die Hausärztin alle sechs bis acht Wochen eine Überprüfung der Medikation vor. Die Apotheke wird künftig bei einem Teil der Bewohnenden die Medikationsliste genau analysieren und die Resultate mit der Ärztin, dem Arzt sowie der Pflege besprechen. «Die Ärzteschaft macht einen guten Job», unterstreicht Walther, «aufgrund ihrer hohen Belastung können sie aber die komplexe Medikation mit all den möglichen Neben- und Wechselwirkungen nicht immer vollständig im Kopf haben.» Er spricht zudem das Schnittstellenproblem bei der Rückkehr aus dem Spital an. Die bestehenden Medikationslisten dürften da nicht immer genügend angepasst werden. «Ich bin überzeugt, dass wir mit Simple ID einen grossen Schritt vorwärts machen und damit gerade auch die Hausärztinnen und Hausärzte entlasten.»

Durchführbarkeit im Kanton Bern klären

In diesen Wochen starten im Kanton Bern die ersten Pilotheime mit dem Projekt Simple ID. Die Einführung des neuen Ansatzes in Bern geht auf ein im Jahr 2024 vom Grossen Rat angenommenes Postulat zurück. «Stopp mit den Medikamenten-Cocktails in Altersheimen», lautet der provokative Titel des Vorstosses. Das Anliegen, unnötige Polymedikation zu reduzieren, wurde auch von der Gesundheitsdirektion aufgenommen. Als möglicher Ansatz rückte dabei das in der Romandie bereits erprobte Projekt Simple ID in den Fokus.

Um die Durchführbarkeit und auch die Auswirkungen der interprofessionellen Massnahmen im Kanton Bern zu evaluieren und eventuelle Anpassungen vorzunehmen, findet von 2026 bis 2028 eine Pilotphase statt. Der auf Simple ID bezogene relevante Unterschied zwischen der Romandie und der Deutschschweiz besteht in der Rolle der Apotheke. Anders als in der Deutschschweiz müssen in den Westschweizer Kantonen die vom Arzt oder der Ärztin verordneten Medikamente über die Apotheke bezogen werden. Damit stehen diese traditionell in einer engeren Verbindung zu den Heimen, die mit Simple ID weiter ausgebaut wird.

«Aufgrund der unterschiedlichen Versorgungsmodelle wird es bei der Umsetzung von Simple ID im Kanton Bern gewisse Anpassungen brauchen», hält Barbara Grützmacher fest. «Dabei gehe es insbesondere darum, die bestehenden Formen der Zusammenarbeit zwischen Heimen, Ärzteschaft und Apotheken angemessen zu berücksichtigen.»

Alle Akteure an einem Tisch

Die Förderung des interprofessionellen Austausches ist für sie gerade bei Patientinnen und Patienten, die viele Medikamente einnehmen, von grosser Bedeutung. «Bei diesem Prozess geht es darum, zu prüfen, ob die Medikation weiterhin angemessen ist, ob relevante Wechsel- oder Nebenwirkungen bestehen, die Dosierung stimmt und die Behandlung noch den individuellen Therapiezielen entspricht.»

Der Geschäftsführer von Curaviva Bern, Sevan Nalbandian, unterstreicht, dass es in den Pflegeheimen bereits heute interprofessionelle Besprechungen gibt. Bei Simple ID aber handelt es sich um einen umfassenden und klar strukturierten Prozess. «Weil die Seniorinnen und Senioren immer später und mit entsprechend vielen Krankheiten ins Pflegeheim eintreten, erfordert die Medikationsüberprüfung besondere Anstrengungen.»

Einen Mehrwert sieht Grützmacher insbesondere darin, dass der Austausch zwischen Pflege, Ärzteschaft und Pharmazie im Rahmen der Medikationsreview systematisch und strukturiert erfolgt. Gefördert werde der interprofessionelle Austausch auch durch die jährlich stattfindenden Qualitätszirkel. «Wenn man sich einmal im Rahmen eines solchen Zirkels getroffenen hat, nimmt man viel leichter das Telefon in die Hand und fragt nach.»

> **«Die Ärzteschaft macht einen guten Job, aufgrund ihrer hohen Belastung können sie aber die komplexe Medikation mit all den möglichen Neben- und Wechselwirkungen nicht immer vollständig im Kopf haben.»**
>
> **Patrik Walther, Geschäftsführer des Alterszentrums Sumiswald BE**

Wie in einzelnen Kantonen der Westschweiz übernimmt auch in Bern der Kanton die projektbezogenen Kosten der beteiligten Fachpersonen und der Institutionen sowie der Evaluation. Mit dem Pilotprojekt soll untersucht werden, welchen nachhaltigen Nutzen die interprofessionellen Medikationsanalysen und Qualitätszirkel für die Qualität und Sicherheit der Versorgung haben und wie sich der Ansatz in die Regelversorgung integrieren lässt. Es soll damit auch eine Grundlage für eine mögliche Finanzierung über die obligatorische Krankenpflegeversicherung geschaffen werden. ■

«Man muss nicht alles durchsetzen, was helfen könnte»

Medikamente können Jugendlichen in psychischen Krisen helfen – doch der Wille zur Einnahme ist immer auch an Fragen von Autonomie, Vertrauen und persönlichen Werten geknüpft. Im Interview erklärt Leonhard Funk, verantwortlicher Psychiater an der Modellstation Somosa in Winterthur, warum Psychopharmaka nur eines von mehreren Instrumenten sind, wie Jugendliche in Entscheide einbezogen werden und weshalb die aus fachlicher Sicht naheliegendste Lösung nicht immer die richtige für die betroffene Person sein muss.

Von Salomé Zimmermann

Welche Rolle spielen Medikamente in der Modellstation Somosa?
Medikamentöse Unterstützung kann für einige unserer Klientinnen und Klienten hilfreich oder notwendig sein. Wir setzen Medikamente gemäss fachlichen Leitlinien und in Absprache mit den Jugendlichen und deren Eltern ein. Vor einer Aufnahme führen wir Gespräche und fragen die Jugendlichen, ob sie ihre Diagnosen kennen, ob sie diese als zutreffend empfinden, ob sie Medikamente einnehmen und wie sie deren Wirkung erleben. Die Antworten darauf fallen sehr unterschiedlich aus. Zentral ist, dass man sich auf ein gemeinsames Störungsverständnis einigen kann und aus den wissenschaftlich fundierten Behandlungsoptionen diejenigen auswählt, die den Bedürfnissen der Betroffenen am ehesten entsprechen.

Wie reagieren Jugendliche, wenn Sie die Einnahme eines Medikaments empfehlen?
Manche haben sehr hohe Erwartungen an ein Medikament, andere starke Befürchtungen bezüglich Nebenwirkungen oder Abhängigkeit. Einzelne nehmen sich ganz aus der Entscheidung heraus, nach dem Motto «wenn ihr Erwachsenen» oder «ihr Fachleute» findet, ich soll das nehmen, dann mache ich das. Neben Wirkung und Nebenwirkung müssen wir immer auch beachten, wie die «Idee» einer Medikation sich auf Betroffene auswirkt. Für manche ist die alltägliche Tabletteneinnahme eine beständige Erinnerung daran, dass ihnen «etwas fehlt» und sie irgendwie nicht in Ordnung sind. Andere verschwenden nie einen Gedanken daran. Medikamente sind für uns ein Angebot, das wir je nach Situation mehr oder weniger stark empfehlen. Wenn wir eine Einnahme für sehr sinnvoll halten, sprechen wir die Empfehlung im Behandlungsverlauf wiederholt an und nehmen gleichzeitig die Bedenken auf. Es gibt Jugendliche, die es trotz enormer Belastung ohne medikamentöse Hilfe «selber schaffen» möchten, also ganz aus eigener Kraft. Umgekehrt gibt es welche, für die die Anzahl der verschriebenen Medikamente ein Mass für unsere Wahrnehmung ihrer Schwierigkeiten zu sein scheint. Dort müssen wir freundlich, aber sehr klar Grenzen setzen.

Wie klären Sie Jugendliche über Medikamente auf?

Wir präsentieren die Möglichkeiten und Empfehlungen aus fachlicher Sicht und gleichen sie mit den persönlichen Vorstellungen und Werten der Betroffenen ab. Bei Antidepressiva erklären wir beispielsweise, dass sie nicht «glücklich machen, sondern im Idealfall die Belastung reduzieren und den Antrieb steigern. Ich verwende gerne das Bild einer Person, die sich in tiefem Wasser gegen die Strömung bewegt. Das Medikament senkt gewissermassen den Wasserstand und reduziert die Anstrengung. Das Ziel bleibt aber stets, selber gut schwimmen zu lernen. Durch die medikamentöse Unterstützung kann etwas mehr Luft und Spielraum entstehen, um aus den Problemen herauszukommen. Abgesehen von Notfallsituationen ist zu starker Druck in Richtung Medikation meist kontraproduktiv. Gerade bei jungen Menschen müssen wir auch im Blick behalten, dass wir sie in Bezug auf medizinische Unterstützung vielleicht für viele Jahre prägen. Sie dürfen auf keinen Fall das Vertrauen in die Medizin und «das System» verlieren, wenn wir möchten, dass sie auch in Zukunft aktiv Hilfe aufsuchen und annehmen können.

Welche Psychopharmaka setzen Sie am häufigsten ein?

In unserem Bereich werden oft Medikamente gegen AD(H)S, Depressionen und Ängste eingesetzt. Deutlich seltener verwenden wir Neuroleptika oder Antipsychotika. Der Grundsatz lautet: So wenig wie möglich, so viel wie nötig – sowohl beim Einsatz an sich als auch bei der Dosierung.

Geben Sie auch andere Medikamente ab?

In unserem stationären Bereich setzen wir bei Bedarf die üblichen Medikamente gegen Schmerzen und Erkältungssymptome ein. Zudem verwenden wir in Krisensituationen gegebenenfalls psychiatrische Reservemedikamente, etwa bei massiven Erregungszuständen. Bei Benzodiazepinen sind wir besonders zurückhaltend, weil das Abhängigkeitspotenzial hoch ist. Falls Jugendliche zu häufig Bedarfsmedikation beziehen möchten, vereinbaren wir mitunter eine Beschränkung der für sie verfügbaren Wochenmenge. Die Klienten lernen dadurch, in Absprache mit dem Team in jeder Situation bewusst abzuwägen, ob Alternativen zur Medikation möglich wären und sie dadurch einen Teil ihres «Kontingents» für allfällige noch stärkere Beschwerden zu einem späteren Zeitpunkt aufsparen können – oder ob sie absolut überzeugt sind, dass jetzt nur noch ein Medikament helfen kann. Selbstverständlich lassen wir im Zweifelsfall niemanden unnötig leiden. Das Ziel solcher Vereinbarungen ist eine zunehmende Verbesserung der Selbstwahrnehmung und das Einüben von nichtmedikamentösen Copingstrategien.

Wann setzen Sie Psychopharmaka ein, wann bevorzugen Sie andere Ansätze?

Wir setzen Medikamente generell eher zurückhaltend ein und vor allem dann, wenn der Leidensdruck gross beziehungsweise der zu erwartende Nutzen im Vergleich zu möglichen Nebenwirkungen hoch ist. Und auch dann nur als Ergänzung zu anderen Behandlungsformen. Dabei orientieren wir uns an den fachlichen Leitlinien, wonach etwa Antidepressiva in der Regel erst bei einer mittelgradigen Depression, nicht bei einer leichten Ausprägung, empfohlen werden. Allgemein gilt: Bei starker Symptomatik mit erheblichem Leidensdruck empfehlen wir Medikamente früher und nötigenfalls etwas klarer. Je stärker die Sicherheit im Sinne von Gesundheit und Entwicklung gefährdet ist, desto nachdrücklicher vertreten wir unsere fachlichen Empfehlungen, in unserem Nicht-Akutsetting aber niemals mit massivem Druck oder Zwang. Viele Jugendliche sind froh um eine klare Haltung von uns, damit sie sich eine eigene Meinung bilden können. Die muss dann nicht primär unseren Ideen entsprechen.

Können Sie uns ein konkretes Beispiel aus der Praxis schildern?

Wir behandelten zum Beispiel unlängst einen Jugendlichen mit stark ausgeprägtem ADHS. Er war in vielen Bereichen sehr fähig, aber gleichzeitig sehr impulsiv und traf deshalb häufig vorschnelle Entscheidungen. Das machte viele Aufgaben in der Tagesstruktur, denen er an sich locker gewachsen war, für ihn sehr schwierig. Wir empfahlen ihm ein Medikament, weil die Wahrscheinlichkeit hoch war, dass es seine Chancen für den erfolgreichen Abschluss einer Ausbildung drastisch erhöhen würde. Der Jugendliche lehnte jedoch Medikamente strikt ab. Für ihn war dieser Verzicht wichtiger als die Aussicht auf bessere Ausbildungschancen. Wenn ein junger Mensch urteilsfähig ist und alle Chancen und Risiken versteht und für sich eine Entscheidung trifft, dann müssen wir →

> **«Durch die medikamentöse Unterstützung kann etwas mehr Luft und Spielraum entstehen, um aus den Problemen herauszukommen.»**
>
> **Leonhard Funk, verantwortlicher Psychiater der Modellstation Somosa**



Leonhard Funk von der Modellstation Somosa: «Sie dürfen auf keinen Fall das Vertrauen in die Medizin und ‹das System› verlieren, wenn wir möchten, dass sie auch in Zukunft aktiv Hilfe aufsuchen und annehmen können.»

Foto: Modellstation Somosa

sie akzeptieren – auch wenn wir sie manchmal persönlich durchaus bedauern. Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass manche Themen in einem bestimmten Entwicklungsalter anders gewichtet werden als vielleicht später. Das ist für Jugendliche oft kaum nachvollziehbar. Ein ethisch brisantes Beispiel ist hier etwa die Frage nach einem allfälligen späteren Kinderwunsch bei Hormontherapien.

Was passiert, wenn sich die Fachpersonen nicht einig sind?

Dann diskutieren wir noch genauer über die Symptome, die Diagnosen und vor allem das Behandlungsziel. Manche jungen Menschen haben mehrere Diagnosen gleichzeitig oder Störungsbilder, die nicht ganz eindeutig zuzuordnen sind. Dann muss man beispielsweise entscheiden: Geht es vor allem darum, dass jemand zur Ruhe kommt, oder soll der Antrieb gesteigert werden? Auch die körperliche Konstitution spielt eine Rolle. Wenn jemand bereits mit Übergewicht kämpft, kann eine mögliche Gewichtszunahme besonders problematisch sein. Bei einer sehr schlanken Person wäre ein stark appetithemmendes Medikament wiederum ungünstig. Auch diese Fragen gehören zum sogenannten Shared Decision Making.

Was verstehen Sie darunter?

Shared Decision Making bedeutet, dass wir eine medizinische Entscheidung nicht allein aufgrund der fachlichen Wirksamkeit treffen. Wir beziehen die Ansichten und Präferenzen der betroffenen Person ein. Ausserdem beachten wir Rahmenbedingungen, wie die Umsetzbarkeit im Alltag. Muss ein ADHS-Medikament beispielsweise zweimal täglich eingenommen werden, kann die zweite Dosis schnell vergessen gehen. Dann ist ein langwirksames Präparat vorzuziehen. Besonders anspruchsvoll wird es, wenn ein Medikament zwar gegen die Zielsymptomatik hilft, die betroffene Person aber andere Aspekte in ihrem Leben höher gewichtet, die durch die Medikation beeinträchtigt werden. Bei Neuroleptika kann es beispielsweise vorkommen, dass jemand zwar psychisch stabiler ist, sich gleichzeitig aber emotional eingeschränkt oder teilnahmslos fühlt. Verständlicherweise möchte diese Person ihre Gefühle wieder intensiver wahrnehmen. Gleichzeitig wäre ein neuer psychotischer Schub fatal für die längerfristige Gesundheit. Dann müssen wir gemeinsam abwägen. Ähnlich anspruchsvoll kann ein dringender Absetzwunsch nach längerer Stabilität bei Schizophrenie sein. Das Risiko eines möglichen Rückfalls ist im Einzelfall schwer abzuschätzen. Und wenn die Erkrankung dann doch wieder aufflammt, erkennen die Betroffenen die Symptome nicht immer gleich als solche und lehnen eine erneute Medikation ab. Für uns als Ärztinnen und Ärzte steht häufig die Sicherheit stärker im Vordergrund, während die betroffene Person verständlicherweise Autonomie und Lebensqualität höher gewichtet als potenzielle Risiken. Wenn ich selber in der Patientenrolle wegen eines Gesundheitsproblems einen Kollegen aufsuche, bin ich da nicht anders.

Gibt es Erkrankungen, welche die Einsicht in die eigene Krankheit erschweren?
Das kommt vor, wir alle kennen solche Beispiele. Mitunter ist der sogenannte Leidensdruck beim Umfeld grösser, etwa in der Familie oder in der Schule. Kinder und Jugendliche werden dann durch Bezugspersonen zugewiesen. Bei Erwachsenen kommt es meist erst nach sekundären Beeinträchtigungen zu einem Behandlungswunsch. Beispielsweise können Schwierigkeiten mit der Emotionsregulation Suchtmittelgebrauch begünstigen. Aber erst der Verlust des Arbeitsplatzes und eine damit einhergehende Depression würden die Person veranlassen, Hilfe aufzusuchen.

Bei Kindern und Jugendlichen arbeiten wir besonders intensiv mit den Bezugspersonen. Psychosoziale Wechselwirkungen müssen beim Störungsverständnis unbedingt berücksichtigt werden. Wir sind keine Reparaturwerkstätte für «defekte» Einzelpersonen, sondern wir wollen alle beteiligten Individuen dabei unterstützen, mit ihrem Umfeld konstruktiv zu interagieren, damit gemeinsame Veränderung und Entwicklung wieder möglich wird. So rückt auch die stets präsente, aber selten angesprochene Frage « Wer ist schuld?» aus dem Fokus, und wir können lösungsorientiert arbeiten.

In der Psychiatrie gibt es unterschiedliche Haltungen zur Bedeutung von Medikamenten. Wo verorten Sie sich?
Es gibt stärker biologisch orientierte Ansätze, die Störungen von Neurotransmittern als grundlegendes Modell annehmen. Für mich persönlich greift das zu kurz. Das Nervensystem ist derart komplex, dass wir erst einen Bruchteil davon verstehen, und es gibt unzählige Schnittstellen mit Hormonen und dem Immunsystem. Es ist essenziell, die Wirkweise der einzelnen Medikamente zu kennen, um sie korrekt anzuwenden. Gleichzeitig sind sie aus meiner Sicht immer nur ein Teil einer umfassenden Behandlung.

Shared Decision Making bedeutet, dass wir eine medizinische Entscheidung nicht allein aufgrund der fachlichen Wirksamkeit treffen. Wir beziehen die Ansichten und Präferenzen der betroffenen Person ein.

Leonhard Funk

Welches Wissen über Medikamente brauchen die Mitarbeitenden?
In der stationären Jugendpsychiatrie sind die Vorgaben streng. Bei uns überwacht eine Spitalapothekerin regelmässig die Prozesse. Lagerung und Abgabe sind im Qualitätsmanagement genau geregelt. Medikamente werden nach dem 4-Augen-Prinzip gerichtet, kontrolliert und erst danach abgegeben. Zudem gibt es ein Meldesystem für kritische Ereignisse. Wir arbeiten in allen Bereichen eng mit der Sozialpädagogik zusammen, die Medikamentenabgabe bleibt jedoch medizinische Verantwortung. Eine Pflegeverantwortliche fungiert bei uns als Schnittstelle zur Spitalapothekerin und ist auf den Wohngruppen Ansprechperson für Fragen rund um Medikamente und Abläufe. Gewisse Reservemedikamente, etwa gegen Erkältung oder Kopfschmerzen, können bei Bedarf auf den Wohngruppen direkt abgegeben werden.

Welche Besonderheiten gibt es bei Psychopharmaka in der Kinder- und Jugendpsychiatrie?
Ein wichtiges Thema ist der sogenannte Off-Label-Use. Viele Medikamente, die wir regelmässig einsetzen, sind in der Schweiz zwar zugelassen, aber nicht explizit für die jeweilige Indikation, Altersgruppe oder Dosierung im Kindes- und Jugendalter. Das bedeutet nicht, dass wir experimentell behandeln. Wir setzen Substanzen ein, für die es in der jeweiligen Situation eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung, klinische Evidenz und Erfahrung gibt. Häufig wurde eine pädiatrische Zulassung schlicht nie beantragt, insbesondere auch bei älteren oder günstigen Generika. Diese Umstände sind gegenüber Jugendlichen und Eltern nicht immer einfach zu erklären.

Derzeit wird viel zu Psychedelika geforscht. Sind sie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bereits ein Thema?
Das ist ein sehr spannendes Feld, das wir noch genauer verstehen müssen, bevor wir eine Anwendung im Kinder- und Jugendbereich prüfen können. Für die reguläre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung spielen Psychedelika derzeit noch keine Rolle.

Was möchten Sie den Leserinnen und Lesern zum Thema Psychopharmaka bei Jugendlichen mitgeben?
Psychopharmaka können für Jugendliche in einer psychischen Krise sehr hilfreich sein, um Belastung zu reduzieren und Entwicklung wieder möglich zu machen. Sie ersetzen aber weder verlässliche Beziehungen noch ein tragfähiges soziales Umfeld.

Eine gute Behandlung bedeutet nicht, dass Jugendliche alles akzeptieren müssten, was aus fachlicher Sicht sinnvoll wäre. Sie bedeutet, dass Fachpersonen ihre Empfehlungen klar vertreten, gleichzeitig aber zuhören, Bedenken ernst nehmen und Entscheidungen gemeinsam mit den Jugendlichen und ihren Familien treffen. ■

kurz & knapp

Kinder & Jugendliche: Kinderschutz Schweiz hat die letzte Phase seiner Präventionskampagne gegen Cyber-Sexualdelikte an Kindern und Jugendlichen gestartet – mit einem Kurzfilm im Pixel-Look der 80er und 90er Jahre. **Behinderung I:** Fünf Kantone vermitteln Politinformationen in Leichter Sprache, dazu gehören die Kantone Zürich, Basel-Stadt, St. Gallen, Thurgau und Schaffhausen. **Behinderung II:** Ständerat Josef Dittli weist auf die ungleiche Behandlung von Menschen mit Schwerhörigkeit im AHV-Alter hin, kritisiert die fehlende Preistransparenz bei Hörgeräten und fordert einen runden Tisch mit allen Beteiligten. **Alter I:** Retina Suisse lancierte eine neue Kampagne zur Früherkennung der Altersbedingten Makuladegeneration (AMD), welche die häufigste Ursache für einen Sehverlust im Alter ist. **Alter II:** Hausärzte, Spitex, Spital, Sozialbereich: Ein «Gesundheitswegweiser» betreut Patienten in der Stadt Luzern neu mithilfe einer Koordinationsstelle über Berufs- und Institutionsgrenzen hinweg.

Grenzverletzungen

Der aktualisierte und erweiterte Leitfaden von Artiset zum Umgang mit Macht und Grenzverletzungen unterstützt Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf dabei, Risiken frühzeitig zu erkennen, Gewalt vorzubeugen und den Schutz von Betroffenen zu stärken. Wichtige Inhalte des Leitfadens sind die drei Kernbereiche von Prävention (Vorsorge), Intervention (Handeln im Ernstfall) und Nachsorge (Aufarbeitung und Betreuung). Der Leitfaden hilft Organisationen dabei, ein eigenes, massgeschneidertes institutionelles Konzept zur Vermeidung und Bewältigung von Machtmissbrauch und Gewalt aufzubauen. Er enthält Praxishilfen wie Vorlagen, Leitfragen und Orientierungshilfen für die Gestaltung alltäglicher Risikosituationen sowie für ein klares Beschwerdemanagement.

Verfahrensrecht im Kinderschutz

Das Verfahrensrecht spielt im Kindes- und Erwachsenenschutz eine elementare Rolle. Eine rechtlich und fachlich richtige Verfahrensführung bildet die Grundlage für angemessene Entscheide und für deren Akzeptanz durch die Betroffenen. Das neue Handbuch bietet eine systematische Darstellung des Verfahrens vor der KESB – von der Einleitung über die Durchführung bis zu dessen Abschluss. Dabei werden die zentralen und für die Praxis relevanten Fragen der Verfahrensinstruktion herausgearbeitet, diskutiert und beantwortet. Ergänzend werden die Rechtsnormen und die Praxis am Beispiel des Kantons Bern aufgezeigt. Das Praxishandbuch richtet sich an Fachpersonen des Rechts, der Sozialen Arbeit, Psychologie und Pädagogik.



Schwander, Verena; Domenig, Claudio; Husistein, Roger: Das Verfahren vor der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde. Ein Praxishandbuch am Beispiel des Kantons Bern. Ersterscheinung 2026. 568 Seiten.

Obsan-Bericht

Der neue Obsan-Bericht «Das Personal der Pflegeheime» zeigt: Zwischen den Kantonen bestehen deutliche Unterschiede bei Personalausstattung, Qualifikationen und Berufsgruppen. Entscheidend ist dabei nicht allein die Zahl der Mitarbeitenden. Für eine bedarfsgerechte Versorgung müssen Personalausstattung, Grade- und Skill-Mix sowie die Aufgabenteilung zwischen den Berufsgruppen zusammengedacht werden. Zum Personal gehören dabei nicht nur qualifizierte Pflegekräfte und Pflegehilfspersonal, sondern auch Fachpersonen aus Gesundheit und Sozialwesen sowie Mitarbeitende in Verwaltung, Hauswirtschaft und technischen Diensten. Bereits bei der eigentlichen Personalausstattung zeigen sich beträchtliche kantonale Unterschiede – selbst wenn der unterschiedliche Pflegebedarf der Bewohnenden über die geleisteten Pflegeminuten berücksichtigt wird. Gleichzeitig macht Obsan deutlich, dass sich daraus nicht ableiten lässt, welcher Personalbestand «richtig» oder ausreichend ist. Einen schweizweit empfohlenen Richtwert für die Personalausstattung gibt es deshalb derzeit nicht. Der Bericht liefert jedoch eine wichtige Grundlage für die Diskussion über eine bedarfsgerechte Personalausstattung.



Kinder und Demenzbetroffene

Kinder der KiTa LUUSZAPFE verbringen ihren Alltag gemeinsam mit den demenzbetroffenen Bewohnenden in der Wohngruppe des Emmenfeld Betagtenzentrums der Betagtenzentren Emmen AG (BZE AG). Ein einzigartiges Modell in der Schweiz, das intergenerationelle Betreuung zukunftsfähig macht und das seit September 2024 läuft. Was als Pilotprojekt begann, ist heute fester Bestandteil des Alltags: Die Kinder der Gruppe «Spielmüüs» (Kinder im Alter zwischen drei und fünf) verbringen täglich einen grossen Teil der Betreuungszeit in der Wohngruppe. Begegnungen und Aktivitäten wie das gemeinsame Singen am Vormittag gehören da selbstverständlich dazu.

KI in Sozialer Arbeit

Eine Befragung der Berner Fachhochschule bei Mitarbeitenden in Sozial-Organisationen zur Verwendung der KI zeigt: In der Praxis der Sozialen Arbeit wird generative künstliche Intelligenz häufig eingesetzt. Die 282 Befragten schätzen, dass KI heute bereits rund 25 Prozent ihrer Arbeit unterstützt oder übernimmt. Das wahrgenommene Potenzial liegt bei 40 Prozent – ein erheblicher Anteil, aber deutlich weniger als in anderen Bereichen wie der IT, für die teilweise über 90 Prozent geschätzt werden. Heute wird KI unter anderem im Bereich «Information, Analyse, Weiterbildung» häufig genutzt. Besonders viel ungenutztes Potenzial besteht bei «Administration, Organisation, Steuerung». Die direkte Arbeit mit Klienten bleibt hingegen bisher weitgehend unberührt; auch das Potenzial schätzen die Befragten hier als gering ein. Die Antworten zeigen zudem ein Bewusstsein für Datenschutz: Rund ein Drittel berichtet von hohem oder sehr hohem Weiterbildungsbedarf – insbesondere zu praktischen Anwendungen sowie Datenschutz und Vertraulichkeit.



Wie man beim Socialstore Award gewinnt

Die Juroren Reto Frei (links) und Stephan Bolliger verkosten mit viel Know-how und Leidenschaft die in der Kategorie «Food, Genuss & Spezialitäten» eingegangenen Produkte aus den Integrationsbetrieben der Schweiz.

Foto: Céline Meyer

Einmal im Jahr treffen sich zwölf Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen, um Produkte aus Integrationsbetrieben hinter geschlossenen Türen zu begutachten, zu bewerten, zu küren. Es sind die Juroren des Socialstore Award. Dieses Jahr schauen wir hinter die Türen und erfahren, was ein Produkt zum Gewinner macht.

Von Jenny Nerlich

Es ist immer ein Dienstag im frühen Herbst, an dem sich die Jury des Socialstore Award trifft, und seit ein paar Jahren stets in der Welle 7 in Bern. Man kommt am Morgen zu Kaffee und Gipfeli zusammen, lernt sich kennen, trifft alte Bekannte, tauscht sich aus. Dann geht es an die Arbeit. Pro Kategorie ein Expertenteam und ein Raum. Ihre Aufgabe besteht darin, drei Siegerprojekte in jeder Kategorie auszuwählen. Bis 1. September konnten soziale Institutionen Dienstleistungen oder Eigenprodukte in insgesamt vier Kategorien einreichen. Die Preisverleihung erfolgt Anfang November.

Kategorien gab es in den sieben Jahren des Socialstore Award viele: Küche, Deko, Spiele, Mode, Firmengeschenke, Mitwirkung, Kooperationen … Manche waren so vielversprechend, dass sie mehrfach ein Revival erlebten, wie die Kategorien «Food, Genuss & Spezialitäten» und «Dienstleistungen» – so auch dieses Jahr. Frisch dazu gekommen sind «Neuheiten» und «Kunst».

Bestimmt wissen Sie das als treuer Beobachter oder Teilnehmerin des Socialstore Award bereits. Aber was Sie vielleicht noch nicht wissen, aber gerne wissen möchten, ist: Wie überzeugen Sie die Juroren? Und wie gewinnen Sie einen Socialstore Award?

Finden wir es heraus und spazieren von Raum zu Raum, von Jury zu Jury.

Raum 1: Der Genuss

Wir beginnen unseren Rundgang in der Selbstvergessenheit. Denn das sei es, was Genuss ausmacht, findet Stephan Bolliger, Lebensmittelingenieur, Gründer von Cuckoo ice cream und einer der Juroren in der Kategorie «Food, Genuss & Spezialitäten». «Wenn ein Produkt über die Gesamtheit des Genusses Freude bereitet und kaum schlechte Erinnerungen hinterlässt, dann ist es schmackhaft.» Wenn Form, Farbe, Textur und Abwechslung stimmen, wenn auch die Verpackung ansprechend ist, dann ist der Genuss perfekt. Allerdings ist Genuss auch eine sehr individuelle Sache. Deswegen dürfen sich die Juroren bei der Degustation der eingereichten Produkte nicht nur von ihrem Geschmack leiten lassen, sie müssen umfassender denken und bewerten.

Doch zuerst wird sich durchgekostet: Sirup, Gebäck, Dressing, Honig, Suppe und Pasta. Für die Degustation nehmen sich die beiden Juroren Zeit, tauchen ein, lassen sich treiben, erleben mit allen Sinnen. «Für uns ist wichtig, welches Produkt in Erinnerung bleibt, ob besonders gut oder nicht», erklärt Reto Frei, Gründer der Restaurantkette tibits. Und noch etwas ist für ihn beim Degustieren wichtig: die Qualität der Zutaten. «Bei allen eingereichten Produkten wurde sehr auf die Qualität der Zutaten geachtet», lobt er. «Das ist viel wert. Genussvolle Produkte sind nicht nur gut im Geschmack, sondern mit echten und ehrlichen Rohstoffen hergestellt.»

Dabei gilt: Weniger ist mehr. Zu viele Zutaten können ein Produkt schwächen. Aber mit nur wenigen Zutaten ein hervorragendes Produkt zu kreieren, ist eine Herausforderung. Noch etwas ist herausfordernd: Die Balance zwischen dem Besonderen und dem Bekannten zu finden. «Ein Produkt soll speziell sein, aber gleichzeitig soll es auch der Mehrheit schmecken», erklärt Reto Frei. «Je spezieller ein Produkt, desto höher ist der Erklärungsbedarf bei den Kunden; je einfacher ein Produkt, desto austauschbarer ist es mit anderen Produkten.» Aber wer auf Qualität, ausgewählte Zutaten, gute Verarbeitung, einen fairen Preis und eine Portion Neuheit setzt, kann die Gaumen der Kunden überzeugen. →

Raum 2: Alles, was neu ist

Im Raum der Neuheiten gibt es viel zu entdecken: Keramikgeschirr, bunte Stofftaschen, Glasbehälter, eine Take-away-Partybox, Lampen, Spiele … alles sorgsam auf den langen Tischen ausgestellt. Davor die drei Herren der Jury: grübelnd, diskutierend, ausprobierend. Bei so einer Vielzahl an Neuheiten muss man systematisch vorgehen – heisst: Der erste Eindruck zählt. Zuerst verteilt jeder Farbkarten: grün top, rot flopp. Aus den Grünen werden die Favoriten gewählt und detailliert besprochen. Was macht das Produkt besonders? Überzeugen Design, Gebrauch und Qualität? Und vor allem: Was ist neu an der Neuheit?

Für Produktdesigner Georg Fontana muss ein Produkt nicht vollständig neu sein, damit es überzeugt. «Überzeugend kann auch eine eigenständige Weiterentwicklung sein, wenn Preis, Qualität und Gestaltung stimmen.» Das Produkt muss einen Mehrwert und Nutzen für den Kunden haben oder es muss gefallen.

Für die Vermarktung von Produkten aus Integrationsbetrieben gelten dieselben Mechanismen wie für alle anderen Produkte. Und auch das Risiko ist dasselbe. «Ehrlich gesagt: Niemand kann mit Sicherheit sagen, welches Produkt am Markt funktionieren wird», erklärt Stefan Egli, Gründer des Swiss Design Markets. Selbstverständlich konzipiert man sein Produkt anhand einer Marktanalyse. «Aber ob der Markt das Produkt letztlich annimmt, bleibt ungewiss.» Aber einen Tipp hat Stefan Egli doch noch: «Ich würde Integrationsbetrieben empfehlen, mehr mit Produktdesignern zusammenzuarbeiten. Viele der eingereichten Produkte waren gut, aber es fehlte der Blick des Designers. Dann könnten sie es vielleicht schaffen, sich besser auf dem Markt zu behaupten.»

Raum 3: Im Dienst der Kunden

Nach hübsch verpackten Köstlichkeiten und farb- und formprächtigen Neuheiten sieht es bei den Dienstleistungen sehr übersichtlich aus. Eine Dienstleistung kann man eben nicht in Hand oder Mund nehmen. Man muss sie anhand ihres Beschriebs beurteilen. Also beugen sich die drei Juroren über Dienstleistungstexte und schauen Werbevideos von Handwerksbetrieben, Beratungen, Wäschereien, Designbüros.

Anzeige



Dabei ist ein Bewertungskriterium besonders wichtig: die Sichtbarkeit der Inklusion. «Die Wertschöpfung soll durch Menschen mit Beeinträchtigungen erbracht werden und nicht für sie», erklärt Simon Steiger, Marktleiter bei Funk. Und wenn die Mitarbeitenden dann noch sichtbar in der Wertschöpfungskette stehen, ist für ihn eine Dienstleistung auch innovativ.

Innovativ bedeutet aber auch, dass eine Dienstleistung ein reales Kundenbedürfnis aufgreift, auf gesellschaftliche Herausforderungen reagiert oder eine Lücke im Markt füllt. Dabei kommt es gar nicht auf technologische Neuheiten an, sondern auf einen zeitgemässen und funktionierenden Ansatz, findet Betriebsökonom Thomas Perren. Und auch der Preis muss stimmen. «Wer sich unter Wert verkauft, schadet sich selbst und dem lokalen Gewerbe», betont Simon Steiger.

Die Formel lautet also: Mehrwert mit innovativem Ansatz, Qualität, guter Positionierung und gerechtem Preis macht eine Dienstleistung marktfähig. Plus Sichtbarkeit! «Sehr viele eingereichte Angebote sind fachlich exzellent, kommunizieren aber kaum nach aussen. Onlinepräsenz, speziell beschriftete Fahrzeuge oder ein eigenes Label: Das bringt sowohl Aufträge als auch genau jene gesellschaftliche Sichtbarkeit, um die es beim Award letztlich geht», empfiehlt Simon Steiger.

Raum 4: KUNST!

Die wichtigste Frage zuerst: Was ist Kunst? Dazu Katja Lang: «Kunst ist eine bewusste Schöpfung, die die Welt deutet, statt sie nur abzubilden.» Eva Rekade: «Ein Kunstwerk entsteht nicht allein durch seine äussere Form. Entscheidend sind die Idee, die bewusste Gestaltung und die Wirkung auf den Betrachter, die Betrachterin.» Matthias Winkler: «Kunst ist eine eigenständige Aussage. Sie kann auch abstossend sein oder ratlos machen.» Und alle drei: «Kunst will Gefühle auslösen und zum Nachdenken anregen.»

Kunst zu bewerten ist eigentlich ein Ding der Unmöglichkeit und trotzdem eine wahnsinnig spannende Aufgabe, zu der sich die drei Kunstschaffenden am Jurytag eingefunden haben. Vor ihnen liegen dreissig Werke: Zeichnungen, Collagen, Drucke. Zuerst lassen sie diese auf sich wirken, markieren ihre Favoriten, besprechen die Werke dann gemeinsam. «Wir bewerten Kunst nicht nach reinem Gefallen, sondern nach festgelegten Kriterien», erklärt Katja Lang, Co-Leiterin des Creaviva im Zentrum Paul Klee. «Trotzdem bleibt eine solche Einschätzung immer persönlich und kann nie ganz objektiv sein», ergänzt Eva Rekade, Leiterin der Akademie Rohling.

Bei der Bewertung geht es um Technik und Ästhetik, um Irritationen und Überraschung, um kreative Kompetenzen und den Prozess der Entstehung. Letzteres bedeutet: Eigenständigkeit. Ein Werk muss aus sich selbst heraus entstanden sein. Das schliesst nicht aus, dass der oder die Kunstschaffende durch Assistenten angeleitet wurde oder ein bereits existierendes Werk neu interpretiert hat, solange die Idee zum Werk vom ihm oder ihr selbst stammt.

Die drei Juroren waren von der Ausdruckskraft und Eigenständigkeit vieler eingereichter Werke beeindruckt. Und so beschlossen sie einfach etwas nicht zu tun, was sie als Jury hätten tun müssen. Was, das wird die Preisverleihung zeigen. Eines sei von Illustrator und Künstler Matthias Winkler noch gesagt: «Jeder Mensch, der etwas zeigt, ist ein mutiger Mensch. Und wir sollten diesem Menschen sagen: ‹Mach weiter, es ist perfekt.›»

Das war der letzte Raum, die letzte Jury. Der Rundgang ist beendet. Nun wissen Sie, wie Sie Ihr Produkt oder Ihre Dienstleistung konzipieren müssen, um einen Socialstore Award zu gewinnen. Indem Sie einen echten Kundennutzen identifizieren, eine innovative Lösung finden, Ihre Mitarbeiter mit Beeinträchtigungen in den Mittelpunkt rücken, Qualität zur obersten Doktrin ernennen, einen fairen Preis definieren, sich sichtbar machen und das Design nicht vernachlässigen. Sie haben ein Jahr Zeit. Legen Sie los! ■

VERLEIHUNG DES SOCIALSTORE AWARD

Die Preisvergabe findet unter dem Patronat von Insos am 3. November im Theatersaal des «National» in Bern statt. Die Preisverleihung erfolgt diesmal im Rahmen der Jubiläumsfeier zum zehnjährigen Bestehen des Online-Shops Socialstore (in Kooperation mit Insos). In jeder Kategorie des Socialstore Award werden je ein Gold-, ein Silber- und ein Bronze-Award verliehen. Für weitere Infos siehe die Website socialstore.ch

Pflegeheime bei der psychiatrischen Versorgung unterstützen

Für jüngere und ältere Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen fehlen vielerorts geeignete stationäre Alternativen. Um diese Lücken zu schliessen, führt Curaviva gemeinsam mit dem Institut für Pflegewissenschaft der Uni Basel ein Projekt durch, das den Bedarf erhebt, kantonale Finanzierungsmechanismen vergleicht sowie Massnahmen entwickelt.

Von Reka Schweighoffer und Enrico Proietti*

Die psychologisch-psychiatrische Versorgung der Bewohnenden prägt den Alltag vieler Pflegeheime, im Schweizer Gesundheitssystem hat das Thema jedoch bislang wenig Beachtung gefunden. Pflegeheime spielen in der Versorgung psychisch erkrankter älterer Menschen längst eine zentrale Rolle. Strukturell, finanziell und personell dürfte diese Rolle aber noch nicht ausreichend abgesichert sein.

Was das im Alltag bedeutet, zeigt ein Beispiel aus dem Kanton Glarus: Ein Pflegeheimleiter geht in der Mittagspause regelmässig mit einem Bewohner joggen. Der Mann ist knapp 50 Jahre alt und damit deutlich jünger als die meisten Menschen, die in einem Pflegeheim leben. Er unterscheidet sich noch in einem weiteren Merkmal von den anderen Bewohnenden: Er lebt mit einer schweren psychischen Erkrankung. Sämtliche Versuche, selbstständig zu wohnen, sind gescheitert. Weil er sich im Heimalltag oft langweilte, stellte ihm der Heimleiter ein individuelles Tagesprogramm zusammen. Ein solches Angebot gibt es im Pflegeheim eigentlich nicht, für den Bewohner bedeutet es aber viel neu gewonnene Lebensqualität. Das Beispiel zeigt, wie viel vom Engagement einzelner Personen abhängt, wo eigentlich strukturelle Lösungen gefragt wären.

Erste Institutionen entwickeln Konzepte

Wie aus solchem Engagement eine Strategie werden kann, zeigte der Beitrag in der Septemberausgabe des Magazins Artiset am Beispiel des «Haus im Park» in Schönenwerd SO. Auch dort treten zunehmend Menschen mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen in die Langzeitpflege ein. Die Institution hat das Projekt «Bewohnende der Zukunft 2030» etabliert:

Gerontopsychiatrische Kompetenz wird nicht bei einzelnen Spezialistinnen und Spezialisten gebündelt, sondern über alle Berufsgruppen hinweg aufgebaut, mit monatlichen Fachinputs, Fallbesprechungen, der Praxisbegleitung durch eine Pflegeexpertin APN und Hospitationen in psychiatrischen Kliniken. Die Mitarbeitenden gewinnen dadurch Sicherheit im Erkennen psychischer Erkrankungen und im Umgang damit. Der Beitrag beleuchtet zudem die finanzielle Seite: Der hohe Betreuungsaufwand für psychisch erkrankte Bewohnende lässt sich im bestehenden Finanzierungssystem nur begrenzt abbilden, das Haus trägt deshalb einen Teil der Kosten selber.

Traditionell auf Geriatrie und Demenz ausgerichtet

Nicht jede Institution kann oder will diesen Weg allein gehen, und der Handlungsbedarf reicht über den einzelnen Betrieb hinaus. Er zeigt sich auf mehreren Ebenen. Psychische Erkrankungen nehmen im höheren Alter zu, insbesondere im Rahmen von Demenz. Unabhängig davon steigen auch

Depressionen und Angststörungen ab etwa 80 Jahren wieder an. Die psychologisch-psychiatrische Versorgung ist kantonal unterschiedlich geregelt und fragmentiert, die Übergänge zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung sind nicht immer gut koordiniert.

Sobald zu einer psychischen Erkrankung Pflegebedürftigkeit hinzukommt, entstehen Versorgungslücken: Psychiatrische Wohnangebote sind weniger auf somatische Pflege ausgerichtet, Pflegeheime dagegen traditionell auf Geriatrie und Demenz spezialisiert. Für jüngere und ältere Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen fehlen deshalb vielerorts geeignete stationäre Alternativen. Zudem werden psychische Erkrankungen bei Bewohnenden vermutlich zu selten erkannt und behandelt. Das betrifft besonders Depressionen und Angststörungen, die häufig mit sozialem Rückzug einhergehen.

Ein wissenschaftlich begleitetes Projekt

Um diese Lücken zu schliessen, führt Curaviva gemeinsam mit dem Institute of Nursing Science (INS) der Universität Basel das Projekt «Psychologisch-psychiatrische Versorgung in Schweizer Alters- und Pflegeheimen» durch. Die Laufzeit reicht von September 2026 bis Februar 2029, die Age-Stiftung fördert das Projekt.

Es besteht aus drei aufeinander aufbauenden Teilen. Im ersten entsteht erstmals für die Schweiz eine empirisch fundierte Einschätzung zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen und zum Behandlungsbedarf. Dafür werden Daten aus den Instrumenten RAI-NH/interRAI und PLAISIR ausgewertet und durch vierzig Interviews mit Pflegeexpertinnen oder Pflegeexperten, Institutionsleitungen sowie Heim- und Hausärztinnen und -ärzte ergänzt. Im zweiten Teil werden die kantonalen gesetzlichen Grundlagen und Finanzierungsmechanismen verglichen und Behandlungspfade modellhaft abgebildet, um Schnittstellen sichtbar zu machen. Einzelne Kantone, etwa die Waadt, haben bereits Lösungen erarbeitet, die im Projekt aufgezeigt werden sollen.

Einzelne Kantone, etwa die Waadt, haben bereits Lösungen erarbeitet, die im Projekt aufgezeigt werden sollen.

Praxisbeispiele sichtbar machen

Auf diesen Grundlagen bauen die Praxisprodukte des dritten Teils auf: Bewährte Praxisbeispiele und Good-Practice-Modelle werden gesammelt, aufbereitet und dokumentiert. Parallel dazu entsteht gemeinsam mit Fachpersonen aus Pflegewissenschaft, Psychiatrie, Medizin und Versorgungsplanung ein Massnahmenkatalog, der neue Ansätze nach Relevanz, Umsetzbarkeit und Kosten-Nutzen-Verhältnis bewertet. Sämtliche Resultate werden kostenlos auf der neuen Artiset-Website zur Verfügung gestellt und über Webinare und die Artiset-Weiterbildung in den Berufsalltag getragen. Das Ziel: die psychiatrische Versorgung in der Langzeitpflege nachhaltig zu verbessern, unnötige Spitaleinweisungen zu vermeiden und die Lebensqualität psychisch belasteter Bewohnender zu erhöhen.

Gesucht: Institutionen mit ersten Erfahrungen

Dafür ist Curaviva auf die Mitwirkung der Institutionen angewiesen, denn die besten Lösungen entstehen dort, wo sie bereits erprobt werden. Pflegeheime, die sich heute schon mit der psychischen Gesundheit ihrer Bewohnenden befassen, sei es mit spezialisierten Wohngruppen, dem Einbezug psychiatrischer Fachpersonen, Kooperationen mit Kliniken oder eigenen Konzepten, und die ihre Erfahrungen einbringen möchten, sind eingeladen, sich zu melden: reka.schweighoffer@curaviva.ch. ■

Sobald zu einer psychischen Erkrankung Pflegebedürftigkeit hinzukommt, entstehen Versorgungslücken: Psychiatrische Wohnangebote sind weniger auf somatische Pflege ausgerichtet, Pflegeheime dagegen traditionell auf Geriatrie und Demenz spezialisiert.

* Reka Schweighoffer ist wissenschaftliche Mitarbeiterin bei Curaviva; Enrico Proietti ist wissenschaftlicher Praktikant.



Ein digitaler Lerncoach unterstützt im Betreuungsalltag

Eine Betreuerin des Entlastungsdienstes (r.) begleitet eine Frau bei Arbeiten im Haushalt. Foto: ED

Wie fördern Organisationen gute Betreuung, wenn ihre Mitarbeitenden unterschiedliche Erfahrungen und Lernvoraussetzungen mitbringen? Der digitale Lerncoach Vireo verbindet eine individuelle Kompetenzeinschätzung mit persönlichen Lernpfaden und Reflexion. Entwickelt wurde er vom Entlastungsdienst Schweiz gemeinsam mit dem ETH-Start-up LLMify. Die fachliche Zusammenarbeit mit Artiset stärkt den Bezug zu den Anliegen der Branche.

Von Kim Böhlen*

Maria wohnt auf dem Land, arbeitet Teilzeit und hat zwei Kinder. Seit einigen Monaten ist sie zusätzlich als Betreuungsperson tätig. Sie bringt Lebenserfahrung mit, hat aber keine formale Ausbildung im Sozialbereich. Feste Kurszeiten lassen sich schwer mit ihrem Alltag vereinbaren. Mit «Vireo», einem digitalen Lerncoach, kann sie kurze Lerneinheiten dann bearbeiten, wenn es für sie passt.

Unterschiedliche Wege in die Betreuung

Maria ist fiktiv. Viele Betreuungspersonen bringen ähnliche Voraussetzungen mit. Ihre Fähigkeiten lassen sich nicht immer mit einem Diplom abbilden. Lebenserfahrung, Einfühlungsvermögen und Erfahrung in der Sorgearbeit können wesentlich zu guter Betreuung beitragen.

Organisationen stehen vor der Aufgabe, solche Fähigkeiten anzuerkennen und gezielt weiterzuentwickeln. «Entscheidend ist, dass wir zuerst hinschauen: Was kann eine Person bereits, und wo kann sie sich noch weiterentwickeln?», sagt Silvia Kreutz, Projektleiterin Vireo beim Entlastungsdienst Kanton Bern.

Berufliche und familiäre Verpflichtungen, Sprache oder unterschiedliche Lernerfahrungen können den Zugang zu Weiterbildung erschweren. Vireo ermöglicht zeit- und ortsunabhängiges Lernen in unterschiedlichen Sprachen. Als niederschwelliges, non-formales Lernangebot ergänzt es bestehende Aus- und Weiterbildungen.

Am Anfang der Entwicklung stand die Frage: Welche Kompetenzen braucht eine Betreuungsperson? Betreuung bedeutet mehr als Anwesenheit oder das Erledigen von Aufgaben. Entscheidend ist, wie Menschen begleitet werden.Gute Betreuung orientiert sich an der begleiteten Person, ihren Bedürfnissen und Ressourcen. Sie stärkt Schutzfaktoren und hilft Menschen, mit Belastungen besser umzugehen. Damit fördert sie soziale Einbettung und psychisches Wohlbefinden. Diese Grundhaltung gilt für ältere Menschen ebenso wie für Kinder und Menschen mit Behinderungen.Fachlich stützt sich Vireo auf die Impulspapiere der Paul Schiller Stiftung sowie auf das Kompetenzraster aus dem Projekt EmpowerAssist von Artiset/Insos. Der Entlastungsdienst bringt seine Betreuungserfahrung ein und verantwortet das Kompetenzmodell, die Praxissituationen und die Lerninhalte. Dazu gehören etwa eine professionelle Haltung und Beziehungsgestaltung, Kommunikation, Selbstreflexion und Selbstregulation sowie die Fähigkeit, ressourcen- und sozialraumorientiert zu handeln.

Der Entlastungsdienst und Artiset haben im Juli 2026 eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen. Artiset begleitet die Weiterentwicklung fachlich und ideell und bringt insbesondere die Perspektive Behinderung sowie die Anliegen ihrer Mitgliedsorganisationen ein. Gemeinsam wollen die Partner den Zugang zu Lernen erleichtern und die Verbindung zu bestehenden Bildungsangeboten stärken. Betrieb, Weiterentwicklung und Qualitätssicherung des Lerncoachs liegen beim Entlastungsdienst.

Vorhandene Kompetenzen sichtbar machen

Die Nutzung der personalisierten Variante beginnt mit einer Kompetenzanalyse. Die Betreuungsperson durchläuft fiktive Alltagssituationen und entscheidet, wie sie handeln würde. Ihre Antworten beeinflussen den weiteren Verlauf. Sie kann frei schreiben, die Spracheingabe nutzen oder aus drei vorgegebenen Möglichkeiten auswählen. So entsteht ein persönliches Kompetenzprofil. Es zeigt Stärken und möglichen Entwicklungsbedarf. Die Einschätzung orientiert sich an definierten Kriterien und wird mit einer kurzen Rückmeldung erläutert. Nach Abschluss aller Kompetenzbereiche dokumentiert ein ausdruckbares PDF diese Standortbestimmung. Es ist kein formaler Berufsabschluss und ersetzt keine fachliche Beurteilung in der Praxis. →

Fachlich stützt sich der digitale Lerncoach Vireo auf die Impulspapiere der Paul Schiller Stiftung sowie auf das Kompetenzraster aus dem Projekt EmpowerAssist von Artiset/Insos.

Auf dieser Grundlage erstellt Vireo einen individuellen Lernpfad. Kurze Theorieeinheiten vermitteln Grundlagen, die anschliessend in einem Quiz oder Rollenspiel angewendet werden. Die Lerneinheiten können auf dem Smartphone bearbeitet werden. Das Gelernte lässt sich beim nächsten Betreuungseinsatz erproben und reflektieren.

Situationen aus dem Alltag reflektieren

Betreuungspersonen begegnen anspruchsvollen Situationen. Nicht immer steht sofort eine Fachperson für den Austausch zur Verfügung. Im Reflexionsassistenten können sie solche Erfahrungen schildern. Er stellt Fragen und hilft, das eigene Handeln zu hinterfragen. Lehnt eine begleitete Person etwa eine gemeinsame Aktivität ab, lässt sich reflektieren, wie ihre Selbstbestimmung gewahrt und ihr dennoch Teilhabe ermöglicht werden kann. Der Assistent gibt Impulse für Handlungsoptionen. Er ersetzt weder Fachpersonen noch Supervision oder Fallbesprechungen. Bei Hinweisen auf Grenzverletzungen verweist er an eine zuständige Fachperson. Die Verantwortung für die Beurteilung und das weitere Vorgehen bleibt bei den Menschen und der Organisation.

LLMify hat die technische Lösung gemeinsam mit dem Entlastungsdienst entwickelt. Die künstliche Intelligenz reagiert auf Antworten, stellt Rückfragen und passt Lernwege an. Fachlich definierte Kompetenzen, Praxissituationen und Lerninhalte geben den Rahmen vor. Die Ergebnisse der Kompetenzanalyse fliessen direkt in den persönlichen Lernpfad ein. Diese Verbindung von Standortbestimmung, Lernen und Reflexion macht den Kern von Vireo aus und unterscheidet sich zu einem frei zugänglichen KI Chatbot. «Die Technologie ist nicht Ausgangspunkt des Angebots, sondern ein Werkzeug, um die fachlichen Inhalte zugänglich zu vermitteln», sagt Projektleiterin Silvia Kreutz vom Entlastungsdienst.

Umgang mit sensiblen Daten

Kompetenzanalyse und Lernpfad arbeiten mit fiktiven Situationen. Ihre Gespräche und Ergebnisse werden gespeichert, um Lernfortschritte zu erhalten. Reflexionsgespräche über reale Situationen speichert Vireo selber nicht; sie bleiben auf dem Gerät bis zum Schliessen der Sitzung. Eine Ausnahme betrifft die Sicherheitsprüfung von Microsoft: Dabei auffällige Inhalte können bis zu 30 Tage in der EU aufbewahrt werden. Nutzerinnen und Nutzer werden aufgefordert, keine identifizierenden Angaben zu betreuten Personen einzugeben. In der beim Entlastungsdienst eingesetzten Lösung werden Daten in der EU und der Schweiz verarbeitet und nicht für das Training von KI-Modellen verwendet. Die Geschäftsstelle sieht Kompetenzwerte nur mit ausdrücklicher, widerrufbarer Einwilligung. Sie hat keinen Zugriff auf Gesprächsinhalte.

Vireo wurde mit Betreuungspersonen und Fachpersonen entwickelt. Ihre Rückmeldungen flossen direkt in die Weiterentwicklung ein. Der Entlastungsdienst Kanton Bern setzte die Pilotierung um und nutzt Vireo inzwischen beim Eintritt neuer Betreuungspersonen. Die bisherigen Erfahrungen zeigen eine gute Akzeptanz der Kompetenzanalyse und der verwendeten Praxissituationen. Rückfragen oder Unsicherheiten zur Bedienung gab es in dieser Pilotgruppe keine. Diese ersten Erfahrungen zeigen, dass Vireo verständlich und praxisnah ist. Aussagen über die langfristige Wirkung lassen sich daraus noch nicht ableiten. Der weitere Einsatz soll deshalb zeigen, welche Elemente sich bewähren und wo Anpassungen nötig sind.

Vireo in der eigenen Organisation einsetzen

Profitieren sollen letztlich die Menschen mit Unterstützungsbedarf. Vireo soll Betreuungspersonen darin stärken, Selbstbestimmung und soziale Teilhabe im Alltag zu ermöglichen. Fachlich fundiertes Lernen bleibt dabei mit persönlicher Begleitung und dem Austausch im Team verbunden. Die Technologie ersetzt die zwischenmenschliche Beziehung nicht, sondern unterstützt gezielt die Menschen, die Betreuung leisten.

Vireo steht auch anderen Organisationen zur Verfügung. Es unterstützt eine gezielte Einarbeitung und Weiterbildung, insbesondere von Mitarbeitenden ohne formalen Abschluss im Sozialbereich. Kompetenzmodelle, Praxissituationen und Lerninhalte können an Zielgruppen und Einsatzbereiche angepasst werden. Die Lernlogik bleibt bestehen. Das schafft Anknüpfungspunkte für Organisationen in der Alters- und Behindertenarbeit sowie für ambulante und institutionelle Angebote. Interessierte Organisationen können ein unverbindliches Gespräch zu Einsatzmöglichkeiten, Einführung und Konditionen anfragen: kontakt@vireo-empower.ch. ■

* Kim Böhlen verantwortet die Kommunikation des Entlastungsdienstes Schweiz. Den Beitrag hat sie gemeinsam mit Fachpersonen erarbeitet.

Hier lernen Sie Vireo kennen:

Roboter-Kuscheltiere bringen Aufmunterung, Vertrauen und Trost

Oft ist es ein Strahlen, das ein Roboter-Kuscheltier Menschen mit Demenz ins Gesicht zaubert, hervorgerufen über vage Erinnerungen an ihr Haustier von einst. Ihre Erinnerungen übertragen sie auf die Roboter-Katze oder den Roboter-Hund. Dank Rückmeldungen der Tiere erhalten sie Gesellschaft und erfahren Zuneigung, wie Beispiele aus Pflegeheimen zeigen.

Von Christian Bernhart

Als sich im Seeblick Haus für Pflege und Betreuung in Sursee LU die Demenz bei der über 80-jährigen Erika M. (Name geändert) verstärkte, flackerten bei ihr Erinnerungen an das frühere Leben auf, wo Katzen eine grosse Rolle spielten. Nachdem vor zwanzig Jahren ihr Mann gestorben war, hatte sie meist nur noch Gesellschaft von ihren Katzen. Mit der Zeit fing sie dann im Heim an, Katzen zu orten, wo gar keine waren. «Lueg, dort unter dem Bett, siehst du die Katze nicht», fragte sie mehrmals ihre Betreuerin, Abteilungsleiterin Catarina Cunha.

Als Fabian Neubauer vor zwei Jahren die Kuscheltiere seiner Firma Posso (siehe den Kasten auf Seite 42), darunter eine Roboter-Katze und einen Roboter-Hund, für eine Testphase dem Seeblick überliess, brachte Cunha die Katze Erika M. in ihr Zimmer. «Sie hatte eine riesige Freude und war begeistert», erinnert sich Cunha. Im Zimmer bekam die Katze auf dem Tisch ihren festen Platz und alsbald den Namen Charly. Wurde Erika M. auf ihr Zimmer begleitet, dann verkündet sie freudig: «Siehst du, Charly wartet schon auf mich.» Sie ging hin und streichelte die Katze, die zu schnurren anfing und sich auch vertrauensvoll auf den Rücken legte. Wenn die Katze eine Zeit lang keinen Kontakt erfuhr, fing sie an zu miauen. Dann, so Cunha, hatte Erika M. oft das Gefühl, die Katze verspüre Hunger, und sie kam zum folgenden Schluss: «Er miaut die ganze Zeit, sicher hat Charly Hunger. Du musst ihm Milch geben.» Cunha ging jeweils auf ihren Wunsch ein und erklärte, sie nehme die Katze in die Küche, wo auf sie einen Teller mit Milch warte. Zwanzig Minuten später, brachte sie die Katze wieder in ihr Zimmer; vorsorglich hatte sie zuvor die Batterie abgestellt.

Roboter-Katze als Gefährte im Alltag

Erika M. baute eine Art Beziehung zu Charly auf, er wurde ihr Gefährte, ihr Zuhörer und Trostspender bei ihren Selbstgesprächen. Er war so ein Ersatz für die Kinder, die sie nicht hatte, für die ebenfalls betagten Geschwister, die selten vorbeikamen. Sie nahm Charly nachts ins Bett und streichelt ihn vor dem Einschlafen. Damit die Katze von der übergewichtigen Erika M., die an Diabetes mit Beinwunden als Folgeschäden litt, nicht erdrückt wurde, erhielt Charly nach ihrem Einschlafen seinen Schlafplatz auf dem Tisch. Dieses beglückende Zeitfenster der eingebildeten Kontakte und Gespräche schloss sich abrupt, als Erika M. nach einer schweren Beinoperation desorientiert in den Seeblick zurückkehrte und ihren Charly nicht wieder zu erkennen schien. Dennoch, in ihrer letzten Lebensphase wurde ihr Charly ins Bett gelegt. Sie nahm ihn an die Brust und beruhigte sich, bevor sie nach ein paar Tagen für immer einschlief.

Die positive Wirkung von Roboter-Tieren auf betagte Menschen mit Demenz bestätigen verschiedene Überblicksstudien. Hervorgehoben wird eine verbesserte Lebensqualität, die sich durch weniger innere Unruhe und Depressionen bemerkbar macht. Auch helfen die Roboter-Tiere den kommunikativen Austausch zu erhöhen, →

PUBLIREPORTAGE

Im Gesundheitswesen arbeiten Menschen zu unterschiedlichen Zeiten und an verschiedenen Orten. Umso wichtiger ist es, alle zuverlässig zu erreichen und als Organisation zu verbinden. Die Schweizer Mitarbeitenden-App von Involve schafft beides: Informationen kommen gezielt an – und Kommunikation stärkt das Zugehörigkeitsgefühl.

Pflegeteams einfach informieren und involvieren – gezielt, sicher, wirkungsvoll.



Sennhof Vordemwald, Involve-Kunde seit 2022

Kostenloses Webinar
Angehörige einbinden. Mitarbeitende erreichen.
inkl. Erfahrungsbericht

Alle Mitarbeitenden erreichen – einfach & direkt
Schichtbetrieb, dezentrale Teams und wenig Zeit am PC gehören in Spitälern, Pflege- und Altersheimen sowie Spitex-Organisationen zum Alltag. Wichtige Informationen müssen rasch und zuverlässig bei den richtigen Personen ankommen. Mit Involve erhalten Mitarbeitende einen zentralen digitalen Zugang zu internen News, Weisungen, Dokumenten, Formularen oder Einsatzinformationen – auf Smartphone, Tablet oder PC. Inhalte können gezielt an einzelne Standorte, Abteilungen oder Funktionen ausgespielt werden. So erhalten Mitarbeitende genau die Informationen, die für sie relevant sind.

Kommunikation kann mehr als informieren
Nicht nur eine gute Kommunikation von oben nach unten ist wichtig. Mitarbeitende möchten informiert, gehört und einbezogen werden. Mit Umfragen, Feedbackmöglichkeiten und interaktiven Beiträgen schafft Involve einfache Wege für Rückmeldungen und Beteiligung. Führungskräfte können Einblicke geben, Erfolge sichtbar machen und wichtige Themen transparent kommunizieren. So entsteht Kommunikation auf Augenhöhe.

Wertschätzung im Alltag sichtbar machen
Gerade im Gesundheitswesen leisten Mitarbeitende täglich Aussergewöhnliches. Wertschätzung zeigt sich auch darin, ob ihre Meinung gefragt und ihre Arbeit sichtbar wird. Über Involve lassen sich Teamerfolge teilen, neue Mitarbeitende vorstellen, Jubiläen würdigen oder besondere Leistungen hervorheben. Das fördert Zugehörigkeit und schafft Nähe – auch wenn sich Kolleginnen und Kollegen aufgrund unterschiedlicher Arbeitszeiten oder Standorte selten persönlich begegnen.

Sicher und ohne IT-Hürden
Involve ist ein 100 % Schweizer KMU: Entwicklung und Hosting erfolgen vollständig im Inland auf zertifizierten Servern. Die Lösung bietet maximale Datensicherheit und funktioniert ohne private E-Mail-Adressen oder Handynummern. Ihr Vorteil: Es ist kein langwieriges IT-Projekt nötig – die App ist innerhalb weniger Wochen einsatzbereit.

Einfach und benutzerfreundlich
Die Mitarbeitenden-App von Involve steht für einfache, benutzerfreundliche Nutzung. Bereits über 950 Schweizer Unternehmen setzen auf die Mitarbeitenden-App von Involve. Die Lösung zeichnet sich dadurch aus, dass sie flexibel mit Ihrer Betriebsgrösse mitwächst. Kunden schätzen dabei besonders den partnerschaftlichen Ansatz – von der ersten Vision über die Implementierung bis zur langfristigen Zusammenarbeit.

«Uns gefällt besonders an der Involve-App, dass alle Mitarbeitenden über eine Plattform kommunizieren. Die App ist sehr transparent, der Informationsfluss ist gewährleistet, alle sind immer auf dem neusten Stand. Ganz einfach und simpel.»



Alpina Ganijaj,
Zentrumsleitung
Betreuung & Pflege Malters
Involve-Kundin seit 2022

INVOLVE
Die Schweizer App für Mitarbeitende

Involve AG
Bahnhofstrasse 6c, 6210 Sursee
041 462 91 00 | info@involve.ch
www.involve.ch/pflege

sei es zwischen den Betreuerinnen und den Betagten oder zwischen den Betagten und ihren Roboter-Gefährten. Was in den Studien, die sich auf wenige Personen beschränken und kaum statistische Relevanz aufweisen, kaum zur Sprache kommt, sind die Gründe, weshalb betagte Menschen mit Demenz sich entweder zu den Roboter-Katzen oder -Hunden hingezogen fühlen, während andere sich ablehnend verhalten.



Eine Frau mit Demenz streichelt ihre Roboter-Katze: Dies kann zur Beruhigung beitragen.
Foto: Symolbild/zvg

Tierliebe von einst ist ausschlaggebend

Bei den hier aufgeführten Beispielen gaben für die Zuneigung immer die Erinnerungen an einstige Haustiere den Ausschlag. Pflegefachfrau Celine Schwegler erzählt von zwei betagten Frauen im Pflegeheim Seeblick, die mit den Roboter-Hunden von Posso neu Tritt zu fassen versuchten. Die eine, über 90 Jahre alte Bewohnerin, die beruflich unter anderem als Model gearbeitet hatte, lebte sehr zurückgezogen in ihrem Zimmer. Aufgrund von Gesprächen mit ihr und der von ihren Angehörigen verfassten Biografie stellte sich heraus, dass sie einst einen Hund hatte. Als nun Schwegler der Bewohnerin den Roboter-Hund ins Zimmer brachte, zeigte sie grosse Freude und strahlte. Sie nannte in Bello oder Schätzeli, streichelte ihn, worauf er mit verhaltenem Bellen und Kopfbewegungen reagierte. Sie erzählte ihrem neuen Gefährten, was sie tagsüber erlebt hatte und verabschiedete ihn nachts im Bett mit einem Küsschen. Sie versuchte ihn auch mit Schokolade zu füttern, bis sie erfuhr, dass Hunde Schokolade nicht vertragen. Bello folgte ihr auf dem Rollator in den Essraum, wo ihn einige Betagte anerkennend streichelten, andere hingegen nicht beachteten.

Die zweite 90-jährige Bewohnerin mit einem schnell wachsenden Hirntumor und fortschreitender Demenz gab in ihrem Zimmer oft Belllaute vor sich. Sie und ihr Mann hatten mit zwei Hunden, aber ohne eigene Kinder gelebt. Beim Eintritt ins Heim waren kaum noch Gespräche mit ihr möglich. Diese verlagerten sich alsbald auf ein Zwiegespräch zwischen der Betagten und dem Roboter-Hund, der ihr Gesellschaft leistete, zuerst auf dem Rollstuhl, bald aber im Bett. Es sei dann nicht erkennbar gewesen, sagt ihre Betreuerin, ob die Frau mit bellähnlichen Lauten den Hund einfach rufen wollte, oder mit ihm Selbstgespräche führte.

Die Roboter-Tiere helfen dabei, den kommunikativen Austausch zu erhöhen, sei es zwischen den Betreuenden und den Betagten oder zwischen den Betagten und ihren Roboter-Gefährten

Sich für ein Roboter-Tier entscheiden können

Menschen mit Demenz werden im Haus für Pflege und Betreuung Seeblick in die Langzeitpflege integriert. Es ist meist ihre Biografie, die entscheidend dazu beiträgt, dass sie zu einem Roboter-Tier eine Beziehung aufbauen. Es wird ihnen dabei nicht explizit erklärt, dass sie sich auf ein künstliches Tier einlassen.

In der geschützten Demenz-Abteilung der Stiftung Loogarten in Esslingen ZH schlägt man hier einen anderen Weg ein: Wie Abteilungsleiterin Loreta Gjykaj erläutert, wird den Betagten vermittelt, dass ihre Roboter-Katze nicht echt ist. Auch ihre Angehörigen werden darüber ins Bild gesetzt, weil einige unter ihnen diese Art von Beziehung in Frage stellen und sie eher lächerlich finden könnten. «Hinter diesem Vorgehen steht die Überzeugung, die Menschen mit Demenz in ihrer Selbstbestimmung →

und Würde zu unterstützen», begründet Loreta Gjykaj dieses Vorgehen.

Obschon die Betreuerinnen über die ehemaligen Haustiere ihrer Betagten informiert sind, erhalten sie nicht gezielt ein Roboter-Tier angeboten. Hingegen werden die vier Roboter-Katzen von Posso gut sichtbar in der Abteilung platziert. Es obliegt dann den betreuten Betagten, auf sie zuzugehen. So ging eine 82-jährige Frau spontan auf eine Roboter-Katze zu. «Sie strahlte und zeigte unglaubliche Freude, erzählte von ihrer früheren Katze, bevor sie die Katze aufnahm und in ihr Zimmer brachte», erzählt Gjykaj Es war bisher die einzige Katze, die auf diese Weise von einer Bewohnerin adoptiert wurde. Es sei der 82-jährigen Frau bewusst gewesen, dass es keine echte Katze ist. Dennoch, erklärte sie Gjykaj, wolle sie von nun an mit ihr zusammen sein.

DIE FIRMA HINTER DEN ROBOTER-TIEREN



Die Posso-Kuscheltiere, die heute in gut 80 Pflegeheimen den Menschen mit Demenz für Aufmunterung und Gesellschaft sorgen, werden von Fabian Neubauer vertrieben. Mit einer Cerebralparese lebend, hat er in London sein Studium der internationalen Beziehungen mit einem Master abgeschlossen. 2018 gründete er in Zürich seine Firma Posso mit innovativen Hilfsmitteln für Menschen mit Demenz, Cerebralparese, Epilepsie oder Parkinson sowie für Kinder und ältere Personen mit Behinderung. Ziel ist es, ihre Lebensqualität, Eigenständigkeit und Selbstbestimmung zu verbessern. Die Robotertiere sind eine Entwicklung aus den USA und werden in China oder Polen produziert. Seit 2021 stellt Fabian Neubauer sein Sortiment persönlich in den Pflegeheimen vor, wo die Tiere auch getestet werden können. Zudem vertreibt er die Kuscheltiere über seinen Onlineshop.

→ myposso.ch

Die Kommunikation zwischen den Betagten anregen

Die unterschiedlichen Weisen, wie Robotertiere den Menschen mit Demenz bekannt gemacht werden, führt in den Übersichtsstudien zur Frage, inwieweit und ob überhaupt das Betreuungsteam über die Einführung und Wirkung der Roboter-Tiere ins Bild gesetzt wird. Offen bleibt auch die Frage, inwieweit Kuscheltiere für die Kommunikation zwischen Menschen mit Demenz eingesetzt werden können. Aus dem Posso-Angebot wird in der Stiftung Loogarten dazu das Faultier verwendet. Es handelt sich hierbei um ein phlegmatisch aussehendes Stofftier ohne Roboter-Animation mit langen Armen, die man sich um den Hals schlingen kann. «Es löst Mutter- oder Vatergefühle aus», sagt Gjykaj, «denn mit drei Kilo Gewicht ist es ähnlich schwer wie ein Kleinkind.» Das einzige Faultier auf ihrer Abteilung kann in Intervallen von allen gehegt und herumgetragen werden, was oft auch zu Diskussionen untereinander führt. Neben Verständnis kann es aber wegen Meinungsunterschieden auch zu einem Streit kommen, falls mehrere Personen gleichzeitig das Faultier hüten und hegen möchten.

Posso-Kuscheltiere sorgen inzwischen in 80 Pflege- und Betreuungsinstitutionen der Schweiz bei betagten Personen für Aufmunterung und Trost. Die Roboter-Katze hat am meisten Anklang gefunden, gefolgt vom Faultier. Der Einsatz solcher Roboter-Tiere dürfte sich in der Betreuung von Menschen mit Demenz in den kommenden Jahren noch weiterverbreiten. Wie diese Begegnungen gestaltet werden müssen, damit sich ein grösstmöglicher Nutzen daraus ergibt, darüber geben bisherige Studien keine Auskunft. Vor allem wenn es um die Betreuung von Menschen geht, die nie ein Haustier hatten. Kaum erhärtete Erkenntnisse gibt es auch dazu, ob die begleiteten Menschen explizit darüber in Kenntnis zu setzen sind, dass ihre Begleitung kein lebendiges Tier ist. ■

Anzeige



Mein speziell für Alters- und Pflegeheime entwickeltes multimediales Klavierkonzert bringt Freude, sorgt für leuchtende Augen und glückliche Gesichter.

Schenken Sie Ihren Bewohner:innen Momente des Glücks.
Ich freue mich auf Ihre Kontaktaufnahme.
Oliver Töngi · 0788203012 · **www.olivertoengi.ch**

Mit Bewohnenden aus anderen Kulturen umgehen lernen

Immer mehr Menschen mit Migrationserfahrung erreichen das hohe Alter und benötigen Unterstützung in Altersinstitutionen. Damit verändern sich die Anforderungen an Pflege und Betreuung grundlegend. Kultursensible Pflege ist längst kein Spezialthema mehr, sondern ein Qualitätsmerkmal einer modernen, personenzentrierten Langzeitpflege.

Von Nikolla Gjolleshaj und Loay Tahan*

Vor mehr als vierzig Jahren verliess Herr P. seine Heimat im Kosovo, um in der Schweiz zu arbeiten. Wie viele Arbeitsmigranten seiner Generation ging er davon aus, nach der Pensionierung zurückzukehren. Jahrzehntelang arbeitete er als Lagerist und baute sich hier ein Leben auf. Doch ein Hirnschlag machte seinen Traum von der Rückkehr unmöglich. Heute lebt der 74-Jährige in der Viviva Baar AG und ist auf professionelle Pflege angewiesen.

Seine Ehefrau besucht ihn täglich, auch seine Kinder besuchen ihn regelmässig. Dennoch kann die Familie die Betreuung nicht mehr alleine übernehmen. Für sie war der Eintritt in ein Altersheim keine bewusste Entscheidung, sondern die Folge einer veränderten Lebenssituation. Während seiner Berufstätigkeit genügten Herrn P. einfache Deutschkenntnisse. Heute fällt es ihm zunehmend schwer, seine Bedürfnisse auszudrücken oder Erklärungen der Mitarbeitenden vollständig zu verstehen.

Seine Geschichte macht deutlich, dass die eigentliche Herausforderung nicht allein in der Sprache liegt. Entscheidend ist, den Menschen mit seiner Lebensgeschichte, seinen Erfahrungen und seinen Werten zu verstehen. Herr P. steht stellvertretend für eine Generation, die den wirtschaftlichen Aufbau der Schweiz wesentlich mitgetragen hat und heute das hohe Alter erreicht.

Eine neue Realität in der Langzeitpflege

Die Schweiz altert und wird kulturell vielfältiger. Ende 2024 lebten rund 290 000 Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit im Alter von über 65 Jahren in der Schweiz. Hinzu kommen zahlreiche eingebürgerte Menschen mit Migrationserfahrung, die in dieser Statistik nicht mehr erscheinen. Die tatsächliche Zahl älterer Menschen mit Migrationserfahrung liegt deshalb deutlich höher. Mit dieser Entwicklung verändern sich die Anforderungen an Altersinstitutionen. Bewohnerinnen und Bewohner bringen unterschiedliche Sprachen, Religionen, Traditionen und Vorstellungen vom Älterwerden mit. Vor allem bringen sie individuelle Lebensgeschichten mit. Diese prägen ihre Erwartungen an Betreuung, den Umgang mit Krankheit, die Rolle der Familie und den letzten Lebensabschnitt.

Kultursensible Pflege bedeutet deshalb weit mehr als Übersetzen. Sie beginnt mit der Bereitschaft, den Menschen hinter seiner Geschichte kennenzulernen und seine persönlichen Bedürfnisse ernst zu nehmen.

Kommunikation als Herausforderung

Sprache schafft Vertrauen. Sie vermittelt Sicherheit und ermöglicht Selbstbestimmung. Fehlt sie, entstehen Unsicherheit, Missverständnisse und Orientierungslosigkeit. →

«Wenn wir die Lebensgeschichte kennen, können wir das Verhalten besser verstehen und Vertrauen aufbauen.»

Isabel Brunner, Pflegedienstleiterin, Senevita Lindenbaum Spreitenbach AG

Besonders deutlich zeigt sich dies bei Menschen mit Demenz. Später erlernte Sprachen gehen häufig verloren, während die Muttersprache erhalten bleibt. Bedürfnisse können nicht mehr geäussert werden, Erklärungen werden nicht verstanden und vertraute Abläufe verlieren ihre Orientierung. Was für Pflegende eine alltägliche Handlung ist, kann bei Betroffenen Angst oder Überforderung auslösen. Fehlt dabei eine gemeinsame Sprache, können Erklärungen, Beruhigungen oder die Einbindung in pflegerische Handlungen nicht mehr ausreichend gelingen. Missverständnisse verstärken Unsicherheit und erschweren eine vertrauensvolle Beziehung. Herausforderndes Verhalten beginnt häufig dort, wo Bedürfnisse nicht verstanden werden. Die Biografie liefert dabei oft den Schlüssel zum Verständnis. Wer weiss, welche Erfahrungen einen Menschen geprägt haben, kann sein Verhalten besser einordnen und angemessen darauf reagieren.

Wenn Haltung den Unterschied macht

Wie kultursensible Pflege im Alltag gelingen kann, zeigt Senevita Lindenbaum in Spreitenbach. Dort wurde früh erkannt, dass sich die Bewohnerschaft verändert und sich Pflege entsprechend weiterentwickeln muss. Mit einer mediterranen Wohngruppe entstand ein Wohnangebot für Menschen, deren Biografie, Sprache, Esskultur und Alltagsgewohnheiten durch den mediterranen Raum geprägt sind. Ziel ist nicht die Trennung nach Herkunft, sondern eine vertraute Umgebung, die Orientierung und Sicherheit vermittelt. Geschäftsführerin Monic Bamberger beschreibt die erforderlich Haltung mit folgenden Worten: «Entscheidend ist nicht, woher jemand kommt, sondern was ihn geprägt hat.» Bereits beim Eintritt werden Angehörige aktiv in die Biografiearbeit einbezogen. Frühere Berufe, familiäre Beziehungen, sprachliche Ressourcen, religiöse

Anzeige



Gewohnheiten und persönliche Rituale werden systematisch erfasst und fliessen direkt in die Pflegeplanung ein. Pflegedienstleiterin Isabel Brunner erlebt täglich, welchen Unterschied dieses Wissen macht: «Wenn wir die Lebensgeschichte kennen, können wir Verhalten besser verstehen und Vertrauen aufbauen.» Gerade bei Menschen mit Demenz reichen oft kleine Dinge aus, um Sicherheit zu vermitteln. Ein vertrautes Lied, traditionelle Speisen oder wenige Worte in der Muttersprache können Erinnerungen wecken und Orientierung geben.

Eine weitere, oft ungenutzte Ressource sind die vielfältigen Sprachkompetenzen der Mitarbeitenden. Viele Altersinstitutionen beschäftigen Fachpersonen mit unterschiedlichen Muttersprachen. Diese sollten gezielt gefördert und dort eingesetzt werden, wo sie den Kontakt zu Bewohnenden erleichtern können. Bereits ein Gespräch in der Muttersprache oder das Verständnis kultureller Gepflogenheiten kann Vertrauen schaffen, Ängste abbauen und das Gefühl vermitteln, verstanden zu werden. Der bewusste Einsatz dieser Kompetenzen stärkt nicht nur die Beziehung zu den Bewohnenden, sondern fördert auch eine personenzentrierte und kultursensible Pflege.



Herr P. sitzt in seinem Zimmer der Viviva Baar AG Foto: Viviva Baar AG

Gute Pflege braucht gute Rahmenbedingungen

Kultursensible Pflege scheitert selten am Engagement der Mitarbeitenden. Häufig fehlen die notwendigen strukturellen Voraussetzungen. Zeitdruck, Personalmangel und der hohe Dokumentationsaufwand lassen im Pflegealltag oft nur wenig Raum für vertiefte Biografiearbeit, persönliche Gespräche mit Angehörigen oder das bewusste Eingehen auf individuelle Bedürfnisse. Kultursensible Pflege ist deshalb nicht nur eine Aufgabe der Pflegenden. Sie ist ebenso eine Führungsaufgabe und eine gesundheitspolitische Verantwortung. Institutionen müssen Rahmenbedingungen schaffen, die personenzentrierte Pflege ermöglichen. Dazu gehören ausreichend Zeit für den direkten Kontakt mit Bewohnenden, eine praxisnahe Dokumentation, gezielte Aus- und Weiterbildungen sowie die bewusste Förderung der kulturellen und sprachlichen Vielfalt in den Teams.

Die Mehrsprachigkeit der Mitarbeitenden ist eine wertvolle Ressource, die den Vertrauensaufbau und die Kommunikation mit Bewohnenden wesentlich erleichtern kann. Damit dieses Potenzial sinnvoll genutzt werden kann, braucht es jedoch klare organisatorische Leitplanken. Mehrsprachige Mitarbeitende dürfen nicht selbstverständlich die Rolle von Dolmetschenden oder kulturellen Vermittlern übernehmen. Institutionen tragen die Verantwortung, ihre Mitarbeitenden vor einer zusätzlichen Belastung zu schützen und ihnen zu ermöglichen, ihre professionelle Rolle sowie eine angemessene Balance zwischen Nähe und Distanz zu wahren.

Gleichzeitig gilt es zu berücksichtigen, dass nicht alle Mitarbeitenden über die gleichen sprachlichen und interkulturellen Kompetenzen verfügen. Der Einsatz dieser Ressourcen sollte deshalb gezielt, freiwillig und entsprechend den individuellen Kompetenzen erfolgen.

Die Zukunft beginnt heute

Die Geschichte von Herrn P. zeigt, dass kultursensible Pflege weit mehr ist als der Umgang mit unterschiedlichen Sprachen. Sie bedeutet, Menschen mit ihrer gesamten Lebensgeschichte wahrzunehmen und individuelle Bedürfnisse ernst zu nehmen. Davon profitieren Bewohnende, Angehörige und Mitarbeitende gleichermassen. Beziehungen werden tragfähiger, Missverständnisse nehmen ab, und herausfordernde Situationen können häufig frühzeitig entschärft werden. Kultursensible Pflege ist deshalb keine Zusatzleistung mehr, sondern Teil professioneller Pflegequalität. Damit sie im Alltag gelingt, braucht es jedoch nicht nur engagierte Mitarbeitende, sondern ebenso Führungskräfte und Organisationen, die die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen. ■

* Nikolla Gjolleshaj ist Leiter Pflege und Betreuung und Mitglied der Geschäftsleitung der VIVIVA Baar AG. Loay Tahan ist Zentrumsmanager im Zentrum Onkologie & Hämatologie am Kantonsspital Baselland. Die Autoren sind Teilnehmer des Executive MBA der Hochschule Luzern-Wirtschaft.

Medizinische Grundversorgung – nah, vernetzt und bezahlbar



Martin Candinas, Nationalrat, Die Mitte, GR.

Foto: zvg

Wer in einem Berggebiet lebt, soll sich darauf verlassen können, auch in Zukunft Zugang zu einer guten medizinischen Grundversorgung zu haben. Doch das ist nicht selbstverständlich. Hausarztpraxen finden keine Nachfolge, Pflegefachpersonen fehlen und medizinische Angebote konzentrieren sich zunehmend in den Zentren. Gleichzeitig wird unsere Bevölkerung älter.

Als Vizepräsident der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete (SAB) beschäftigt mich diese Entwicklung besonders. Eine gute medizinische Grundversorgung ist nicht nur Gesundheitspolitik, sondern auch Standortpolitik. Fehlen Hausärztinnen und -ärzte, Apotheken oder Pflegeangebote, verliert eine Region an Attraktivität. Für ältere Menschen ebenso wie für junge Familien. Was dezentrale Angebote bedeuten, erlebe ich auch als Stiftungsrat der Casa s. Giusep in Cumpadials. Unser kleines Alters- und Pflegeheim ist ein Bijou: familiär, persönlich und in der Region verwurzelt. Es ermöglicht Menschen, auch im Alter in ihrem vertrauten Umfeld zu bleiben.

Gleichzeitig dürfen wir die Kosten nicht aus den Augen verlieren. Gute Versorgung bedeutet nicht, bestehende Strukturen um jeden Preis zu erhalten. Gute Versorgung und Kostendämpfung sind keine Gegensätze. Wir brauchen neue, integrierte Modelle: Hausarztpraxen, Regionalspitäler, Apotheken, Pflege und weitere Gesundheitsberufe müssen stärker zusammenarbeiten. Auch Telemedizin kann gerade in Berggebieten helfen, Distanzen zu überwinden. Vernetzung, sinnvolle Aufgabenteilung und Digitalisierung ermöglichen einen effizienten Ressourceneinsatz.

Gute Versorgung bedeutet nicht, bestehende Strukturen um jeden Preis zu erhalten. Wir brauchen neue, integrierte Modelle.

Eine besondere Herausforderung bleibt der Fachkräftemangel. Wir müssen die Haus- und Kinderarztmedizin sowie die Pflege stärken und die vorhandenen Fachkräfte dort einsetzen, wo ihre Kompetenzen tatsächlich gebraucht werden. Zusätzliche administrative Hürden helfen dabei niemandem.

Für mich ist deshalb klar: Wir müssen nicht überall alles anbieten. Aber wir müssen dafür sorgen, dass die Menschen auch ausserhalb der Zentren verlässlich versorgt werden. Unser Ziel muss eine medizinische Grundversorgung sein, die nahe bei den Menschen, gut vernetzt und langfristig bezahlbar ist. ■



CURAVIVA-Kongress 2027
«Hier lebe ich jetzt»

Profitieren Sie vom Frühbucherrabatt bis 31. Oktober

Am nationalen CURAVIVA-Kongress 2027 steht die Lebensrealität von Menschen in der Langzeitpflege im Zentrum. Wir widmen uns den Bedürfnissen von Fach- und Führungspersonen sowie den Bewohnenden und nehmen zukünftige Versorgungsfragen in den Blick.

Architektur – Räume zum Leben gestalten
Das renommierte Architektenbüro Herzog & de Meuron zeigt Ihnen wie durchdachte Raumkonzepte Selbstbestimmung, Orientierung und Lebensqualität in fördern können. Wenn Sie in Ihrer Institution (um-)bauen oder Räume weiterentwickeln möchten, liefert Ihnen dieser Programmpunkt wertvolle Denkanstösse für zukunftsfähige Bauprojekte.

Hospitality und Wohnlichkeit – Wie man ein Zuhause schafft
Hospitality-Experte Laurent Delporte verrät Ihnen, wie Sie die Prinzipien der Gastfreundschaft aus dem Tourismus auf den Pflegealltag übertragen können. Ergänzt durch Praxisbeispiele zu Wohnkonzepten und Hotellerie erfahren Sie, wie aus institutioneller Betreuung ein echtes Zuhause wird.

Keynote
Würde trotz Bürde. Übergange des hohen Alters gestalten
Pasqualina Perrig-Chiello, emeritierte Professorin der Universität Bern und Vizepräsidentin der dortigen Seniorenuniversität

Ethik – Verantwortung im Alltag
Bewegungseinschränkende Massnahmen und Selbstbestimmung: Die Ethikerin Samia Hurst-Majno erläutert Ihnen, wie Sie einen Reflexionsraum für Mitarbeitende und Führungspersonen schaffen können, um schwierige Entscheidungen im Spannungsfeld zwischen Schutz und Autonomie fundierter treffen zu können.

Politisches Podium
«Fragen der Zukunft»: Versorgungsknappheit, Digitalisierung, Finanzierung
Vertreter:innen aus National- und Ständerat diskutieren die drängendsten Herausforderungen der Branche. Nutzen Sie das Podium, um Ihre eigenen Anliegen einzubringen.

Session «Aus der Praxis: Hier lebe ich jetzt»
Rekrutierung von Pflegefachpersonen durch Bewohnende, ein Hotel für junge Demenzerkrankte und eine innovative Pflegeoase: Fachpersonen aus drei Institutionen zeigen Ihnen ihre Praxiserfolge. Lernen Sie von den Erfahrungen und nehmen Sie inspirierende Inputs mit.

Am 20. und 21. Januar 2027 im Kongresszentrum Beaulieu Lausanne

Gestalten Sie Langzeitpflege so, dass Menschen im Alter sich zuhause fühlen.
Melden Sie sich zum Kongress an!

sozjobs.ch

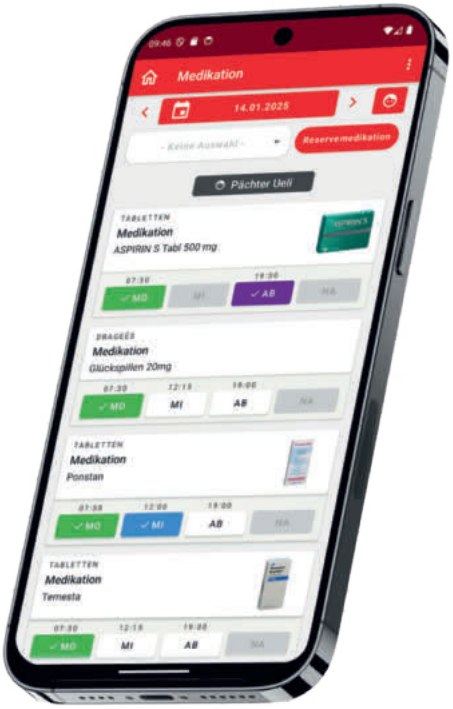
Hier finden Sie die passenden Mitarbeitenden.

sozjobs.ch – das Jobportal für Sozial- und Gesundheitsberufe.



Partner von
ARTISET

Digitale Innovationen für soziale Institutionen



Unsere Kompetenzbereiche

- Sozialpädagogische Familienbegleitung
- IVSE Wohnen und Arbeiten
- Arbeitsintegration
- Therapieheime
- Sonderschulheime
- Kinder- und Jugendheime (inkl. Justiz)
- Schulsozialpädagogik
- Peerberatung
- Kitas (Kindertagesstätten)

Ihre Vorteile

- ✓ Effiziente digitale Prozesse
- ✓ Modulares System zu attraktiven Preisen
- ✓ Praxisnah für soziale Einrichtungen
- ✓ Datenschutzkonform und zuverlässig

www.redline-software.ch
Telefon +41 71 220 35 41
info@redline-software.ch

RedLine® Software