

---

# Medikamentenprozess im Altersheim: eine Fallstudie zur Identifikation von Optimierungspotenzial

Masterarbeit von Clea Iselin

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

---

<b>Verfasserin:</b>	Iselin Clea
<b>Studiengang:</b>	Master in Business Administration Major Health Economics and Healthcare Management
<b>Betreuungspersonen:</b>	Hauptbetreuerin: Dr. Zeynep Erden Özkol Co-Betreuer: Cédric Bühler MSc
<b>Datum und Ort:</b>	14. Juni 2023, Winterthur
<b>Bemerkung:</b>	Schriftliche Arbeit verfasst an der School of Management and Law der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

## **Vorwort**

Seit zwei Jahren habe ich das Privileg, im Alterszentrum Rosental zu arbeiten, zunächst aktiv in der Pflege und später als BESA-Tutorin, zuständig für die Einstufung der Bewohner in Pflegestufen. Während meiner Zeit als Pflegefachfrau fiel mir immer wieder auf, dass der Medikamentenprozess eine hohe Priorität hatte, aber wenig Aufmerksamkeit erhielt. Ineffizienzen und Fehler traten auf, bei denen ich mir dachte: "Das hätte vermieden werden können."

Als Dr. Zeynep Erden mir dann riet, ein Thema für meine Masterarbeit zu wählen, das mich persönlich interessiert und mir am Herzen liegt, war es schnell klar, dass ich mich diesem Thema widmen möchte.

Mein Ziel für diese Masterarbeit war es, Vorschläge für einen effizienteren Medikamentenprozess zu erarbeiten, der für die Bewohnerinnen und Bewohner weniger Risiken birgt, da sie vollständig auf uns vertrauen. Durch eine breite Palette an Methoden wie Prozessbeobachtungen, Interviews und Fokusgruppen konnte ich umfangreiche Erkenntnisse gewinnen und in einer Diskussion präsentieren, welche Verbesserungsvorschläge den Prozess sicherer und effizienter gestalten könnten.

An dieser Stelle möchte ich allen Beteiligten des Alterszentrums von Herzen für ihre Unterstützung und ihre wertvollen Gespräche danken. Ohne ihr Engagement und ihre Offenheit wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Ein besonderer Dank gilt auch meinen Betreuungspersonen, Dr. Zeynep Erden und Cédric Bühler von Alter & Pflege der Stadt Winterthur. Sie haben mich gefördert, unterstützt und ermutigt, meine Denkmuster zu hinterfragen.

Ein herzliches Dankeschön gilt auch meinen liebsten Menschen, die immer ein offenes Ohr für mich hatten und sich die Zeit genommen haben, meine Arbeit Korrektur zu lesen. Ihre Unterstützung und Ermutigung waren für mich von unschätzbarem Wert.

Ich hoffe, dass diese Masterarbeit einen Beitrag dazu leisten kann, den Medikamentenprozess im Alterszentrum Rosental sicherer und effizienter zu gestalten. Sie soll zum Nachdenken und zu Diskussionen anregen und letztendlich zu positiven Veränderungen in der Pflegepraxis beitragen.

## Management Summary

Im Laufe des 20. Jahrhunderts ist die Bevölkerungszahl der Schweiz stark gewachsen. Zu Beginn des Jahrhunderts zählte das Land 3,3 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner. Nun, rund 120 Jahre später, stieg die Bevölkerungszahl auf ein Rekordhoch von rund 8,7 Millionen Personen an. Diese Zunahme lässt sich mittlerweile hauptsächlich durch Zuwanderung, aber auch durch den demografischen Wandel erklären. In den kommenden Jahrzehnten wird die Schweiz mit einer erheblichen Zunahme pflegebedürftiger Menschen konfrontiert sein, da die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer das Rentenalter erreichen. Schätzungen zufolge wird sich die Anzahl der über 80-jährigen Menschen bis zum Jahr 2050 im Vergleich zu 1991 verdreifachen. Dies wird zwangsläufig einen erheblichen Einfluss auf das Gesundheitswesen haben, insbesondere auf die Alters- und Pflegeheime. Diese sehen sich nicht nur mit einer steigenden Nachfrage, sondern auch mit Herausforderungen wie zunehmendem Kostendruck und Fachkräftemangel konfrontiert.

Institutionen müssen zwangsweise mehr Bewohnerinnen und Bewohner mit weniger Ressourcen versorgen. Ein komplexer Prozess von zentraler Bedeutung ist dabei der Medikamentenprozess. Bei steigendem Druck auf höhere Effizienz muss gleichzeitig die Sicherheit zwingend gewährleistet werden. Mit zunehmendem Alter und der Einnahme einer steigenden Zahl von Medikamenten steigt das Risiko unerwünschter Arzneimittelereignisse. Die sogenannte Polymedikation, dass eine Person mehr als fünf Wirkstoffe pro Tag konsumiert, nimmt stark zu. Die Pflegekräfte sehen sich mit einer hohen Komplexität der Therapiepläne konfrontiert und stossen dadurch öfters an ihre Grenzen. Zusätzlich erfordert der Medikamentenprozess die Zusammenarbeit von mehreren Berufsgruppen, wobei sich mit steigender Anzahl von Schnittstellen auch vermehrt potenzielle Fehlerquellen ergeben.

Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, anhand einer Fallstudie im Alterszentrum Rosental den Medikamentenprozess zu analysieren, Herausforderungen und Sicherheitsprobleme aufzudecken und daraus Optimierungspotenziale abzuleiten. Dies soll zu einer höheren Medikamentensicherheit für die Bewohnerinnen und Bewohner sowie einer Entlastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter führen können. Daraus ergibt sich die zentrale Hauptforschungsfrage: *Wie kann der Medikamentenprozess im Alterszentrum Rosental effizienter und sicherer gestaltet werden?*

Methodisch wurde ein qualitativ- und quantitativ exploratives Forschungsdesign gewählt. Durch die Prozessbeobachtungen auf allen Wohngruppen des Alterszentrum Rosental wurden ein Use Cases entwickelt. Darauf bauten die weiteren Erhebungen auf. Die Mitarbeiterinterviews dienten der Untersuchung von Herausforderungen und Medikamentensicherheitsproblemen aus deren Sicht. Die in den Prozessbeobachtungen und den Interviews identifizierten Herausforderungen und Probleme, wie beispielsweise viele Unterbrechungen im Stationszimmer und die langen Laufwege während des Verteilens der Medikamente, wurden in den Fokusgruppen in einem Bottom-up-Ansatz behandelt und nach Lösungsstrategien gesucht, welche anschliessend mit der Pflegeexpertin des Alterszentrums auf Machbarkeit geprüft wurden.

Die vorliegende Arbeit hat sich darauf konzentriert, den Medikamentenprozess im Alterszentrum Rosental zu untersuchen und mögliche Optimierungspotenziale aufzuzeigen und Handlungsempfehlungen zu erarbeiten, um die Medikamentensicherheit zu verbessern und das Personal zu entlasten. Es wird aufgezeigt, dass eine kontinuierliche Verbesserung des Medikamentenprozesses in Altersheimen von grosser Bedeutung ist, um die Sicherheit der Bewohnerinnen und Bewohner zu gewährleisten. Gleichzeitig müssen Effizienz und Richtlinien im Einklang mit den Sicherheitsaspekten betrachtet werden. Die Förderung der Effizienz kann an einigen Stellen auch zu einer Verbesserung der Sicherheit beitragen. Es ist wichtig, dass die Pflegeeinrichtungen ihre Prozesse ständig überprüfen und optimieren, um den sich ändernden Anforderungen gerecht zu werden.

Grundsätzlich gilt, dass Bewohnerinnen und Bewohner in Alters- und Pflegezentren darauf angewiesen sind, die bestmögliche Pflegequalität zu erhalten. Die Verantwortung, dieses Ziel zu erreichen, liegt bei der Pflege, weshalb die Pflegenden auch dafür zuständig sind, den Prozess zu optimieren.

## Inhaltsverzeichnis

Management Summary .....	II
Inhaltsverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis .....	VI
Tabellenverzeichnis.....	VI
Abkürzungsverzeichnis .....	VII
1. Einleitung.....	1
1.1 Ausgangslage und Problemstellung.....	1
1.2 Relevanz des Themenschwerpunktes .....	2
1.3 Fragestellung und Zielsetzung.....	3
1.4 Thematische Abgrenzungen .....	4
1.5 Aufbau der Arbeit.....	4
2. Theoretischer Hintergrund.....	6
2.1 Alters- und Pflegeheime Schweiz.....	6
2.1.1 Definition .....	6
2.1.2 Alter und Pflege der Stadt Winterthur (Stadt Winterthur, o. J.).....	7
2.1.3 Alterszentrum Rosental .....	7
2.2 Fakten und Zahlen.....	9
2.2.1 Aktuelle Herausforderungen.....	9
2.2.2 Finanzierungsmechanismen und Kostenbeteiligungen .....	10
2.2.3 Ärztliche Betreuungsformen.....	11
2.3 Medikamentenprozess in Alters- und Pflegeheimen.....	12
2.3.1 Definition .....	12
2.3.2 Maschinelle Verblisterung.....	13
2.3.3 Medikamentensicherheit.....	14
2.3.4 Herausforderungen in der Langzeitpflege.....	14
2.3.5 Change im Langzeit-Setting .....	16
2.4 Zukünftige Entwicklung.....	17
2.4.1 Neue Technologien.....	17
2.4.2 Lean in Altersheimen.....	19
2.4.3 Aktuelle Reformen .....	19
3. Methodik.....	20
3.1 Identifikation und Abgrenzung.....	20
3.1.1 Prozessbeobachtung.....	20
3.2 Ist-Zustand.....	21
3.2.1 Qualitative Mitarbeiterinterviews .....	21
3.3 Soll-Zustand .....	24
3.3.1 Fokusgruppen .....	24

3.3.2	Unstrukturiertes Expertengespräch .....	26
3.4	Kostendarstellung .....	27
3.5	Gütekriterien qualitativer Forschung .....	27
3.5.1	Transparenz .....	28
3.5.2	Intersubjektivität .....	28
3.5.3	Reichweite .....	28
4.	Ergebnisse .....	29
4.1	Identifikation und Abgrenzung .....	29
4.1.1	Prozessbeobachtung .....	29
4.1.2	Allgemeine Prozesse im Medikamentenprozess AZR .....	32
4.1.3	Wohngruppe 1 .....	35
4.1.4	Wohngruppe 2 .....	41
4.1.5	Wohngruppe 3 .....	47
4.2	Ist-Zustand .....	51
4.2.1	Qualitative Interviews .....	51
4.3	Soll-Zustand .....	56
4.3.1	Fokusgruppen .....	56
4.3.2	Unstrukturiertes Expertengespräch .....	60
4.4	Kostendarstellung .....	62
5.	Diskussion .....	65
5.1	Diskussion der Kategorien .....	65
5.1.1	Medikamente richten .....	65
5.1.2	Medikamente kontrollieren .....	67
5.1.3	Medikamente verteilen .....	67
5.1.4	Medikamentensicherheit .....	69
5.1.5	Polymedikation .....	71
5.1.6	Zusammenarbeit .....	72
5.1.7	Care Coach .....	74
5.2	Beantwortung der Forschungsfragen und Implikationen für die Praxis .....	75
5.3	Limitationen der Arbeit .....	82
6.	Fazit .....	84
7.	Literaturverzeichnis .....	86
Anhang	.....	98
Anhang A	– Leitfaden Mitarbeiterinterviews .....	98
Anhang B	– Leitfaden Fokusgruppen .....	100
Anhang C	– Tabelle Kategoriensynthese .....	101
Anhang D	– Kategorien Memos .....	140

## **Abbildungsverzeichnis**

<i>Abbildung 1: 4-Schritte-Methode</i> .....	4
Abbildung 2: Alterszentrum Rosental mit Beschriftung .....	8
Abbildung 3: Verteilung der Pflegekosten pro Tag.....	11
Abbildung 4: Medikamentenprozess Flussdiagramm .....	13
Abbildung 5: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse.....	23
Abbildung 6: Legende Grafiken Medikamentenprozess .....	32
Abbildung 7: Teilprozess - Medikamente richten .....	33
Abbildung 8: Teilprozess - Abgabe von Reservemedikation.....	34
Abbildung 9: Teilprozess - Verordnung durch Hausarzt.....	35
Abbildung 10: Medikamentenprozess WG 1 .....	36
Abbildung 11: Medikamentenprozess WG 2 .....	42
Abbildung 12: Medikamentenprozess WG 3 .....	48

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 2: Beschreibung Infrastruktur.....	31
Tabelle 3: Medikamente richten - aktuelle Kosten in CHF für eine Wohngruppe.....	62
Tabelle 4: Medikamente richten – Kosten von Alternativen in CHF.....	64
Tabelle 5: MUDA im AZR.....	76
Tabelle 6: Jährliche Kostenannahme bei Anwendung des Closed-loop-Modells durch FaGe / FaBe für das gesamte AZR in CHF .....	80
Tabelle 7: Jährliche Kostenannahme aller Varianten des Medikamenterichtens für das gesamte AZR in CHF .....	81

## Abkürzungsverzeichnis

A&P	Alter und Pflege
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BPMN	Business Process Model and Notation
BTM	Betäubungsmittel
FaBe	Fachperson Betreuung
FaGe	Fachperson Gesundheit
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVG	Krankenversicherungsgesetz
LWG	Leitung der Wohngruppe
NW	Nebenwirkungen
OBSAN	Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PA	Pharma-Assistentin / Pharma-Assistent
PDCA	Plan-Do-Check-Act
PEF	Pflegefachperson mit erweitertem Fachwissen
PEX	Pflegeexperte / Pflegeexpertin
PIM	Potenziell Inadäquate Medikamente
PP	Diplomierte Pflegefachperson
SD	Spätdienst
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen



UAW	Unerwünschte Arzneimittelereignisse
WZW	Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit, Wirksamkeit

### **Sprachliche Gleichstellung**

Um eine optimale Lesbarkeit zu gewährleisten, wurde in der folgenden Arbeit das generische Maskulinum gewählt, die Angaben beziehen sich jedoch auf die Angehörigen aller Geschlechter.

## **1. Einleitung**

### **1.1 Ausgangslage und Problemstellung**

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts zählte die Schweiz 3.3 Millionen Einwohner. 1950 waren es bereits 4.5 Millionen und 2021 stieg die Zahl laut dem Bundesamt für Statistik (BFS) auf rund 8.7 Millionen (2022a, 2022b). In den kommenden Jahrzehnten wird die Schweiz mit einem starken Anstieg der pflegebedürftigen Bevölkerung konfrontiert sein, da die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer (1945-1965) das Rentenalter erreichen werden (Colombier, 2008; Schneider et al., 2017, S. 108; Walter, 2020). Colombier (2008) verweist auf statistische Daten des BFS und prognostiziert, dass sich die Anzahl der über 80-jährigen Menschen bis zum Jahr 2050 im Vergleich zu 1991 verdreifachen wird.

Dieser demografische Wandel wird zwangsläufig einen grossen Einfluss auf das Gesundheitswesen haben, insbesondere auf die Alters- und Pflegeheime. Neben der steigenden Nachfrage werden diese auch vor Herausforderungen wie zunehmendem Kostendruck (Göke & Heupel, 2013; Michel & Angerer, 2023; Twerenbold et al., 2021, S. 4), Fachkräftemangel (Klötzli, 2022; Mavris, 2023) und dem Druck, mit weniger Ressourcen mehr Leistung erbringen zu müssen, gestellt (Angerer & Berger, 2020).

Trotz dieser Herausforderungen ist es wichtig, verschiedene Aspekte der Pflege älterer Menschen zu berücksichtigen. Ein besonders relevanter Bereich, der in diesem Kontext nicht vernachlässigt werden darf, ist die Medikamentenverwaltung. Die Arzneimittelsicherheit in der Langzeitpflege ist ein wichtiges Thema (Bates & Zebrowski, 2022), da bei Senioren (Personen ab 65 Jahren) die Polymedikation mit der Einnahme von mehr als fünf Wirkstoffen pro Tag stark zunimmt (Schneider et al., 2017, S. 108). Mit zunehmendem Alter und mit jedem zusätzlich eingenommenen Medikament steigt die Gefahr unerwünschter Arzneimittelereignisse (UAE) (Jaehde & Thürmann, 2018; Mangin et al., 2018; Patientensicherheit Schweiz, o.J.). Devik et al. (2018) beschreiben, dass Senioren in Pflegeinstitutionen häufiger unter der Verschreibung von potentiell inadäquaten Medikamentenverordnungen (PIM) für ältere Leute leiden als jene, die noch zu Hause wohnen.

Bei kognitiven Einschränkungen muss die Medikamentenverantwortung durch die Pflegenden übernommen werden (Ayani et al., 2022; Bates & Zebrowski, 2022). Dies führt zu grosser Verantwortung und kann Pflegende durch die hohe Komplexität der

umfangreichen Therapiepläne an ihre Grenzen bringen (Curaviva & pharmaSuisse, 2017).

Die Verwaltung von Medikamenten insbesondere in Pflegeheimen ist komplex und stellt auch in Bezug auf die Arzneimitteltherapiesicherheit eine multiprofessionelle Herausforderung dar (Bates & Zebrowski, 2022; Devik et al., 2018; Jaehde & Thürmann, 2018). Jaehde und Thürmann (2018) betonen, dass der Medikamentenprozess als zentraler Punkt wahrgenommen werden muss, um Medikamentenfehlern, Polypharmazie und unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) entgegenzuwirken, da diverse Schnittstellen aufeinandertreffen und somit zahlreiche mögliche Fehlerquellen entstehen. Leider wurde jedoch nur wenig Forschung in Bezug auf die Arzneimittelsicherheit in Pflegeheimen betrieben (Ayani et al., 2022).

Ziel dieser Arbeit ist es, mittels einer Fallstudie den Medikamentenprozess im Alterszentrum Rosental umfassend zu analysieren, indem verschiedene qualitative bottom-up-Methoden angewendet werden. Dabei sollen Herausforderungen aufgezeigt und Potenziale zur Optimierung identifiziert werden.

## **1.2 Relevanz des Themenschwerpunktes**

Aufgrund der erwähnten Entwicklungen in Bezug auf Anforderungen an das Gesundheitswesen muss sich wohl auch ebendieses anpassen, um den neuen Ansprüchen gerecht zu werden. Dafür sollten in vielen Bereichen des Gesundheitswesens und spezifisch auch in den Alters- und Pflegeheimen der Schweiz Veränderung vorgenommen werden. Die Optimierung des Medikamentenprozesses in Alters- und Pflegeheimen wie dem Alterszentrum Rosental soll ein Beispiel dafür sein.

Mit der wachsenden Anzahl an Medikamenten und Pflegebedarf und gleichzeitig knappem Fachpersonal steigt zum einen das Risiko auf unerwünschte Arzneimittelereignisse, zum anderen können sich Fehler im Medikamentenprozess mehren. Die Prävention solcher Ereignisse und damit die Gewährleistung der Sicherheit und des Wohlbefindens der Bewohnenden hat höchste Priorität in der Einrichtung Alterszentrum Rosental. Die Bewohnenden werden im letzten Lebensabschnitt in Sachen Gesundheit und Sicherheit unterstützt und gefördert. Neben den Bewohnenden soll aber auch das Personal mit einer Erleichterung durch Zeitersparnis bei gleichzeitig erhöhter Sicherheit unterstützt werden. Mit der Unterstützung soll ein hoher Pflegestandard garantiert werden.

Optimierungen im Medikamentenprozess können dazu beitragen, jetzige und kommende Herausforderungen zu meistern. Verbesserungen am Prozess haben das Potenzial, bei steigender Effizienz gleichzeitig das Risiko für Fehler zu minimieren. Dies wiederum könnte zur Verminderung der Arbeitsbelastung des Pflegepersonals und zu Kosteneinsparungen führen.

Da die Medikamentensicherheit und verwandte Prozesse in der Langzeitpflege noch spärlich erforscht sind, ist die vorliegende Fallstudie über den Medikamentenprozess im Alterszentrum Rosental wissenschaftlich relevant. Mit der Fallstudie kann ein tieferes Verständnis für die Abläufe, Herausforderungen und Optimierungspotenziale in einem kritischen Bereich der Pflege geschaffen werden.

### **1.3 Fragestellung und Zielsetzung**

Das Ziel dieser Masterarbeit ist der Gewinn neuer Erkenntnisse, insbesondere für das Alterszentrum Rosental. Es soll erarbeitet werden, wie der Medikamentenprozess für Bewohnende und Mitarbeiter sicherer und effizienter gestaltet werden kann. Wie in Kapitel 2.2.1 beschrieben, sind des Weiteren steigende Kosten im Gesundheitswesen ein grosses Thema, weshalb analysiert werden soll, ob und wo im Medikamentenprozess Kosten optimiert werden könnten.

Aus dieser Zielsetzung abgeleitet lässt sich folgende Hauptforschungsfrage formulieren:

**HFF:** *Wie kann der Medikamentenprozess im Alterszentrum Rosental effizienter und sicherer gestaltet werden?*

Folgende Unterfragen sind ebenfalls von Interesse und werden in der Masterarbeit untersucht:

**FF2:** *Welche Herausforderungen und «Pain Points» werden durch die Mitarbeitenden beschrieben?*

**FF3:** *Durch welche Massnahmen können die Herausforderungen und „Pain Points“ der Mitarbeitenden reduziert werden?*

**FF4:** *Welche Methoden eignen sich, um Kosten im Medikamentenprozess des Alterszentrums Rosental zu reduzieren?*

## 1.4 Thematische Abgrenzungen

Die folgende Fallstudie beschränkt sich auf das Alterszentrum Rosental der Stadt Winterthur. Aufgrund der Vielfalt an Medikamentenarten und Applikationsformen im Medikamentenprozess konzentriert sich die vorliegende Arbeit auf den oralen Medikationsweg und dessen spezifische Abläufe. Darüber hinaus werden in Bezug auf den Medikamentenprozess ausschliesslich qualitative Daten erhoben, ohne eine Auswertung oder Analyse von Bewohnerdokumentationen vorzunehmen. Quantitative Daten werden lediglich für die Kostenanalyse genutzt.

## 1.5 Aufbau der Arbeit

Um einen fundierten Einstieg in das Thema zu gewährleisten und eine Wissensgrundlage zu schaffen, beginnt Kapitel 2 mit einer ausführlichen Darstellung des theoretischen Rahmens. Dieser Abschnitt beleuchtet verschiedene Aspekte, die für das Verständnis der nachfolgenden Ergebnisse, Diskussionen und Analysen von zentraler Bedeutung sind.

Die Arbeit und die Methoden sind anhand der 4-Schritte-Methode (Abbildung 1) der Wertstromanalyse von Wagner und Lindner (2017) aufgebaut. Schritt drei wurde in der Abbildung aufgeteilt, um mehr Übersicht zu generieren.

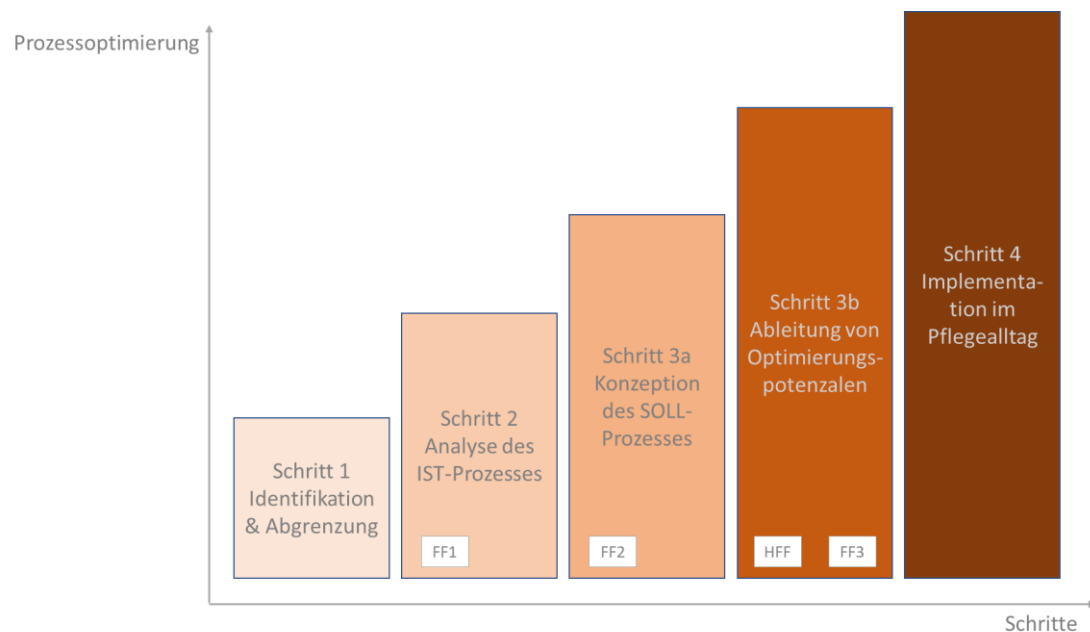


Abbildung 1: 4-Schritte-Methode (eigene Darstellung in Anlehnung an Wagner und Lindner 2017, S. 97)

Zur Identifikation und Abgrenzung des Themas wurde im theoretischen Hintergrund neben der Literaturrecherche auch eine Prozessbeobachtung gewählt.

Die gewonnenen Erkenntnisse aus der Literatur und aus den Prozessbeobachtungen stellen die Grundlage für die Mitarbeiterinterviews dar, in welchen der Ist-Zustand und die Herausforderungen im Medikamentenprozess erfragt wurden.

Die Konzeption des Soll-Zustandes wird in Fokusgruppen mit den Wohngruppen des Alterszentrums erarbeitet, indem identifizierte Probleme aus der Literatur, den Prozessbeobachtungen und den Interviews besprochen, Lösungen erarbeitet und Optimierungspotenziale (Schritt 3) abgeleitet werden, welche anschliessend die Machbarkeit dieser Lösungen mit der Pflegeexpertin des Alterszentrums besprochen wurden.

Die Implementation im Alltag, der vierte Schritt der 4-Schritte-Methode, wird in dieser Arbeit nicht bearbeitet, es werden jedoch Handlungsempfehlungen vorgeschlagen und Zukunftsvisionen besprochen.

Die Darstellung der erwähnten Methoden erfolgt im Kapitel 3. Nach dem Einblick in den Forschungsprozess und der Beschreibung der angewandten Techniken werden die erzeugten Ergebnisse systematisch und transparent dargelegt, um Erkenntnisse aus den erhobenen Daten zu gewinnen. Die anschliessende Diskussion ordnet die Ergebnisse in Bezug auf die vorhandene Literatur ein und dient der Beantwortung der Forschungsfragen.

Durch die gewonnenen Erkenntnisse der Masterarbeit können Handlungsempfehlungen für die Praxis im Alterszentrum Rosental formuliert werden. Abschliessend werden Limitationen der Arbeit sowie die Zukunft in Schweizer Alterszentren, speziell im Alterszentrums Rosental, diskutiert.

## **2. Theoretischer Hintergrund**

Dieses Kapitel soll einen Überblick über die aktuelle Situation in Schweizer Alters- und Pflegeheime vermitteln, deren aktuelle und zukünftige Herausforderungen schildern und gesetzliche Grundlagen erläutern. Weiter wird die Finanzierung der Institutionen erklärt. Anschliessend wird genauer auf den Medikamentenprozess eingegangen, insbesondere welche Schwierigkeiten im Prozess besonders in Alters- und Pflegeheimen auftreten können. Abschliessend werden prognostizierte Entwicklungen erwähnt und eingeordnet.

### **2.1 Alters- und Pflegeheime Schweiz**

Dieses Unterkapitel bietet einen Überblick über das System der Schweizer Alters- und Pflegeheime und es werden die wichtigsten Zahlen zur Bettensituation in der Langzeitpflege benannt. Abschliessend wird das Alterszentrum Rosental vorgestellt.

#### **2.1.1 Definition**

Die Worte «Altersheim» und «Pflegeheim» werden meist als Synonyme behandelt, obwohl es sich dabei um unterschiedliche Einrichtungen handelt. Altersheime sind Einrichtungen, die erbrachte Leistungen nicht auf Kosten der Krankenversicherungen abrechnen dürfen. Im Gegensatz dazu haben Pflegeheime die Berechtigung, ihre Leistungen in Rechnung zu stellen und gemäss den gesetzlichen Richtlinien von Krankenversicherungen vergütet zu bekommen (Angerer, 2022). Die auskunftspflichtigen Betriebe müssen jährlich einen Bericht erfassen, in welchem sie die erbrachten Leistungen, die betreuten Bewohner, das Betreuungspersonal und ihre Betriebsrechnung offenlegen. Für die Auswertung der Daten ist das Bundesamt für Statistik verantwortlich (Curaviva, o.J.). Im Januar 2022 waren in der Schweiz elf Altersheime und 1542 Pflegeheime gemeldet (Angerer, 2022; Curaviva, o.J.).

Neben Alters- und Pflegeheimen der öffentlichen Hand gibt es auch Institutionen, die von Stiftungen oder privat geführt werden. Jegliche Betriebe im genannten Bereich müssen jedoch dieselben Regulierungen einhalten.

Krankenversicherungen sind gesetzlich dazu verpflichtet, einen Teil der erbrachten Pflegeleistungen zu finanzieren, unabhängig davon, ob diese in Institutionen oder vor Ort im Eigenheim geleistet wurden. Auch die Versicherten, in diesem Fall die Bewohner des Pflegeheims, kommen für einen Teil der Kosten auf, während der Restbetrag durch den Kanton und / oder die Gemeinden übernommen wird (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2022). Das wird noch genauer in Kapitel 2.2.3 beschrieben.

### **2.1.2 Alter und Pflege der Stadt Winterthur (Stadt Winterthur, o. J.)**

Neben den sieben Spitex-Zentren bietet Alter und Pflege (A&P) im Raum Winterthur Seniorinnen und Senioren auch unterschiedliche Wohnformen und ein vielfältiges Dienstleistungsangebot in fünf Alterszentren an, die vor allem auf ältere Menschen ausgelegt sind. Dabei wird auf verschiedene Bedürfnisse und Pflegeintensitäten eingegangen und die Betreuung individuell angepasst.

Alter und Pflege hat es sich zum Ziel gesetzt, der Winterthurer Bevölkerung eine lückenlose Versorgungskette zu bieten. Unabhängig von den sozialen oder wirtschaftlichen Verhältnissen eines Individuums werden Pflegeangebote und weitere Gesundheitsdienstleistungen für alle Einwohnerinnen und Einwohner der Stadt Winterthur sichergestellt.

### **2.1.3 Alterszentrum Rosental**

Das Alterszentrum Rosental (AZR, Abbildung 2) ist ein Alterszentrum, das zirka 108 Bewohner beherbergt. Diese sind auf einer von drei Wohngruppen (WG 1, WG 2, WG 3) wohnhaft. Jede Wohngruppe wird von je einer Leitungsperson (LWG) und einem Pflegeteam betreut.

In **Wohngruppe 1** leben 32 Bewohnende auf dem fünften und sechsten Stock. Die Gruppe ist heterogen, weshalb die Bewohner verschiedene Krankheitsbilder und Pflegestufen aufweisen. Das Wohngruppenbüro inklusive aller Arbeitsplätze befindet sich im fünften Stock. In diesem Büro werden zudem alle Medikamente der Bewohner aufbewahrt. Täglich übernimmt jeweils eine Person im Früh- und Spätdienst die Medikamentenverantwortung für die beiden Stockwerke.

Die **Wohngruppe 2** umfasst 40 Bewohnende auf dem dritten und vierten Stock des AZR. Auch bei den Bewohnern dieser Gruppe sind vielfältige Krankheitsbilder und Pflegestufen vertreten. Das Stationszimmer befindet sich im vierten Stock und ist ähnlich aufgebaut wie das der WG 1. Im Unterschied zur ersten Gruppe teilen sich hier aber pro Schicht zwei Personen die Medikamentenverantwortung der beiden Stockwerke.

**Wohngruppe 3** ist eine gerontopsychiatrisch spezialisierte Wohngruppe, die sich über drei Stockwerke, vom Erdgeschoss bis zum zweiten Stock erstreckt und 36 Bewohnende beherbergt. Im Erdgeschoss befindet sich die renovierte, geschlossene psychiatrische Abteilung. Das Team teilt sich in zwei Gruppen auf, wobei ein Teil des Teams für den zweiten Stock und der andere Teil für den ersten Stock und die geschlossene Abteilung



im Erdgeschoss zuständig ist. Entsprechend dieser Teams wird auch die Medikamentenverantwortung aufgeteilt. Die Stationszimmer der jeweiligen Gruppen, in denen wiederum die Medikamente der Bewohner aufbewahrt werden, sind im Erdgeschoss und im zweiten Stock angesiedelt.

Alle Wohngruppen beherbergen Bewohnende, die unterschiedlich selbständig sind. Selbständige Bewohner nehmen ihre Mahlzeiten meist im Saal im ersten Stock ein, wohingegen jene, die während der Mahlzeit auf mehr Unterstützung angewiesen sind, in den Stübli auf dem entsprechenden Stockwerk speisen. Dieser Umstand hat einen bedeutenden Einfluss auf den Medikamentenprozess, da die Medikamente in der Regel während der Mahlzeiten eingenommen werden.



Abbildung 2: Alterszentrum Rosental mit Beschriftung (Bild von referenz-objekte (o.J.))

Der Altersheimbetrieb wird, wie im Gesundheitswesen üblich im Drei-Schichtensystem betrieben. Am Medikamentenprozess beteiligt sind diplomierte Pflegefachpersonen, Fachpersonen Betreuung sowie Fachpersonen Gesundheit.

Jede Wohngruppe hat neben einer LWG eine Pflegefachperson mit erweitertem Fachwissen (PEF) im Team, welche neben der Rolle als diplomierte Pflegefachperson auch die Fachverantwortung der Abteilung trägt. Weiter ist im Alterszentrum Rosental eine Pflegeexpertin (PEX) tätig, welche die PEFs in der fachlichen Führung unterstützt und die Hauptverantwortung für die Umsetzung der Konzepte und Richtlinien von A&P trägt.

Das Alterszentrum Rosental ist eines der zwei Alterszentren der Stadt Winterthur, welche medizinisch durch die Hausärzte der Bewohnenden betreut werden (mehr zu diesem System in Kapitel 2.2.4).

Das AZR wird im Medikamentenprozess durch eine Apotheke unterstützt, welche Bestellungen entgegennimmt und zwei Mal wöchentlich Medikamente ausliefert.

## **2.2 Fakten und Zahlen**

### **2.2.1 Aktuelle Herausforderungen**

1,66 Millionen Senioren (Personen ab 65 Jahren) lebten Ende 2021 in der Schweiz, das sind so viele wie nie zuvor (Statista Research Department, 2023). Im Jahr 2021 waren im Jahrestotal insgesamt 153'595 Personen zeitweise in einem der 100'856 Pflegeheimplätze wohnhaft (BFS, 2022a), was hochgerechnet rund 9.3 % der Schweizer Senioren entspricht, während es im Jahr 2009 nur rund 6 % waren (BFS, 2012). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Bewohner in Tagen wurde durch das BAG im Jahr 2021 auf 913.5 deklariert, eintretende Bewohner waren im Schnitt 81.7 Jahre alt (BFS, 2022a).

Dass der Bedarf an Pflegeplätzen in der Schweiz aufgrund des demografischen Wandels und der Überalterung der Gesellschaft steigt, zeigen diverse Quellen (BFS, 2022a; Colombier, 2008; Göke & Heupel, 2013; santésuisse, o.J.).

Der Fachkräftemangel zeigt sich ebenfalls in den Statistiken des Gesundheitswesens. Im SOMED- (Statistik der sozialmedizinischen Institutionen) Bericht des Bundesamts für Statistik wird aufgezeigt, dass in den Jahren 2006 bis 2020 stets steigende Personalbeschäftigungsraten mit einer Zunahme von jährlich durchschnittlich 2.5 % in Alters- und Pflegeheimen verzeichnet wurden (BFS, 2022c). Nun aber zeigen die neuesten Erhebungen, dass diese Rate zwischen 2020 und 2021 trotz des Bedarfs das erste Mal um 0.2 % sank, besonders das Pflegepersonal trug mit -0.5 % Vollzeitäquivalenten zu dieser Abnahme bei. Dies hatte damit zu tun, dass es 4 % mehr Kündigungen gab, während gleichzeitig 7 % weniger Neuanstellungen verzeichnet wurden. Klötzli (2022) beschrieb im Dezember 2022, dass rund 10'000 Stellen von Pflegepersonal unbesetzt waren und bezieht sich auf eine Statistik des Arbeitsmarktdaten-Unternehmens X28, besonders die Rekrutierung in Pflegeheimen gestalte sich schwierig. Dass in der Rehabilitation und Geriatrie laut Merçay et al. (2021) der Personalbedarf bis 2029 um 22 % zunehmen wird, stellt eine weitere Herausforderung dar.

Die Coronapandemie schlug sich in den Belegungsquoten nieder. Zwischen Ende September 2020 betrug diese 94 %, bereits im Dezember 2020 sank sie auf 88 %, was auf die aussergewöhnlich hohe Zahl an Todesfällen zurückzuführen ist. Dezember 2021 wurde eine durchschnittliche Belegungsquote von 89,6 % verzeichnet, was noch nicht wieder dem Vor-Corona-Niveau entspricht (BFS, 2022c). Auch in den Betriebszahlen der Alters- und Pflegeheime spiegeln sich diese Probleme wider. 2021 wurden 10.73 Milliarden Betriebskosten verursacht. 60 % der Alters- und Pflegeheime waren 2021 defizitär, gegenüber von 54 % im Vorjahr. Das führte dazu, dass die monatlichen Kosten pro beherbergte Person im Jahr 2021 um 293 Franken stiegen, was die durchschnittlichen Monatskosten pro beherbergte Person auf 10'037 Franken anhub. 2020 lagen die durchschnittlichen Kosten noch bei 9'889 Franken monatlich (BFS, 2022c). Es wurde ein extremer Verlust verzeichnet (502,9 Millionen Franken), welcher zum Teil durch die öffentliche Hand und private Fonds getragen wurde, dennoch blieb ein Defizit von 318,4 Millionen Franken ungedeckt, was 20 % mehr ist als im Jahr 2020 (BFS, 2022c).

### **2.2.2 Finanzierungsmechanismen und Kostenbeteiligungen**

Welche Pflegeleistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) finanziert werden, ist in der «Krankenpflege-Leistungsverordnung» kurz KLV geregelt. Finanzierte Leistungen müssen ausserdem durch einen Arzt angeordnet werden und den WZW-Kriterien entsprechen (Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit, Wirksamkeit). Der Pflegebedarf eines Bewohners wird durch eine Pflegefachperson ermittelt und anschliessend von zugelassenen Leistungserbringern gedeckt (BAG, 2022).

Je nach Grösse des Bedarfs werden unterschiedliche Leistungen durch die OKP vergütet, pro 20 Minuten Pflegezeit finanziert sie aber generell CHF 9.60 mit. Der Pflegebedarf wird in 12 Pflegestufen aufgeteilt, wobei mit höherer Stufe steigende Pflegeaufwände zur Deckung erbracht werden müssen. Bei einem Pflegebedarf von täglich maximal 20 Minuten wird der Bewohner in die Pflegestufe 1 eingeteilt. Die OKP übernimmt hiervon besagte CHF 9.60. Mit steigender Pflegestufe wachsen folglich auch proportional die pro Tag zu leistenden Beiträge der OKP, bis zu einem Maximalbetrag von CHF 115.20 auf Pflegestufe 12. Pflegestufe 12 entspricht dabei einem Aufwand von über 220 Minuten pro Tag.

Ein Bewohner beteiligt sich mit maximal 23 Franken pro Tag. Der Restbetrag der verursachten Kosten wird durch die Gemeinden und Kantone finanziert.

Weitere Details können im Artikel 7a Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) nachgeschlagen werden (BAG, 2022).

Neben den Kosten für die Pflege werden den Bewohnern die Pensionskosten sowie eine Betreuungstaxe verrechnet. In der Schweiz werden laut Barrelet (2021) dabei pro Tag durchschnittlich CHF 122 für die Unterbringung und CHF 47 als Betreuungstaxe verbucht. Folgendes Diagramm visualisiert die Zusammensetzung der Kosten pro Pflage-tag (Curaviva, 2021).

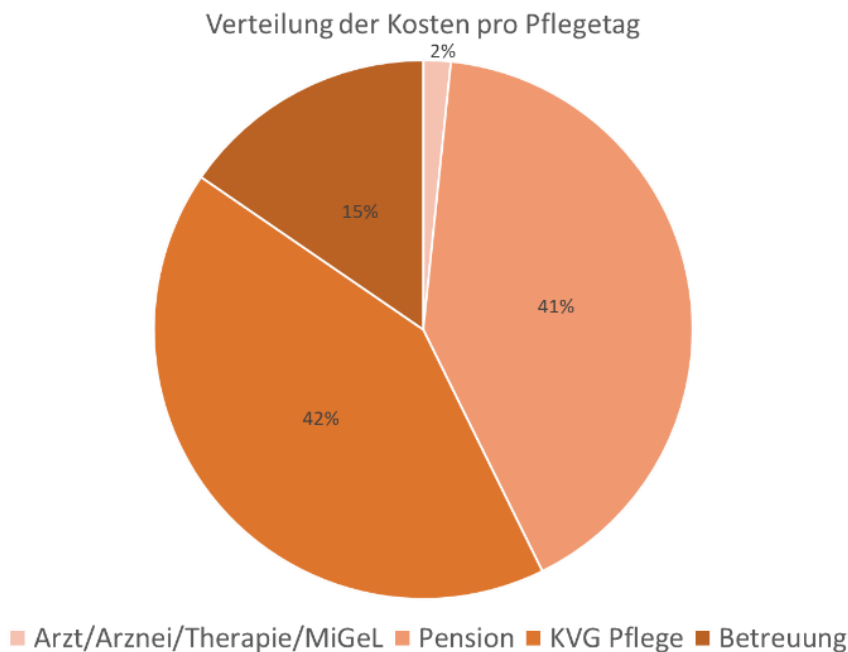


Abbildung 3: Verteilung der Pflegekosten pro Tag (eigene Darstellung, in Anlehnung an Curaviva (2021))

Die Mittel- und Gegenstände Liste (MiGeL) enthält Materialien, die von Versicherten und deren Angehörigen jedoch nicht vom Pflege- und Betreuungspersonal angewendet werden. Allerdings werden auch diese Materialien von der OKP mitfinanziert (BAG, o. J.). Laut Curaviva (2021) sind rund 60 % der Bewohnenden für die Bewältigung der Pflege- und Betreuungskosten auf die Hilfe von Ergänzungsleistungen angewiesen.

### 2.2.3 Ärztliche Betreuungsformen

Die Gesundheitsversorgung in Pflegeheimen spielt eine massgebende Rolle für das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner (Bochsler, 2006). In der Schweiz gibt es diverse Modelle und gesetzliche Regelungen für die Organisation der ärztlichen Versorgung in Langzeitpflegeeinrichtungen (Moreau-Majer, 2015, S. 4). Moreau-Majer (2015) macht mitunter den Föderalismus für diese Diversität verantwortlich.

Die zwei Hauptunterschiede bestehen zwischen dem Heim- und dem Hausarztmodell. Während beim Heimarztmodell ein Arzt für alle Bewohnenden der entsprechenden Institution verantwortlich ist, behält jeder Bewohner beim Hausarztmodell den eigenen Hausarzt. Dieser betreut die Bewohnenden auf ambulanter Basis weiter.

Heim- / hausärztliche Leistungen werden mit dem ambulanten Tarif TARMED abgerechnet, falls das Heim mit den Krankenkassen den «Teilpauschalen-Heim»-Vertrag abgeschlossen hat. Alle Leistungen, die nicht auf die Betreuung eines Bewohners bezogen sind, wie beispielsweise die Gespräche mit Angehörigen oder der Weg ins Pflegeheim, können aktuell noch nicht verrechnet werden. Weiter kann auch ein «Vollpauschalen»-Vertrag abgeschlossen werden, bei dem der Arzt direkt vom Heim angestellt wird. (Moreau-Majer, 2015).

### **2.3 Medikamentenprozess in Alters- und Pflegeheimen**

Der Medikamentenprozess in Altersheimen nimmt eine grosse Rolle im Pflegealltag ein und ist von hoher Relevanz für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Senioren. Neben der Beschreibung des Medikamentenprozesses werden Herausforderungen, welche im Langzeitbereich vermehrt auftreten, erläutert sowie neue Technologien des Bereichs vorgestellt.

#### **2.3.1 Definition**

«... von der Verordnung, zur Bestellung, zum Richten, Kontrollieren, bis zur eigentlichen Verabreichung», diese Beschreibung des Medikamentenprozesses während der Mitarbeiterinterviews trifft ziemlich gut zu. Da keine klare Definition in der Literatur besteht, wurde folgend in Abbildung 4 dargestellt, was in dieser Arbeit als Medikamentenprozess gilt.



Abbildung 4: Medikamentenprozess Flussdiagramm

Elemente des Prozesses werden dabei von Pflegeheimen unterschiedlich implementiert. Beispiele dafür sind die in Kapitel 2.2.2 beschriebene Variationen des Arztmodelles oder die Wahl der Apotheke. Auch das Richten der Medikamente kann auf unterschiedliche Art und Weise erledigt werden. Heime können diesen Subprozess selber einmal pro Woche oder sogar täglich ausführen oder, wie in Kapitel 2.3.2 erläutert, extern an eine Apotheke zur sogenannten «automatischen Verblisterung» auslagern.

### 2.3.2 Maschinelle Verblisterung

Die industrielle, patientenindividuelle Verblisterung von Arzneimitteln ist ein möglicher Ansatz für eine Prozessinnovation in der Pharmalogistik (Kehrel, 2015). Die maschinelle Verblisterung oder auch «Automated Dose Dispensing (ADD)» versucht Fehler, Komplexität und Zeitaufwand in der Medikamentenabgabe zu minimieren und gleichzeitig die Adhärenz zu fördern. Dabei kann eine Apotheke Schlauchblisters unter hygienischen Bedingungen befüllen, die richtige Zusammenstellung der Medikamente garantieren und gleichzeitig die Zusammenstellung auf Wechselwirkungen und Kontraindikationen prüfen. Mit diesem System können Pflegende nachweislich entlastet werden (Felski, 2013), die Verblisterung führt zu Effizienz- und Zeitgewinn der Pflegenden und zu höherer Wirtschaftlichkeit, da die Lagerhaltung reduziert wird und weniger Produkte entsorgt werden müssen (Blistersuisse, o.J.).

### **2.3.3 Medikamentensicherheit**

Ein wichtiger Teil des Medikamentenprozesses ist die Medikamentensicherheit. Kaumanns et al. (2015) beschreiben Medikamentenfehler als das «Abweichen von dem für Patienten optimalen Medikationsprozess, das zu einer grundsätzlich vermeidbaren Schädigung des Patienten führt oder führen könnte. Diese Medikamentenfehler können jeden Schritt des Medikamentenprozesses betreffen und von jedem der am Medikationsprozess beteiligten verursacht werden.»

Wie in Kapitel 1.1 beschrieben, liegt die Medikamentenverantwortung in Alters- und Pflegeheimen bei den Pflegenden. Obwohl der Medikamentenprozess als Hochrisikoprozess eingestuft werden kann, weist er eine beunruhigend hohe Fehlerquote auf. Laut Kajüter (2023) werden die meisten Fehler in der Verabreichung der Medikationen schon während dem Richten der Medikamente begangen. In den getesteten Institutionen seien bis zu 21 % der Medikation fehlerhaft gewesen. Einen Grund dafür sieht er darin, dass das manuelle Richten und Verabreichen der Medikamente Risiken wie Doppelmedikation und das nicht Berücksichtigen von Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten berge (Kajüter et al., 2023). Die uneindeutige Dokumentation ärztlicher Anweisungen, Kommunikationsprobleme und unstrukturierte Aufbewahrung der Medikationen seien weitere Risiken für Medikationsfehler. Die erschreckend hohe Fehlerquote in Kombination mit den Herausforderungen und Schwierigkeiten der Langzeitpflege, beschrieben in Kapitel 2.3.4, unterstreichen die Notwendigkeit eines durchdachten und sicheren Medikamentenprozesses.

### **2.3.4 Herausforderungen in der Langzeitpflege**

#### **Polymedikation**

Polymedikation kommt aufgrund der hohen Multimorbiditätsrate in Altersheimen regelmässig vor (Garfinkel, 2018). Ältere Menschen nehmen, wie in Kapitel 1.1 bereits beschrieben, häufig mehr als fünf Wirkstoffe ein und sind damit per Definition polypharmaziert (Neuner-Jehle & Senn, 2022, S. 2; Schneider et al., 2017, S. 108).

Polymedikation ist in gewissen Fällen notwendig und kann durchaus Vorteile wie die Behandlung multipler Diagnosen oder die Verbesserung der Lebensqualität der Senioren haben. Neben den möglichen Vorteilen birgt Polymedikation aber auch verschiedenste Risiken.

Mit jedem zusätzlichen Medikament erhöht sich auch das Risiko für ungewollte Interaktionen zwischen verschiedenen Wirkstoffen, unerwünschte Arzneimittelwirkungen und unspezifische Beschwerden wie Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Schwindel (Bates & Zebrowski, 2022; Garfinkel, 2018; Hailu et al., 2020). Des Weiteren wird das Risiko für eine Spitaleinweisung um 10 % gesteigert (Neuner-Jehle & Senn, 2022). Auf die zuvor genannten Risiken sollte bei älteren Menschen speziell geachtet werden, da sie häufiger in der Fähigkeit zur Metabolisierung von Medikamenten eingeschränkt sind und tendenziell empfindlicher auf Nebenwirkungen reagieren (Hailu et al., 2020).

Die effektive Handhabung der Polymedikation in Altersheimen erfordert einen multidisziplinären Ansatz. Pharmazeuten, Ärzte und Pflegepersonal müssen interagieren, um eine sorgfältige Medikamentenüberwachung sicherzustellen (Steyer et al., 2022). Garfinkel (2018) betont, dass die Polymedikation bei älteren Menschen nicht nur auf ihre Multimorbidität sondern auch auf andere Ursachen zurückzuführen ist. Dass Ärzte und medizinische Spezialisten verschiedenen Leitlinien zur Behandlung derselben Krankheiten folgen, könnte ein weiterer Grund sein. Des Weiteren besteht immer noch ein Mangel an wissenschaftlichen Studien darüber, wie sich Medikamente auf bestimmte Krankheiten und individuelle Patienten auswirken, wenn eine Vielzahl verschiedener Medikamente verabreicht wird. Darüber hinaus zeigt sich, dass viele Ärzte zögern oder Bedenken haben, Medikamente abzusetzen, selbst wenn dies notwendig wäre. Auch Mangin et al. (2018) beschreibt das fehlende Wissen bezüglich der Wirkung von Medikamenten auf den älteren Teil der Bevölkerung.

Patientensicherheit.ch (o.J.) hat in Bezug auf die Sicherheit und die unerwünschten Arzneimittelereignisse ein Projekt gestartet, das fünf Qualitätsstandards (QS) an den Medikamentenprozess stellt und die Zusammenarbeit von Fachpersonen fördern soll. Die fünf Qualitätsstandards lauten wie folgt:

**QS I:** Die Medikation wird regelmässig und in definierten Situationen überprüft.

**QS II:** Die Medikationsüberprüfung wird strukturiert durchgeführt.

**QS III:** Die Medikation wird strukturiert motorisiert.



**QS IV:** Alle Fachpersonen engagieren sich für eine optimale interprofessionelle Zusammenarbeit.

**QS V:** Die Bewohnerinnen und Bewohner werden aktiv in den Medikamentenprozess einbezogen.

### **Potentiell inadäquate Medikamente für Senioren (priscus.de, o.J.)**

Bei der PIM-Liste handelt es sich um eine Auflistung der Medikamente, welche für Senioren ungeeignet sind (potenziell inadäquate Medikation). Die Liste wurde von der PRISCUS-Gruppe entwickelt, einem interdisziplinären Expertengremium aus Deutschland. Die Auswahl der Medikamente basiert auf verschiedenen Faktoren wie dem Nutzen-Risiko-Verhältnis, der Wirksamkeit, den Nebenwirkungen und den pharmakokinetischen Eigenschaften. Die PIM-Liste kann mit der Beers-Liste, welche im internationalen Bereich Anwendung findet, verglichen werden. Die PIM-Liste wurde dabei speziell für den deutschen Sprachraum entwickelt. Im Endeffekt haben aber beide Listen dasselbe Ziel, nämlich die Arzneimitteltherapie bei älteren Menschen sicherer und effektiver zu machen, indem potenziell ungeeignete Medikamente identifiziert werden. An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass laut Studien trotz dem Vorhandensein dieser Listen in diversen Institutionen einem Grossteil der Bewohnenden trotzdem potenziell inadäquate Medikation verabreicht wird (Ayani et al., 2022).

### **Verschreibungskaskaden**

Eine Verschreibungskaskade beschreibt den Vorgang, wenn die Nebenwirkung eines Arzneimittels als Symptom oder Anzeichen einer neuen Erkrankung interpretiert wird. Darum wird bei einer Verschreibungskaskade häufig unnötig ein weiteres, neues Medikament verschrieben. Das neue Medikament kann dann wiederum zu unerwünschten Nebenwirkungen führen und der Vorgang sich somit wiederholen (Ruscin, 2021). Durch das vermehrte Auftreten von Polypharmazie und Nebenwirkungen handelt es sich auch hier um ein bekanntes Problem in Alters- und Pflegeheimen (Schneider et al., 2017, S. 108)

#### **2.3.5 Change im Langzeit-Setting**

Den Medikamentenprozess im AZR anzupassen, verlangt nach einem Change-Prozess. Einen Change im Gesundheitswesen umzusetzen ist besonders erschwert, da er viele Herausforderungen und Widerstände mit sich bringt.

Die Veränderung betrifft nicht nur die Mitarbeiter, sondern auch die Bewohner sind am Prozess beteiligt und haben somit einen Einfluss auf die Änderung (Konnegen, 2022). Es ist erforderlich, dass eine Kultur vorhanden ist, die Veränderungen gegenüber offen ist und bereit, diese annehmen (Konnegen, 2022). Die Veränderungen müssen transparent kommuniziert und Widerständen muss aktiv gegengesteuert werden (Muchna, 2019).

Ein Modell, welches sich im Gesundheitswesen gut bewährt und auf kontinuierliche Verbesserung ausgerichtet ist, ist der Plan-Do-Check-Act-Zyklus (PDCA-Zyklus) (Taylor et al., 2014). Dieser ermöglicht es, Veränderungen schrittweise und systematisch zu gestalten und zu verbessern, indem er ständiges Lernen und Feedback fördert. Er kann auf verschiedene Situationen und Probleme angewendet werden und ist flexibel genug, um sich an neue Anforderungen anzupassen. Der PDCA-Zyklus ist ein Grundprinzip des Qualitätsmanagements und wird oft mit dem Kaizen-Ansatz verbunden, der ebenfalls eine Kultur der kontinuierlichen Verbesserung anstrebt (Muchna, 2019, S. 239 f).

## **2.4 Zukünftige Entwicklung**

Im folgenden Kapitel wird ein Überblick über aktuelle und zukünftige Entwicklungen in Medikamentenprozessen gegeben.

### **2.4.1 Neue Technologien**

Neben der maschinellen Verblisterung gibt es weitere Ansätze, um den Medikamentenprozess mit neuen Technologien zu unterstützen und verbessern. Laut Küng et al. (2019) zeigt sich in diversen Studien eine Reduktion von Medikamentenfehlern bei Verwendung von elektronischen Vorbereitungs- und Abgabesystemen.

Schweizer Unternehmen wie Wiegand AG und Sanetics AG haben sich mit innovativen Systemen auf dem Markt begeben, die die Medikamentenverabreichung optimieren und die Sicherheit des Prozesses steigern sollen. Beide Firmen streben mit ihrem Produkt die Realisierung eines computergestützten Ansatzes zur Steigerung der Medikamentensicherheit an (Küng et al., 2019; Sanetics AG, o.J.).

Im Folgenden wird näher erläutert, worum es sich bei der Sanetics AG handelt. Die Stadt Winterthur wird in Kürze ein Pilotprojekt mit dieser starten, um das Produkt zu testen und den Gründern der Sanetics AG mit Inputs aus der Praxis dabei zu helfen, ihr Produkt weiterzuentwickeln. Die Autorin hatte die Möglichkeit, an einem Kickoff-Meeting teilzunehmen und mehr darüber zu erfahren, wie das Produkt funktioniert.

Zusätzliche Informationen über das Unternehmen wurden aus der Offerte, der Firmenpräsentation sowie der Firmenwebsite entnommen. Da sich die AG noch in der Entwicklungsphase befindet, sind Informationen noch begrenzt verfügbar. Zudem ist das Produkt noch nicht geschützt, daher wird es hier nur grob beschrieben.

Die Medikamentenschieberschieber der Patienten bzw. Bewohner mit Chips versehen, wenn man diese dann in das Gerät einschiebt, erkennt es, um welche Bewohner es sich handelt. Das Scannen der Medikamentenbarcodes fungiert als eine erster Sicherheitsschritt, indem das System bestätigt, ob sich das Medikament auf der Medikamentenliste des entsprechenden Bewohners befindet.

Als nächster Schritt wird durch das System farblich gekennzeichnet in welchen Sektoren die Medikamente gerichtet werden müssen und die Medikamente können direkt auf die dafür vorgesehenen Felder gelegt werden (ohne Blister). Ist dies gemacht folgt die Computervision-Kontrolle, ob Medikamente korrekt einsortiert wurden. Wenn dies der Fall ist, fallen die Medikamente in die Medikamentenschieber, wenn nicht kennzeichnet das System dies entsprechend.

Das Ziel der Firma ist es, den Richtprozess zu beschleunigen und auch die Medikamentenkontrolle pro Schicht einsparen zu können. Durch täglich einmaliges Richten mit dem Sanetics-System durch eine Person sollen die Doppelkontrollen der Medikamente erspart werden. Aktuell ist in den Alterszentren jedoch noch wöchentliches Richten geplant und wird auch während des Pilotprojekts so umgesetzt. Anpassungen auf tägliches Richten sind jedoch in Zukunft denkbar.

Die Sanetics AG hat das Ziel einerseits das «Closes Loop Medication»-Modell anzubieten. Ein Teil davon wurde oben beschrieben aber es sollen noch weitere Punkte integriert werden:

- Geführtes Richten & Computer Vision Kontrolle
- Verschreibungsschnittstelle
- Volle Transparenz bis zur Abgabe
- Abgabe Prüfung und Dokumentation

Andererseits soll auch ein «Mediaction as a Service»-Modell, welches zusätzlich zu den gleichen Leistungen des «Closes Loop Medication»-Modells auch die Tabletten-basierte Medikation vollständig übernimmt oder auslagert folgen. Ergänzend könnte «Smartes Zubehör» der Wiegand AG hinzugefügt werden.

Neben den bereits entwickelten Lösungen sind in der Zukunft noch viele Innovationen denkbar. Eine davon könnte die Integration des Internet of Things (IoT) in den Medikamentenprozess sein, um Medikamentenabgaben genauer zu verfolgen. Des Weiteren könnte Künstliche Intelligenz (KI) als Tool genutzt werden, um Ärzte bei der Wahl der Medikation zu unterstützen (Syrowatka et al., 2022). Vielleicht wird es in Zukunft sogar möglich sein, Medikamente mittels «3D-Drucker» zu erzeugen.

#### **2.4.2 Lean in Altersheimen**

Lean ist eine Betriebsphilosophie, die darauf abzielt, einen maximalen Wert für die Patienten zu schaffen, indem sie Verschwendung und Wartezeiten reduziert (Kadarova & Demecko, 2016; Lawal et al., 2014). Obwohl Lean bereits in der Spitalpraxis erfolgreich implementiert wurde und zu effizienteren Abläufen geführt hat, ist es in Alters- und Pflegeheimen noch nicht weit verbreitet. Dennoch könnte Lean auch in diesem Sektor des Gesundheitswesens dazu beitragen, Prozesse effizienter zu gestalten, Kosten einzusparen und die Zufriedenheit von Bewohnern und Mitarbeitern zu steigern (Angerer & Berger, 2020). Schon im Jahr 1999 wurde das Konzept des Lean-Managements in der Langzeitpflege diskutiert und als vielversprechend angesehen (Brater & Maurus, 1999). Angerer und Berger (2020) nennen den Mangel an Know-how und knapper Zeit als Hauptgründe für die bisher geringe Umsetzung.

Ein besonders geeignetes Modell im Rahmen von Lean ist MUDA. Es zielt darauf ab, nicht-wertschöpfende Tätigkeiten, also Verschwendungen, zu identifizieren und zu eliminieren (Angerer & Liberatore, 2018, S. 59 ff; Parkhi, 2019). MUDA definiert acht Kategorien, anhand derer Verschwendungen identifiziert werden können. Dazu gehören unter anderem unnötiger Transport, Lagerbestände oder Wartezeiten. Durch die Analyse des eigenen Prozesses anhand dieser Kategorien kann ermittelt werden, welche Aktivitäten keine Wertschöpfung bringen und wie sie beseitigt oder ersetzt werden können. Die Beseitigung von Verschwendungen führt wiederum zu einem optimierten Prozess (Angerer & Liberatore, 2018, S. 46).

#### **2.4.3 Aktuelle Reformen**

Im Jahr 2002 wurde in einer Vereinbarung zwischen Pflegeheimen, Ärzten, Apotheken und Krankenkassen im Kanton Freiburg ein neues Modell, das Freiburger Modell, ausgearbeitet. Hier ist das pauschale Verrechnen von Medikamenten im Vergleich zu einer individuellen Verrechnung pro Bewohner eine Änderung, die zu Kosteneinsparungen führen soll.

Tatsächlich konnten Medikamente dadurch in Grosspackungen und somit zu besseren Preisen eingekauft werden, gleichzeitig mussten weniger Medikamente entsorgt werden, was schlussendlich zu einer Verminderung der Verschwendung von 3.5 Millionen Franken geführt hat (Echo der Zeit, 2023). Im Jahr 2018 wurde das Modell aufgrund einer Verordnung auf Bundesebene eingestellt (Echo der Zeit, 2023). Die Direktion Gesundheit und Soziales des Kantons Freiburg (2019) schreibt in einer Medienmitteilung, dass die Folgen der Beendigung des Modells ein deutlicher Kostenanstieg sei. Eine Studie von pharmaSuisse habe berechnet, dass die Kosten im Jahr 2018 im Vergleich zum Jahr 2017 um 70 % angestiegen seien. Die Standesinitiative fordert, dass das Modell auf nationaler Ebene ermöglicht werden soll, was durch den Nationalrat im Februar 2023 angenommen wurde (Curaviva, 2023; Wirtz, 2023).

### **3. Methodik**

Da in der Arbeit die Erhebungen, Auswertungen und die Theoriebildung nicht voneinander getrennt werden können, wurde ein qualitativer, explorativer Ansatz gewählt, um die Hauptfragestellung *«Wie kann der Medikamentenprozess im Alterszentrum Rosental sicherer und effizienter gestaltet werden?»* sowie die formulierten Unterfragen (siehe Kapitel 1.3) zu beantworten. Baur und Blasius (2014, S. 118) beschreiben, dass sich dieses Vorgehen aufgrund der Zirkularität des Prozesses eignet, um das Ineinandergreifen verschiedener Schritte des Forschungsprozesses klar darzustellen und auf Schlüssigkeit zu überprüfen. Wichtig sei es dabei, möglichst nahe an den Aussagen Befragter und Beobachteter zu bleiben, was durch die folgenden Methoden gewährleistet wurde. Aufgebaut ist die Arbeit in Anlehnung an die 4-Schritte-Methode von (Wagner & Lindner, 2017, siehe Kapitel 1.5)

Im nächsten Abschnitt wird das genauere Vorgehen beschrieben, insbesondere welche Methoden für die jeweiligen Schritte angewandt wurden.

#### **3.1 Identifikation und Abgrenzung**

In einem ersten Schritt wurde eine klare Definition des zu analysierenden Prozesses festgelegt. Dies sei laut Wagner & Lindner (2017, S. 79) die Basis, um ein einheitliches Verständnis über den Ablauf zu erlangen.

##### **3.1.1 Prozessbeobachtung**

Die Identifikation und Abgrenzung erfolgte durch Prozessbeobachtungen. In der Gesundheitsversorgung wird dieses Vorgehen häufig genutzt, um die Abfolge von

Schritten oder Ereignissen zu verstehen, die in den Prozess involviert sind (Angerer & Liberatore, 2018; Sijm-Eeken et al., 2020).

Da jede Wohngruppe einen anderen Ablauf im Medikamentenprozess pflegt, wurden alle Wohngruppen beobachtet. Die 17 Beobachtungen fanden im April während rund neun Tagen statt. Dabei wurden verschiedene diplomierte Pflegefachpersonen, Fachpersonen Gesundheit oder Fachpersonen Betreuung in allen drei Schichten beobachtet. Weiter wurde der Dienst beobachtet, der das Richten der Medikamente pro Wohngruppe übernahm (Medikamentendienst). Dokumentiert wurde der Prozess durch die Autorin mit Stift und Papier und anschliessend mit Lucid.app visualisiert. Durch grafisches Darstellen der Prozesse können komplexe Abläufe vereinfacht und verständlich gemacht werden (Keyte & Locher, 2004; Sijm-Eeken et al., 2020). Da der Medikamentenprozess an mehreren Orten gleichzeitig stattfindet, wurden mehrere Beobachtungen auf jeder der drei Wohngruppen gemacht und am Ende zu einem Diagramm pro Wohngruppe zusammengefügt.

## **3.2 Ist-Zustand**

Nachdem die Prozessbeobachtungen erfolgt waren und mit Lucid.app in Anlehnung an die BPMN-Methode visualisiert wurden, erfolgte die IST-Analyse.

### **3.2.1 Qualitative Mitarbeiterinterviews**

Nach den Prozessbeobachtungen wurden Interviews mit den Mitarbeitern des Alterszentrums Rosental durchgeführt.

#### **Stichprobe**

Im Medikamentenprozess des Alterszentrum Rosental sind drei Berufsgruppen aktiv diplomierte Pflegefachpersonen, Fachpersonen Gesundheit (FaGe) und Fachpersonen Betreuung (FaBe). Pro Wohngruppe wurde jeweils eine diplomierte Pflegefachperson sowie eine Fachperson Gesundheit oder Fachperson Betreuung interviewt. Zwischen den beiden Fachpersonen wurde während der Rekrutierung nicht unterschieden, da sie im Alterszentrum Rosental zu denselben Bedingungen angestellt und mit vergleichbaren Aufgaben betraut sind.

Insgesamt wurden sechs Personen, die zu mindestens 80 % angestellt waren und Deutsch als Muttersprache sprachen, rekrutiert. Weiter wurden nur Personen angefragt, die bereits über ein Jahr im AZR tätig sind und damit Erfahrung im Medikamentenprozess und den

Abläufen hatten. Berufsgruppen, die nicht in den Medikamentenprozess involviert sind, wurden von der Stichprobe ausgeschlossen.

### **Vorgehen**

Die Personen der gewählten Stichprobe wurden einzeln in einem ruhigen Raum des AZR interviewt. Nach Einholen eines mündlichen Einverständnisses und dem Hinweis auf vertrauliche Behandlung über das Gesagte, wurden auf hochdeutsch Gespräche von durchschnittlicher Dauer von 30 – 45 Minuten geführt und mit Audacity aufgezeichnet. Ziel der Interviews war es, das mögliche Vorhandensein der in der Literatur identifizierten Problematiken im AZR aufzuzeigen und die Pains (Schmerzpunkte, Probleme bzw. Schwierigkeiten) und Gains (Vorteile, Gewinne) der Mitarbeitenden im Medikamentenprozess zu erfassen. Des Weiteren wollte man herausfinden, ob die in der Prozessbeobachtung gemachten Eindrücke mit den Aussagen der Beteiligten übereinstimmen oder womöglich neue Erkenntnisse gewonnen werden können.

### **Interviewleitfaden**

Anhand der zuvor gesammelten Erkenntnisse aus den Beobachtungen auf den drei Abteilungen sowie den entdeckten Herausforderungen Schweizer Alterszentren mittels unsystematischer Literaturrecherche wurde ein semistrukturierter Gesprächsleitfaden erstellt. Die Fragen wurden explorativ und offen gestaltet mit dem Ziel, freien Redefluss zu begünstigen und Befragte frei über den Umfang der Antwort entscheiden zu lassen. Ein weiterer gewünschter Nebeneffekt war die mögliche Inkludierung von Ad-hoc-Fragen. Bei Abschweifungen wurde das Gespräch durch die Autorin zurück Richtung Leitfaden gelenkt. Durch den Leitfaden wurde sichergestellt, dass alle wichtigen Punkte angesprochen wurden und zudem eine Vergleichbarkeit der Aussagen ermöglicht.

Im Leitfaden folgen auf die einleitenden Fragen zur Person in Überkategorien gegliederte Fragen, denen sich jeweils einige spezifischere offene Fragen anschliessen. Das Ziel war einerseits festzustellen, ob die Interviewpartner Ineffizienzen oder Sicherheitsprobleme wahrnahmen und als Problem identifizierten und des Weiteren die Eruierung ihrer Pain Points. Der Leitfaden ist in Anhang A zu finden.

### **Transkription**

Da die Interviews auf hochdeutsch geführt wurden, konnten die Gespräche mit Hilfe der «Speech-to-Text»-Software GoSpeech transkribiert werden (GoSpeech, 2023).

Die erzeugten Transkriptionen wurden im Anschluss durch die Autorin überprüft und korrigiert. Da der Fokus auf den inhaltlichen Aspekten der Interviews lag, erfolgte keine lautsprachliche Transkription, weshalb Füllwörter wie «ähm» oder «hmm» aus den Transkripten entfernt wurden und Pausen nicht in die Transkripte einfließen.

## Analyse

Die Auswertung der aus den Interviews gewonnenen Daten erfolgte durch eine zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring mit einer deduktiven sowie induktiven Kategorienbildung (2015, S. 68 ff). Dieser Vorgang ist eine der drei Grundformen des Interpretierens und eignet sich besonders, um die zu untersuchenden Daten zu reduzieren (Mayring, 2015, S. 67). Mayring (2015, S. 51) beschreibt, dass bei dieser Vorgehensweise im Vergleich zur «freien Interpretation» jeder Analyseschritt und jede Entscheidung im Auswertungsprozess auf einer begründeten und getesteten Regel basiert. Dadurch wird eine systematische Vorgehensweise sichergestellt. Mayring definiert ein Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (vergleiche Abbildung 5), an der sich die Autorin in der Analyse der qualitativen Interviews orientierte und anschliessend mit der Software zur qualitativen Inhaltsanalyse «MAXQDA» umsetzte.

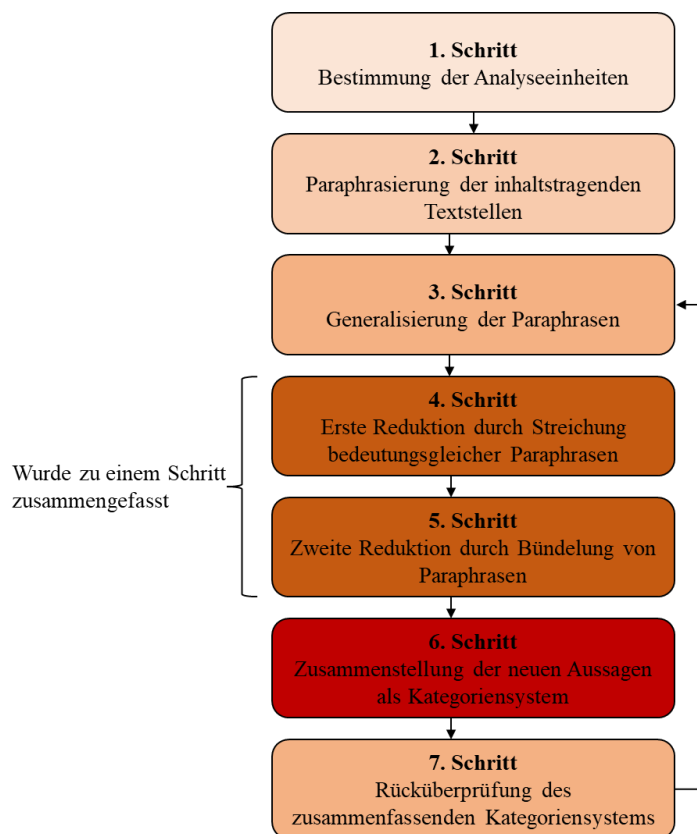


Abbildung 5: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (eigene Darstellung in Anlehnung an Mayring (2015, S.70))



Nach dem ersten Schritt, der Formulierung der Fragestellung, wurde anschliessend definiert, was von der Antwort zur jeweiligen Frage extrahiert wird und damit die Analyseeinheiten bestimmt. Im zweiten Schritt wurden die identifizierten Analyseeinheiten paraphrasiert.

Die Aussagen der Mitarbeitenden wurden anschliessend mit Fokus auf den Inhalt paraphrasiert, wobei ausschmückende Textbestandteile bereits gestrichen wurden. Diese Paraphrasierung erfolgte in Anlehnung an die Paraphrasierungsregeln von Mayring (2015, S. 71, 72). In einem nächsten Schritt wurde festgelegt, wie stark vom Ausgangsmaterial abstrahiert werden soll. Diese Umformulierung diente im gleichen Schritt einer Generalisierung der Aussagen. Schritt 4 und 5 wurden zusammengefasst, da beide dem Zweck dienten, doppelte oder unwichtige Äusserungen zu streichen. Die nach diesem Schritt übrig gebliebenen Aussagen wurden in passenden Kategorien zusammengefasst.

Bei der induktiven Vorgehensweise müssen gewählte Einheiten theoretisch belegbar sein, damit die Analyse von Drittpersonen nachvollzogen werden kann (Mayring, 2015, S. 51), weshalb zu jeder gebildeten Kategorie ein «Memo» verfasst wurde, welches die zugehörigen Segmente definiert und damit das Zuordnen in Kategorien unterstützen soll. Die Tabelle mit allen Memos ist in Anhang D zu finden.

### **3.3 Soll-Zustand**

#### **3.3.1 Fokusgruppen**

Mit jeder Wohngruppe wurde eine Fokusgruppe gebildet. Mittels «Medikamentenprozess-Workshop» wurde das Ziel verfolgt, den Ist-Zustand des Prozesses mit den Mitarbeitern zu erörtern und einen optimierten Soll-Zustand zu erarbeiten. Durch diesen Bottom-up-Ansatz sollten Optimierungsansätze entstehen, die in der Praxis umsetzbar sind. Durch den offenen Austausch von Meinungen und Perspektiven von Personen, die effektiv in der Praxis tätig sind, wurde die Wahrscheinlichkeit dafür erhöht. Weiter fühlen sich Mitarbeiter durch den Einbezug in den Optimierungsprozess mehr ermächtigt und wertgeschätzt, wodurch sie auch eher bereit dazu sind, Verantwortung für Prozesse zu übernehmen (Steffgen, 2023).

Die Gruppendiskussionen fanden jeweils am Nachmittag parallel zum Pflegealltag während zwei Stunden statt. Durch die zeitliche Begrenzung auf zwei Stunden musste die

Autorin das Gespräch konsequent auf die zentralen Fragen und Probleme lenken, längere Diskussionen waren aus organisatorischen Gründen nicht möglich.

### **Stichprobe**

Die Teilnehmer für die Fokusgruppen wurden möglichst heterogen rekrutiert, um viele Sichtweisen in die Diskussion integrieren zu können. Eingeladen wurden die Leitung der entsprechenden Wohngruppe, diplomierte Pflegefachpersonen und Fachmitarbeiter Gesundheit oder Fachmitarbeiter Betreuung. Um sicher zu stellen, dass die Mitarbeitenden mit dem Medikamentenprozess ihrer Wohngruppe bestens vertraut sind, wurden nur Personen rekrutiert, die bereits länger als ein Jahr im AZR angestellt sind. Weiter wurde versucht, ein Gleichgewicht bezüglich Geschlechter anzustreben.

### **Vorgehensweise**

Die Durchführung der Fokusgruppen in semistrukturierter Art und Weise ermöglichte eine offene Diskussion innerhalb der Gruppe. Teilnehmer konnten ihre individuellen Erfahrungen teilen und gemeinsame Herausforderungen diskutieren. Durch den Austausch von Informationen und Ideen konnten Lösungsansätze gefunden werden, die in einer rein top-down gesteuerten Herangehensweise möglicherweise übersehen worden wären.

Die Workshops wurden von der Autorin moderiert. Mit mündlichem Einverständnis der Teilnehmenden wurden alle Workshops auf Video aufgezeichnet. Zu Beginn wurde den Teilnehmenden der Ablauf des Workshops erklärt. Zudem wurden die Teilnehmer dazu angehalten, frei und kreativ zu denken und alle möglichen Lösungsideen zu äussern. Damit wurde versucht zu erreichen, dass die Mitarbeiter über herkömmliche Denkmuster hinausgehen.

Die Autorin nutzte Flipchart und Klebezettel, um den aktuellen Prozess der jeweiligen Wohngruppe darzustellen. Diese Vorgehensweise, bei der die Moderatorin den beobachteten Ablauf des Medikamentenprozesses auf dem Flipchart darstellte und die Probleme sowie "Pain-Points" aus den Prozessbeobachtungen und Interviews präsentierte, hatte den Zweck, die Mitarbeitenden in den Diskussionsprozess mit einzubeziehen und eine gemeinsame Basis zu schaffen. Dadurch konnten Teilnehmer sich selbst und ihre Abteilungen in den aufgezeigten Problemen wiedererkennen.

Zusätzlich zur Identifizierung und Diskussion der bereits auf den Flipcharts festgehaltenen Schwierigkeiten wurden die Mitarbeitenden ermutigt, weitere Probleme aufzuzeigen. Mit diesem offenen Ansatz konnten bisher unbekannte oder übersehene Probleme erfasst werden. Es wurden durch die Autorin stets Nachfragen gestellt, um die Offenheit und den Austausch von Informationen zu fördern und sicherzustellen, dass alle relevanten Probleme erfasst wurden.

### **Analyse**

Die Analyse konzentrierte sich auf den Output der Gruppen, wobei die zentralen Themen des Gesprächs identifiziert wurden. Den Fokus auf den Gruppenoutput zu legen, wird bei Fokusgruppen, die unter Zeitdruck durchgeführt werden oder nur begrenzte Ressourcen haben, häufig gemacht (Schulz et al., 2012, S. 17). Der Output wurde anhand der im Leitfaden definierten Überkategorien strukturiert, um Rückschlüsse auf die Diskussionen zu vereinfachen, da dort die Inhalte auf den Flipcharts genauso gegliedert wurden.

#### **3.3.2 Unstrukturiertes Expertengespräch**

Ursprünglich waren vier Interviews mit Experten geplant, um umfangreiches Wissen und Einblicke in die untersuchten Abläufe und Prozesse zu gewinnen. Diese wurden auf ein unstrukturiertes Expertengespräch mit der Pflegeexpertin des AZR reduziert. Damit konnte der ansonsten sehr hohe Workload reduziert werden, ohne dabei an Qualität einzubüßen. Da das AZR über eine qualifizierte Pflegeexpertin verfügt, die mit den abzubildenden Abläufen und Prozessen vertraut ist und zudem in engem Austausch mit anderen Expertinnen steht, konnte in einem Gespräch der gewünschte Output gewonnen werden.

Validität und Güte der Arbeit wurde durch die Wahl der Pflegeexpertin und der unstrukturierten Nachbesprechung nicht beeinträchtigt, da die erzielten Informationen von hoher Qualität, zielführend und relevant waren.

### **Vorgehen**

Die zusammengetragenen Ergebnisse wurden beschrieben in den Kapiteln beschrieben und der PEX des AZR vorgelegt und die erzeugten Lösungen besprochen. Neben der Machbarkeit nahm die Expertin auch eine Priorisierung der Lösungen vor. Das Expertenwissen konnte damit neue Erkenntnisse bezüglich Dringlichkeit und Machbarkeit einbringen.

### **3.4 Kostendarstellung**

Die Fragestellung, wie die Kosten im Medikamentenprozess des Alterszentrums reduziert werden können, wurde versucht mittels einer Kostenanalyse festzustellen. Da aus den Prozessanalysen speziell für das Richten der Medikamente klare Messungen hervorgingen und in diesem Teilprozess des Medikamentenprozesses am ehesten Alternativen zur aktuellen Vorgehensweise existieren, wurde beschlossen, die Kostenanalyse auf den Teilprozess des «Medikamente Richtens» zu fokussieren.

Zu diesem Zweck wurden bei der Abteilung Human Resources-Abteilung von Alter und Pflege der Stadt Winterthur Informationen zu den aktuellen Durchschnittslöhnen aller Personen, die im Medikamentenprozess tätig sind, angefragt, um in diesem Teilprozess die Kosten des Ist-Zustandes zu berechnen. Darüber hinaus wurden via Internet die Löhne von Pharma-Assistenten recherchiert. Auf diese Weise konnte die derzeitige Vorgehensweise analysiert und eine Alternative mit dem Einsatz von Pharma-Assistenten präsentiert werden.

Zusätzlich wurde das roboterunterstützte Richten in die Analyse miteinbezogen, da das Alterszentrum in Zukunft ein Pilotprojekt mit dem Unternehmen Sanetics AG beginnen wird (wurde in Kapitel 2.4.1 beschrieben). Die Projektverantwortliche stellte der Autorin die Offerte des Unternehmens zur Verfügung, die wiederum in die Analyse integriert wurde.

Eine weitere Alternative, die analysiert werden sollte, ist die Verblisterung durch Apotheken. Trotz mehrfacher Anfragen an Apotheken konnten die Kosten für die Verblisterung jedoch nicht ermittelt werden, weshalb der Prozess nicht in die Kostenanalyse aufgenommen werden konnte.

Die Vorgehensweisen wurden zusammen mit den damit verbundenen Kosten in einer Tabelle dargestellt. Die Tabelle soll die Kostenunterschiede transparent darstellen, um eine fundierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen.

### **3.5 Gütekriterien qualitativer Forschung**

Im Bereich der qualitativen Forschung existieren keine universellen oder weitgehend anerkannten Gütekriterien (Genau, 2020). Während sich die quantitative Forschung auf Fakten stützt, fließen bei der qualitativen Forschung Interpretationen der erhobenen Daten mit ein (Genau, 2020).

Aufgrund des möglichen Einflusses der subjektiven Sichtweise auf die Forschung ist es wichtig darzustellen, welche Massnahmen ergriffen wurden, um die Glaubwürdigkeit zu gewährleisten. Die drei Kriterien Transparenz, Intersubjektivität und Reichweite haben in der qualitativen Forschung Anklang gefunden und werden nun in Bezug auf diese Arbeit dargelegt. In Kapitel Limitationen (5.3) werden die Aspekte aufgeführt, die den Gütekriterien nicht gerecht werden oder diese nicht erfüllen.

### **3.5.1 Transparenz**

Die Transparenz dieser Arbeit wird durch eine deutliche Darstellung der verwendeten Methoden sichergestellt. Es wird ermöglicht, den Prozess der Datenerhebung und -analyse nachzuvollziehen. Die Transkription der durchgeführten Interviews trägt ebenfalls zur Transparenz der Auswertung bei und unterstützt somit die Qualität der gesamten Forschungsleistung.

### **3.5.2 Intersubjektivität**

Es ist anzumerken, dass die Vorkenntnisse der Autorin, die seit zwei Jahren in diesem Bereich tätig ist, potenziell einen Einfluss auf die Ergebnisse und die Intersubjektivität haben könnten. Dem wird jedoch durch die geschaffene Transparenz und die detaillierte Beschreibung der angewandten Methoden entgegengewirkt. Zudem trägt die Verwendung verschiedener Methoden und Datenquellen zur Untersuchung der Forschungsfragen dazu bei, die Glaubwürdigkeit und somit die Intersubjektivität der Arbeit zu erhöhen. Die klare Beschreibung der Kategorien zusammen mit den Kategorienmemos trägt zur Steigerung der Intercoderreliabilität (Mayring, 2015, S. 125 f) und somit auch zur Intersubjektivität bei.

Das Einbeziehen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Fokusgruppen sowie das Einholen von Feedback zur Interpretation des Medikamentenprozesses unterstützen ebenfalls die Intersubjektivität.

### **3.5.3 Reichweite**

Vielen Dank für die Klarstellung. Ich würde den Abschnitt wie folgt formulieren: Durch die heterogene Stichprobenziehung werden die wichtigsten Charakteristika der am Medikamentenprozess im AZR Beteiligten zusammengeführt. Durch die mehrfache Durchführung der Fokusgruppen konnten die gemeinsamen Herausforderungen aller Wohngruppen identifiziert werden.

Die Ergebnisse sind somit auf das AZR übertragbar. Ob die Ergebnisse auch auf andere Alterszentren übertragbar sind, hängt davon ab, wie ähnlich deren Medikamentenprozess aufgebaut ist. Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass die Ergebnisse der Fallstudie nicht verallgemeinert werden können und nur für das untersuchte Altersheim gelten.

## **4. Ergebnisse**

Im folgenden Kapitel werden sämtliche Ergebnisse der angewandten Methoden anhand der 4-Schritte-Methode von Wagner und Lindner (2017) präsentiert. Kapitel 4.1 beschreibt wertfrei den Schritt der «Identifikation und Abgrenzung» anhand der durchgeführten Prozessbeobachtung. Es soll ein umfassendes Verständnis des Medikamentenprozesses und der Abläufe auf den Wohngruppen ermöglichen.

In Kapitel 4.2 dient die Kategoriensynthese der Mitarbeiterinterviews dazu, den Ist-Zustand darzulegen. Es wird identifiziert, welche Probleme bezüglich der Medikamentensicherheit und -effizienz durch die Mitarbeitenden wahrgenommen werden und deren Pains und Gains beschrieben.

Kapitel 4.3 widmet sich dem angestrebten Soll-Zustand. In den Fokusgruppen wurden hierzu Lösungsvorschläge in Bezug auf die in den Interviews genannten Medikamentensicherheitsdefizite und Pains erarbeitet. Diese erarbeiteten Lösungsvorschläge wurden in einem unstrukturierten Gespräch mit der Pflegeexpertin besprochen und durch diese auf die Machbarkeit überprüft und priorisiert.

Diese Darstellung der Ergebnisse ermöglicht es, eine ganzheitliche Betrachtung der Herausforderungen und Chancen im Medikamentenprozess zu erlangen.

### **4.1 Identifikation und Abgrenzung**

#### **4.1.1 Prozessbeobachtung**

Im nachfolgenden Kapitel werden die Prozessbeobachtungen der Wohngruppen im AZR detailliert und präzise dargelegt. Um eine ansprechende und gut strukturierte Darstellung zu gewährleisten, wurden die Wohngruppen in einzelnen Swim-Lane-Diagrammen visualisiert. Dabei wurde die Autorin von der BPMN-Methode (Business Process Model and Notation) inspiriert, um die Prozesse in einer grafischen Form darzustellen. Die durchgeführte Beobachtung ermöglichte einen umfassenden Einblick in die Prozessabläufe und lieferte somit wichtige Erkenntnisse über die Medikamentenprozesse sowie die damit verbundenen Medikamentensicherheits-problematiken und Schwierigkeiten.

Die Beobachtungen werden wertfrei beschrieben, bereits identifizierte Herausforderungen in Bezug auf die Effizienz und Medikamentensicherheit flossen erst in den späteren Erhebungen (Interviews, Fokusgruppen und Expertengespräch) mit ein.

Zunächst findet eine Erläuterung der Schritte statt, die in allen Wohngruppen einheitlich durchgeführt werden. Diese beinhalten das Richten der Medikamente, die Abgabe von Reservemedikamenten und die Interaktionen mit Hausärzten.

Nach der detaillierten Darlegung der allgemeinen Prozesse wird der Prozess jeder einzelnen Wohngruppe visualisiert anhand des BPMN-Modells dargelegt, worauf eine Beschreibung der einzelnen Prozessschritte folgt. Es werden genaue Informationen zu den beobachteten Abläufen beschrieben, um ein umfassendes Bild der Prozessschritte zu präsentieren.

Die Prozesslandkarten sind einheitlich aufgebaut. Jede "Lane" repräsentiert einen Dienst im Pflegealltag. Der Prozess beginnt mit dem Frühdienst und wird anhand eines Zeitstrahls fortgeführt. Abgeschlossen wird der Prozess mit dem Nachtdienst. Der Rapport zwischen Nacht und Frühdienst wurde grafisch nicht eingeschlossen, da die Darstellung in der Übersicht beeinträchtigt würde. Dieser findet immer um 7:00 Uhr statt. Weiter sind die Hausärzte und die Apotheke als «Black-Box-Pool» enthalten, da sie mit dem Prozess in Berührung kommen, die Vorgänge innerhalb ihres Systems jedoch nicht erforscht wurden.

Dieser einheitliche Aufbau der Prozesslandkarten ermöglicht eine konsistente Darstellung und Vergleichbarkeit der verschiedenen Dienste und Wohngruppen. Es erleichtert die Identifizierung von Mustern, Abweichungen und Optimierungspotenzialen im Medikamentenprozess. Es ist jedoch wichtig anzumerken, dass die dargestellten Abläufe spezifisch für die beobachteten Tage sind und sich an anderen Tagen möglicherweise unterscheiden können. In Tabelle 2 werden infrastrukturelle Grundlagen erläutert.

Tabelle 1: Beschreibung Infrastruktur

Infrastruktur	Beschreibung
<b>Medikamentenbecher</b>	<p>Jede Farbe steht für eine Abgabezeit. Die Becher können mit einem Deckel verschlossen werden.</p> <p>Weiss – 08:00 Uhr</p> <p>Gelb – 11:20Uhr</p> <p>Blau – 17:30 Uhr</p> <p>Rot – 20:00Uhr</p> <p>Grün – 00:00-06:00 Uhr</p>
<b>Medikamentenschrank</b>	<p>In den Wohngruppenbüros gibt es einen Medikamentenschrank, in welchem die Bewohnermedikamente aufbewahrt werden.</p>
<b>Betäubungsmittelschublade</b>	<p>In dem Medikamentenschrank befindet sich eine zusätzlich verschlossene Schublade, in welcher die Betäubungsmittel (BTM) aufbewahrt werden. Dafür gibt es einen separaten Schlüssel und jedes Medikament, das entfernt wird, muss im BTM-Ordner mit Visum ausgetragen werden.</p>
<b>Medikamentenschieber</b>	<p>Pro Bewohner gibt es sieben Medikamentenschieber. Diese sind in Fächer unterteilt, welche für Abgabezeiten stehen.</p>
<b>Rollkorpus</b>	<p>Die Medikamentenschieber des aktuellen Tages befinden sich in einem rollbaren Medikamentenkorpus / Medikamentenwagen.</p>

Weiter wird in Abbildung 6 die Legende der Prozesslandkarten dargestellt. In der «Lane»-Beschriftung wurde erfasst, wie viele Pflegende in der entsprechenden «Lane» inkludiert wurden, da dies pro Wohngruppe etwas variierte, mit dem Ziel Übersicht zu verschaffen.





Abbildung 6: Legende Grafiken Medikamentenprozess (eigene Darstellung)

#### 4.1.2 Allgemeine Prozesse im Medikamentenprozess AZR

##### Medikamente richten

Der Prozess des Richtens der Medikamente ist auf jeder Wohngruppe weitgehend gleich. Einmal pro Woche werden die Medikamente aller Bewohner für die kommende Woche gerichtet. Dazu wird entweder ein Tablet oder ein Laptop verwendet, um die Medikamentenliste der Bewohner zu öffnen. Jeder Bewohner hat seine eigene Medikamentenkiste, für die speziell die Medikamente bestellt und von der Apotheke verrechnet werden.

Zu Beginn werden die Kiste des Bewohners und die sieben Schieber für jeden Wochentag vorbereitet. Anschliessend wird gemäss der Medikamentenliste vorgegangen und die Schieber mit den entsprechenden Medikamenten befüllt. Dieser Vorgang wird nacheinander für jeden Bewohner ausgeführt. Diesen Prozess des Richtens übernimmt in der Regel der "Medikamentendienst", welcher je nach Wohngruppe unterschiedlich ist. Insbesondere in Wohngruppe 2 und 3 wird das Richten der Medikamente regelmässig von der LWG durchgeführt.

Die Person, die die Medikamente richtet, ist auch für die Bestellung der Medikamente verantwortlich. Bestellt werden Medikamente, die nicht für sieben Tage ausreichen würden. Die Bestellung erfolgt über das Care Coach System, wo in der Medikamentenliste der Bewohner eine «Bedarfsmeldung» erfasst werden kann.

Am Ende können alle Bedarfsmeldungen über das «Bestellmodul» exportiert und per E-Mail an die Apotheke gesendet werden. Die Apotheke liefert die Medikamente am Mittwoch und Freitag aus. In dringenden Fällen werden auch Notfalllieferungen durchgeführt, bei denen ein Mitarbeiter der Apotheke die Medikamente noch am selben Tag vorbeibringt.

Aus den Beobachtungen ging hervor, dass im Schnitt von 07:00 Uhr bis um 14:00 Uhr die Medikamente gerichtet wurden und anschliessend für 20 – 30 Minuten das Bestellen erfolgte und anschliessend noch 15 – 20 Minuten alles desinfiziert und aufgeräumt wurde. Während die LWG nach diesen Tätigkeiten zu ihrer Büroarbeit übergang, wurde von den anderen beteiligten Berufsgruppen nach Arbeit gesucht, und sie unterstützte das Team am Nachmittag noch bei der Betreuung der Bewohnenden für zirka eine Stunde. Abbildung 11 dient der Veranschaulichung des Prozesses.

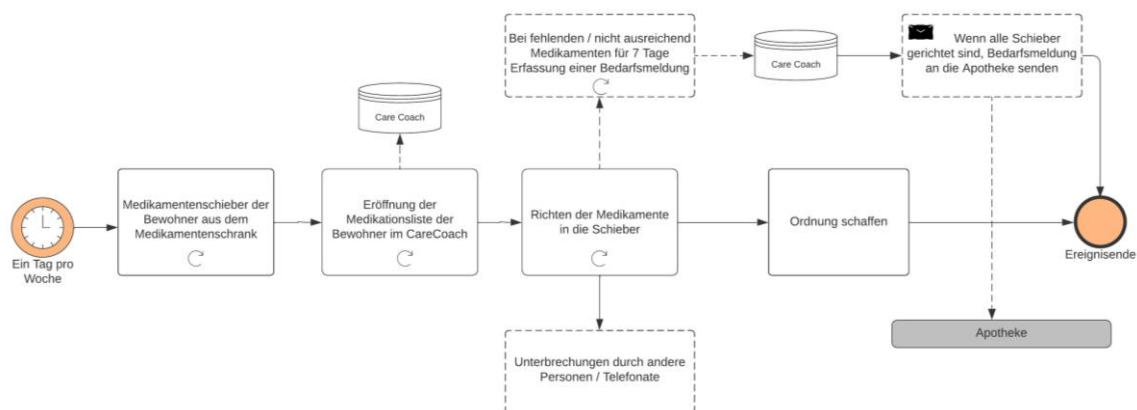


Abbildung 7: Teilprozess - Medikamente richten (eigene Darstellung)

Während der Prozessbeobachtungen wurden die Medikamente zwei Mal durch die Leitung der entsprechenden Wohngruppe und einmal durch eine Fachperson Betreuung gerichtet. Eine diplomierte Pflegefachperson wurde bei der Tätigkeit nicht beobachtet.

### Abgabe von Reservemedikationen

Neben der regelmässigen Einnahme täglicher Medikamente werden durch die Hausärzte auch eine Liste von Medikamenten verordnet, die bei Bedarf von den Pflegekräften verabreicht werden können. Diese speziellen Medikamente werden auch als "Reservemedikation" bezeichnet und dienen dazu, Unwohlsein oder akute Beschwerden wie Übelkeit, Schmerzen oder Unruhe bei den Bewohnern zu lindern.

Der Prozess der Abgabe von Reservemedikation wurde bereits kurz in Bezug auf Wohngruppe 3 erwähnt und wird nun in der anschliessenden Abbildung 12 genauer visualisiert.

Wenn ein Bewohner mit einer Beschwerde zu einer Pflegekraft kommt, überprüft diese zunächst die Liste der Reservemedikationen, um festzustellen, ob ein entsprechendes Medikament verordnet wurde. Wenn ein passendes Medikament vorhanden ist, wird dies im Care Coach System eingetragen und dem Bewohner verabreicht.

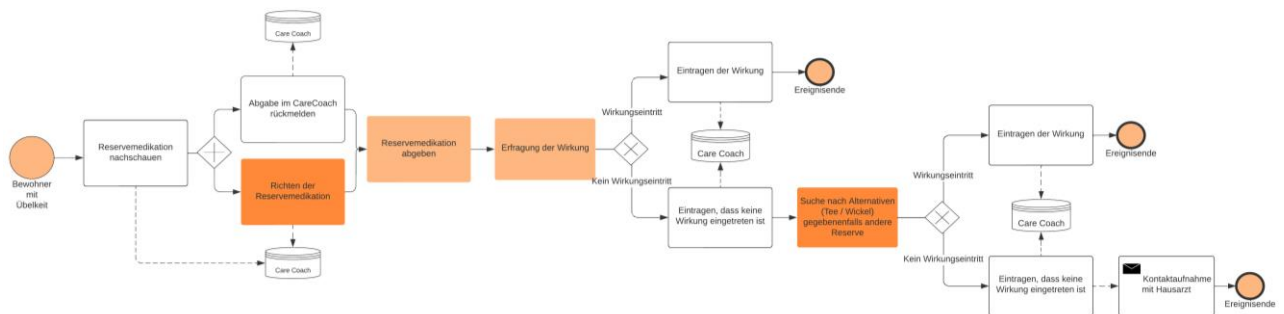


Abbildung 8: Teilprozess - Abgabe von Reservemedikation (eigene Darstellung)

Beim Eintragen der Medikamentenabgabe im System wird direkt nach dem erwarteten Zeitpunkt des Wirkungseintritts gefragt, diesen kann die Pflegende anwählen, die Standardvorgabe beträgt jedoch 30 Minuten. Also begibt sich die Pflegende nach etwa 30 Minuten zum Bewohner und erkundigt sich, ob die Wirkung des verabreichten Medikaments eingetreten ist. Falls ja, wird das Ereignis als abgeschlossen betrachtet. Falls nicht, ist die Pflegekraft dazu angehalten, nach Alternativen zu suchen. Es kann entweder mit alternativen Therapien oder möglicherweise sogar mit der Verabreichung einer zweiten Reservemedikation versucht werden, die gewünschte Linderung zu erreichen. Falls nach erneuter Evaluation immer noch keine Wirkung eingetreten ist, wird Rücksprache mit dem Hausarzt gehalten und nach weiteren Lösungen gesucht.

Bei den Beobachtungen auf den Wohngruppen fiel auf, dass Alternativen zu den Medikamenten (wie Wärme, Tee, Aromatherapie, usw.) nicht angeboten wurden.

### Verordnung durch einen Hausarzt

Da jeder Bewohner einen eigenen Hausarzt hat, werden Probleme oder Fragen telefonisch oder per E-Mails an die Hausärzte weitergeleitet. Die Antworten erfolgen meist per Mail und durch das Senden einer Verordnung. Der Prozess des Erhalts der Verordnung wurde bereits bei der Wohngruppe 1 visualisiert, ist aber in Abbildung 14 etwas detaillierter dargestellt. Das Einfordern der Verordnung ist nur ein kleiner Prozessschritt in Form des Schreibens einer E-Mail und wurde bei der Wohngruppe 2 dargelegt. Es muss jedoch nicht sein, dass die Verordnung aktiv durch die Pflege eingefordert wird, es kann auch sein, dass Hausärzte die Änderungen vornehmen oder Angehörige eine Änderung erbitten.

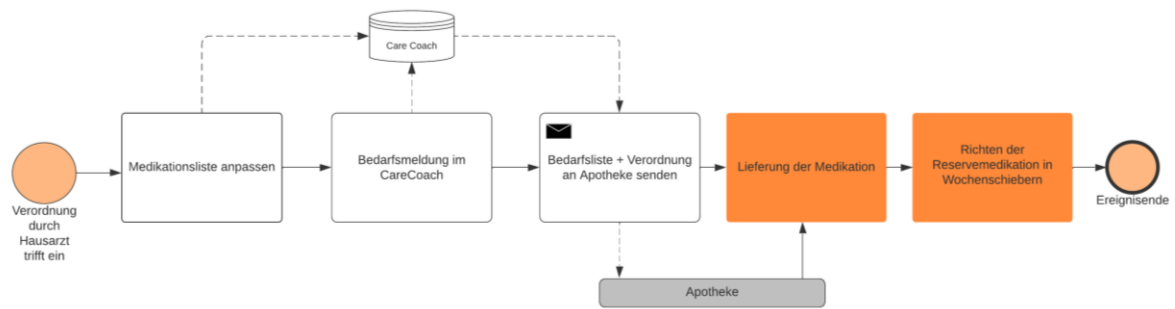


Abbildung 9: Teilprozess - Verordnung durch Hausarzt (eigene Darstellung)

Nachdem die Pflege die Verordnung des Hausarztes erhalten hat, wird diese im Care Coach aufgenommen. Das Medikament wird nach dem 4-Augen-Prinzip in die Liste der Medikamente integriert. Anschliessend wird ein Bedarf für das Medikament erfasst, die Bedarfsmeldung exportiert und an die Apotheke weitergeleitet. Diese fügt sie der Lieferung des nächsten Termins hinzu oder bringt das Medikament in Notfällen am Abend noch vorbei.

### 4.1.3 Wohngruppe 1

Die Wohngruppe 1 zeichnet sich dadurch aus, dass pro Dienst jeweils nur eine Person für die Medikamente verantwortlich ist. Die Abbildung 7 zeigt den gesamten Prozess wie er während der Beobachtungen stattfand. Zwischen Früh- und Spätdienst wurde eine Lane «Hilfspersonal» eingefügt, diese stellt die Personen dar, welche nicht in der Medikamentenverantwortung tätig waren, aber trotzdem Leistungen im Medikamentenprozess erbrachten.

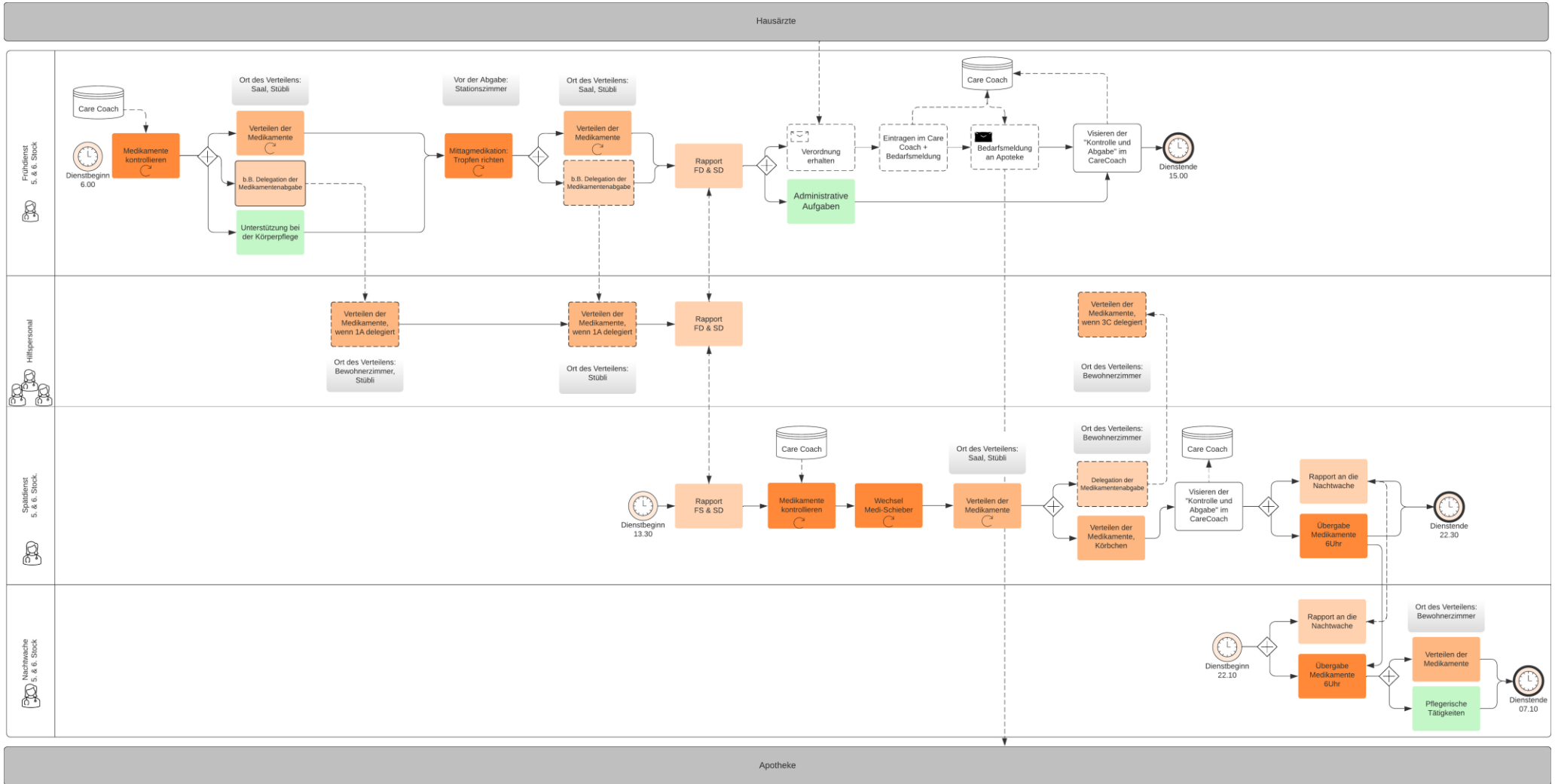


Abbildung 10: Medikamentenprozess WG 1 (eigene Darstellung)

## **Frühdienst**

**06:00 – 06:55 Uhr:** Der Dienst der Tagesverantwortung (TV), auch als 1A-Dienst bezeichnet, beginnt um 06:00 Uhr. Zunächst werden die rollbaren Medikamentenwagen gereinigt und bereitgestellt. Es gibt einen Medikamentenkörper für den «Saal» und einen für das «Stübli».

Im Care Coach wird mit dem Tablet die Medikamentenliste des jeweiligen Bewohners aufgerufen und so die gerichteten Medikamente mit der aktuellen Medikamentenliste im elektronischen Dokumentationssystem überprüft. Bei der Kontrolle werden die Medikamente, nachdem das Blister / die Verpackung entfernt wurde (Entblisterung), wieder in den Medikamentenschieber gegeben. Es werden die oralen Medikamente für morgens und mittags kontrolliert und ausgeblistert.

Da die Betäubungsmittel nicht bereits in den Medikamentenschiebern vorgerichtet werden, werden diese nun aus der BTM-Schublade herausgenommen und in die Schieber gegeben. Die Medikamente werden direkt im «BTM-Ordner» mit Visum ausgetragen.

Die Tropfen der Morgenmedikation werden in den weissen Medikamentenbechern vorbereitet und mit einem beschrifteten Deckel versehen. Neben die Medikamentenschieber stellt man zusätzlich leere weisse Becher, um zu signalisieren, dass in den entsprechenden Schiebern auch noch orale Medikamente enthalten sind.

**06:50 Uhr:** Weitere Personen treffen im Stationszimmer ein, wodurch der 1A-Dienst zwei Mal angesprochen wird und parallel zum Medikamentenrichten ein Gespräch mit einer anderen Person führt.

**07:00 Uhr:** Der Rapport mit der Nachtwache findet statt.

**07:15 Uhr:** Einer der Medikamentenwagen wird ins Stübli gebracht, während der andere mit dem Aufzug in den 1. Stock in den Saal gebracht wird. Zu diesem Zeitpunkt befinden sich noch keine Bewohner beim Frühstück.

**07:20 - 09:15 Uhr:** Der 1A-Dienst beginnt bei einer Bewohnerin im 6. Stock und bringt ihr die Morgenmedikation ins Zimmer, weil diese es täglich so wünscht. Anschliessend unterstützt er die ihm zugeteilten Bewohner bei der Körperpflege.

Es fällt auf, dass der 1A-Dienst nach jeder durchgeführten Körperpflege einen Blick ins Stübli wirft, um zu prüfen, ob Bewohner vor Ort sind, die ihre Morgenmedikamente noch erhalten müssen.

Weiter fällt auf, dass die Person im Durchschnitt alle 20 Minuten in den Saal geht, um auch dort zu überprüfen, ob Bewohner anwesend sind, die auf ihre Morgenmedikamente warten. Während der Beobachtung wird dieser Weg fünf Mal gemacht, wobei vier Mal ein Medikament an einen Bewohner abgegeben wird und einmal keine Abgabe von Medikamenten erfolgt, das Warten auf einen der beiden Lifte dauert zwischen 20 Sekunden und 1.5 Minuten. Die Medikamente werden jeweils direkt vor der Abgabe vom Medikamentenschieber in einen weissen Medikamentenbecher geleert und an die Bewohner ausgehändigt.

Beendet ist der Prozess des Verteilens durch den 1A-Dienst um zirka 09.15Uhr.

**07:50 - 08:45 Uhr:** Da neben dem 1A-Dienst auch andere Mitarbeiter die Befugnis zur Medikamentenverteilung haben, werden durch zwei zusätzliche Personen Medikamente im Saal und Stübli abgegeben. Wenn diese Mitarbeiter die Bewohner zum Frühstück begleiten, geben sie die Medikamente aus dem vor Ort stehenden Medikamentenkopus direkt ab, sofern sie noch im Wagen sind. Weiter werden einmal einem 1B-Dienst (Dienst von 7:00-16:00 Uhr ohne Medikamentenverantwortung) die Medikamente mit Deckel in die Hand gegeben, um diese einer bettlägerigen Bewohnerin nach der Körperpflege einzugeben.

**11:00 Uhr:** Die Tropfen für die Mittagsmedikation werden in den Bechern gerichtet, mit Deckel verschlossen und zusätzliche gelbe Medikamentenbecher neben die Medikamentenschieber gestellt, welche Mittagsmedikation enthalten.

**11:20 – 11.35 Uhr:** Die Abgabe der Medikamente findet erneut im Stübli wie auch dem Saal im 1. Stock statt. Die Bewohnenden, welche nicht selbstständig sind, werden zum Mittagessen ins Stübli gebracht und erhalten hier ihre Medikamente durch den 1A- wie auch den 1B-Dienst, wenn der 1A-Dienst noch nicht vor Ort ist.

**11:40 – 11:50 Uhr:** Die Medikamente werden von den Schiebern in die gelben Medikamentenbecher gekippt und an die Bewohnenden ausgegeben. Am Mittag sind alle Bewohnenden, die im Saal ihre Mahlzeiten einnehmen, vor Ort, es können somit alle Medikamente in einem Mal verteilt werden. Auf dem Herunterweg muss man drei Minuten mit einer Bewohnerin auf den Lift warten, während der Hochweg eine Wartezeit von zirka einer Minute beinhaltet.

**13:30 Uhr:** Beginn des 3C-Dienstes und kurzer Rapport über Geschehenes vom Morgen.

**13:50 – 14:50 Uhr:** Nachmittags fallen für den 1A-Dienst administrative Tätigkeiten an. Am Morgen wurde eine eingeforderte Verordnung, welche am Vortag angefragt wurde, durch den Hausarzt an die Wohngruppe gesendet. Der 1A-Dienst aktualisiert im Care Coach die Medikamentenliste des betreffenden Bewohners und meldet den Bedarf im Bestellsystem. Die Verordnung sowie die Bedarfsmeldung werden anschliessend an die Apotheke weitergeleitet.

**14:50 – 15:00 Uhr:** Der 1A-Dienst visiert im Care Coach, dass die Morgen- und Mittagsmedikation durch ihn kontrolliert und abgegeben wurde. Um 15 Uhr ist der TV-Dienst beendet.

### **Spätdienst**

**14:00 – 15:00 Uhr:** Nach dem Rapport beginnt der Spätdienst die Kontrolle der Abend-, Nacht- und der 06:00 Uhr-Medikation. Dazu werden wie bei jeder Kontrolle am Laptop im Care Coach die entsprechenden Medikamentenlisten konsultiert, der 3C-Dienst sitzt dazu am Schreibtisch und deponiert die Medikamentenschieber neben sich. Das Richten der Medikamente erfolgt in diesem Dienst in Medikamentenbecher, auf deren Deckel beschriftet ist, für welchen Bewohner um welche Uhrzeit die Abgabe erfolgen soll. Die Abendmedikamente befinden sich im blauen Becher, die 20:00 Uhr-Medikamente im pinken Becher und die Medikamente, die durch die Nachtwache abgegeben werden, im grünen Becher. Es werden alle Tropfen vorbereitet (17:30 Uhr- und 20:00 Uhr-Medikationen). Die Betäubungsmittel, welche meist um 20:00 Uhr abgegeben werden, trägt der 3C-Dienst aus und richtet diese im entsprechenden Becher.

Anschliessend erfolgt der Wechsel aller Medikamententageschieber des Rollkorpus als Vorbereitung für den nächsten Tag. Die Becher der Abendmedikation werden neben die Schieber gestellt, während die 20:00 Uhr- und 06:00 Uhr-Medikationen in kleine Plastikkörbchen gestellt werden.

Es fällt auf, dass viele Personen in das Stationsbüro laufen und ein Lärmpegel besteht. Dem 3C-Dienst werden während der Kontrolle zwei Fragen gestellt und er wird in ein Gespräch involviert.

**17:30 – 17:50 Uhr:** Die Abgabe der Medikamente erfolgt einmal nur durch den 3C-Dienst und ein anderes Mal werden einige Medikamente an andere Mitarbeiter delegiert, um diese an die Bewohner abzugeben. Es werden jeweils erst alle Medikamente im Stübli verteilt und anschliessend mit dem Medikamentenwagen in den Saal gefahren.



Dort sind alle Bewohner vor Ort und alle Medikamente können in einem Mal abgegeben werden. Die Becher werden direkt aus dem Wagen an die Bewohnenden abgegeben.

**20:00 – 21:30 Uhr:** Die Nachtmedikationen werden in den Plastikkörbchen verteilt. Der 3C-Dienst geht jeweils mit dem Körbchen in die Zimmer der Bewohnenden und gibt vor Ort die Medikamente an die Bewohner. Das Körbchen ist stets in Sicht. Diese Abgaben erfolgen je nach Verordnung zwischen 20:00 Uhr bis 21:30 Uhr.

**22:10 Uhr:** Es erfolgt das Quittieren, dass die Medikamente durch den 3C-Dienst kontrolliert und abgegeben wurden. Anschliessend findet der Rapport mit der Nachtwache statt und das Körbchen mit den 06:00 Uhr-Medikamenten wird an die Nachtwache ausgehändigt.

**22:30 Uhr:** Der Spätdienst beendet seinen Dienst.

#### **Nachtwache:**

**22:10 Uhr:** Dienstbeginn. Nach dem Rapport mit dem Spätdienst müssen keine Medikamente kontrolliert werden, da diese bereits durch den Spätdienst bereitgestellt wurden. Während der Nacht haben keine Bewohnenden Medikamente, es kann jedoch dazu kommen, dass Reservemedikationen abgegeben werden müssen. Dieser Abgabeprozess wird genauer in Kapitel 4.1.5 beschrieben.

**05:30 – 06:40 Uhr:** Die Medikamente, welche aus verschiedenen Gründen vor den anderen Medikamenten genommen werden müssen, werden verteilt. Parallel werden auch noch pflegerische Tätigkeiten gemacht. Die Nachtwache hat das Körbchen mit den Medikamentenbechern stets bei sich.

#### **4.1.4 Wohngruppe 2**

In Abbildung 8 wird der Medikamentenprozess der Wohngruppe 2 dargestellt. Der grundlegende Aufbau ist derselbe wie in Wohngruppe 1, jedoch wurden hier im Frühdienst zwei "Lanes" gewählt, da es zwei Frühdienste mit teilweise unterschiedlichen Abläufen und Zeiten während der Beobachtungen gab.

Diese Anpassung ermöglicht es, die spezifischen Routinen und Unterschiede zwischen den beiden Frühdiensten in der Wohngruppe 2 visuell darzustellen. Auch im anschließenden Fliesstext werden die unterschiedlichen Abläufe beschrieben und erleichtern so die Identifizierung von Mustern und Abweichungen.

Das Diagramm ermöglicht wie bereits bei der Wohngruppe 1, einen ganzheitlichen Blick auf den Medikamentenprozess und erleichtert die Analyse und Auswertung der beobachteten Abläufe.

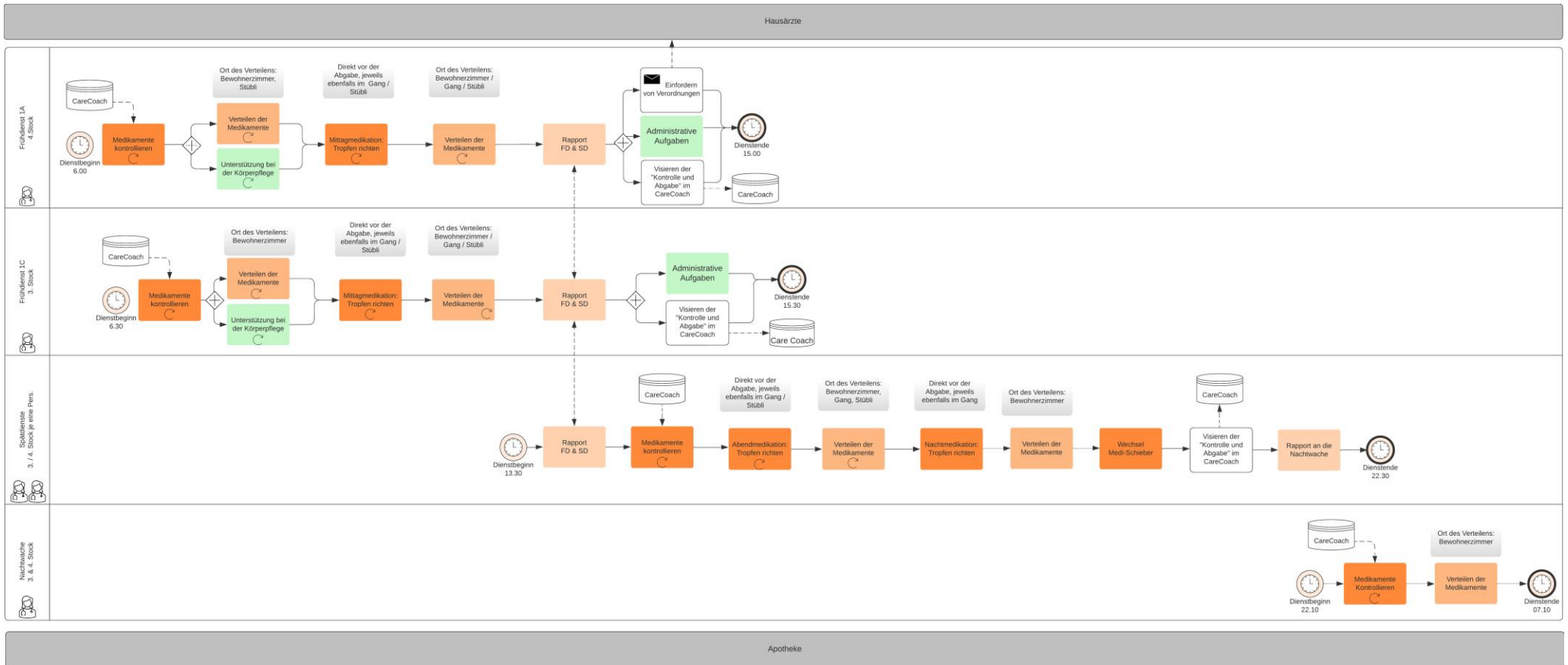


Abbildung 11: Medikamentenprozess WG 2 (eigene Darstellung)

## **Frühdienst**

**06:00 Uhr:** Die 1A-Tagesverantwortung beginnt ihren Dienst und nimmt sich der Medikamente des vierten Stocks an.

**06:30 Uhr:** Der 1C-Dienst startet den Dienst. Diese Person ist für die Medikamente der 20 Bewohner des dritten Stocks verantwortlich.

Die Aufgabe von Dienst 1A besteht darin, neben der Verwaltung der Medikamente im 4. Stock auch die Verantwortung für die gesamte Abteilung zu tragen und einen Überblick über Termine und das Wohlbefinden aller Bewohner zu behalten. Im 4. Stock befinden sich 20 Bewohner, von denen die Medikamente verwaltet und täglich zur richtigen Uhrzeit verabreicht werden. Gleich wie bei den anderen Wohngruppen werden die «Tagesschieber» der Medikamente im rollbaren Medikamentenwagen aufbewahrt.

**06:00 – 06:40 Uhr:** Kontrolle der Medikamente des 4. Stocks durch den 1A-Dienst. Dabei wird die Ablagefläche des Medikamentenwagens genutzt, es erfolgt nicht immer eine Desinfektion der Oberfläche. Die Medikamente werden aus den Medikamentenschiebern entnommen und anhand der Medikamentenliste, die über ein Tablet im Care Coach abgerufen wird, überprüft. Auch hier findet die Kontrolle aller oralen Medikamente für den Morgen und den Mittag statt. Die Morgenmedikamente werden direkt in einen weissen Medikamentenbecher ausgeblistert. Die Tropfen des Morgens werden vorbereitet und der Medikamentenbecher mit einem Deckel verschlossen.

Die Mittagsmedikamente verbleiben im Schieber, Tropfen werden noch nicht gerichtet, sondern die Becher bereitgestellt und ein Klebezettel mit der Angabe über Menge und Uhrzeit auf dem Medikamentenschieber des entsprechenden Bewohners angebracht.

**06:30 – 06:55 Uhr:** Ähnlich geht auch der 1C-Dienst vor. Hier werden jedoch die Morgen- und Mittagsmedikationen in den Schiebern belassen wie bei der Wohngruppe 1 auch. Neben den kontrollierten Medikamentenschiebern werden die Medikamentenbecher für den Morgen und den Mittag bereitgestellt. Das Richten der BTM erfolgt ebenfalls in diesem Schritt, sie werden nach dem Herausnehmen im «BTM-Ordner» ausgetragen.

**06:40 – 07:00 Uhr:** Der 1A-Dienst geht bereits bei gewissen Bewohnern in die Zimmer, um die Medikamente zu verteilen. Einige Bewohner sind wach und nehmen die Medikamente direkt ein, bei anderen Bewohnern wird das Medikament auf den Nachttisch gestellt und der 1A-Dienst geht im Verlauf des Frühdienstes nochmals vorbei, um zu schauen, ob die Person das Medikament eingenommen hat.

**06:45 Uhr:** Weiteres Personal tritt den Dienst an. Der 1C-Dienst wird während des Kontrollierens einmal unterbrochen.

**07:00 Uhr:** Der Rapport mit der Nachtwache findet statt. Wichtiges für den Tag wird besprochen.

**07:15 – 08:40 Uhr:** Es werden durch den 1A-Dienst weiter die Medikamente verteilt. Er nimmt die Becher direkt aus dem Wagen und verteilt diese in den Zimmern. Der Medikamentenwagen bleibt beim Verteilen der Medikamente stets im Gang und wird immer wieder abgeschlossen, wenn er allein gelassen wird. Ein grosser Teil der Medikamente wird in den Zimmern verteilt, einige Medikamente werden dann beim Frühstück im Stübli an die nicht selbstständigen Bewohner ausgehändigt und die Einnahme kontrolliert.

**07:15 – 08:10 Uhr:** Der 1C-Dienst beginnt jetzt mit dem Verteilen. Der 1C-Dienst nimmt jeweils die Schieber in die Hand und leert die darin gerichteten Medikamente in den Medikamentenbecher, um sie den Bewohnern abzugeben. Er geht zielstrebig in die Zimmer des 3. Stocks, zwischendurch wird er aufgehalten durch Gespräche oder durch die Körperpflege bei gewissen Bewohnern, die bereits am Lavabo sitzen. Auch hier ist der Medikamentenwagen stets abgeschlossen, wenn er auf dem Gang stehen bleibt. Es werden alle Medikamente in den Zimmern verteilt.

**11:00 Uhr:** Vor der Abgabe der Mittagsmedikation werden durch den 1A- wie auch den 1C-Dienst die vorbereiteten Klebezettel konsultiert, um die oralen Tropfen für die Bewohner entsprechend vorzubereiten.

**11:10 – 11:30 Uhr:** Die Medikamente werden von beiden Diensten auf ihren jeweiligen Stockwerken verteilt, während sich die Bewohner auf den Weg in den Speisesaal machen. Einige Bewohner stellen die Medikamentenbecher auf ihre Rollatoren und nehmen sie mit zum Essen.

Nicht selbstständige Bewohner nehmen ihre Mahlzeit im Stübli ein, wo die beiden Dienste auf ihren Stockwerken die Medikamente während der Mahlzeit an die Bewohner aushändigen und die Einnahme überwachen.

**12:00 Uhr:** Die Medikamentenwagen werden anschliessend im Stationszimmer versorgt.

**13:30 Uhr:** Es findet ein kurzer Rapport mit den beiden Spätdiensten statt.

**14:00 – 15:00 Uhr:** Die beiden Frühdienste gehen weiteren Aufgaben nach, die je nach Tag und Situation anstehen. Es liegt in der Verantwortung der Tagesverantwortung bei fehlenden Verordnungen oder Problemen den Hausarzt des jeweiligen Bewohners zu kontaktieren und Antworten oder Verordnungen für Medikamente anzufordern, was in der Grafik dargestellt wurde. Eine Antwort kommt zwingend nicht am selben Tag zurück, weitere Informationen dazu werden in Kapitel 4.1.5 beschrieben. Am Ende eines jeden Dienstes wird im Care Coach visiert, welche Person an diesem Tag die Verantwortung für die Medikamentenkontrolle und -abgabe übernommen hat.

### **Spätdienst**

Es wurde für den Spätdienst (3C-Dienst) nur eine «Lane» gewählt, obwohl es zwei Personen sind, da die Prozesse auf beiden Stockwerken mehrheitlich identisch sind und so der Überblick besser gewährleistet wird.

**14:00 – 14:45 Uhr:** Nach dem Rapport beginnen beide Spätdienste die Medikamente ihres Stockwerks zu kontrollieren. Die Kontrolle der Medikamente erfolgt auch hier im Stationszimmer auf den Medikamentenwagen. Die beiden Spätdienste, 3C3-Dienst (für den 3. Stock) und 3C4-Dienst (für den 4. Stock), positionieren sich vor dem Medikamentenschrank. Eine Person kontrolliert die Medikamente mithilfe des Tablets, während die andere Person ein Smartphone verwendet. Sie überprüfen einerseits die Medikamente, die beim Abendessen verabreicht werden als auch die 20:00 Uhr-Medikation. Die Betäubungsmittel werden in die Schieber gerichtet. Beide Dienste richten die ausgeblisterten Medikamente im Medikamentenschieber und stellen einen leeren Medikamentenbecher daneben. Die Tropfen werden erneut nicht im Voraus vorbereitet, sondern mit Klebezetteln oder beschrifteten Deckeln der Medikamentenbecher gekennzeichnet.

Auch auf dieser Wohngruppe fällt der Lärmpegel während der Kontrolle auf. Fünf Mal werden die Spätdienste direkt angesprochen, um Informationen weiterzugeben, die beim Rapport vergessen wurden oder Dinge mitzuteilen, die noch erledigt werden müssen.

**17:00 – 17:40 Uhr:** Das Verteilen der Abendmedikamente beginnt. Beide Spätdienste machen ihre Runde durch die Zimmer, werden dabei einige Male von vorbeigehenden Bewohnern angesprochen, die ihre Medikamente direkt auf dem Gang erhalten, damit sie sie selbstständig im Speisesaal einnehmen können. Nicht selbstständige Bewohner erhalten, wie beim Mittagessen auch, die Medikamente im Stübli während des Essens. Die Tropfen werden wieder direkt vor der Abgabe an die Bewohner vorbereitet.

**19:30 Uhr:** Die Medikation um 20:00 Uhr wird bei allen Bewohnenden direkt in ihren Zimmern durchgeführt. Der 3C3- und 3C4-Dienst gehen dazu durch alle Zimmer und nehmen stets den verschlossenen Medikamentenwagen mit. Erneut werden die Tropfen erst kurz vor der Abgabe auf dem Gang vorbereitet.

### **Nachtwache**

**22:20 Uhr:** Die Nachtwache trifft ein und erhält einen kurzen Rapport. Danach wird der Spätdienst entlassen und geht in den Feierabend.

**23:00 – 00:00 Uhr:** Die Nachtwache richtet ihre Medikamente zu Beginn des Dienstes und stellt die Medikamentenbecher mit Deckel und Beschriftung, welcher Bewohner wann die Medikamente erhält, für sich in einem Körbchen bereit.

**05:30 – 06:50 Uhr:** Hier findet dasselbe statt wie auf der Wohngruppe 1. Die Medikamente werden in den Bechern in die Zimmer gebracht und abgegeben. Parallel finden pflegerische Tätigkeiten statt.

**07:10 Uhr:** Der Dienst der Nachtwache ist nach dem Rapport mit dem Frühdienst beendet.

### **4.1.5 Wohngruppe 3**

Die Wohngruppe 3 besteht, wie in Kapitel 2.1.3 beschrieben aus 3 Stockwerken. Im Medikamentenprozess sind im Früh- und Spätdienst wie auch der WG 2 zwei Personen involviert. Eine Person ist für den 2. Stock verantwortlich, während die andere Person die Medikamentenverantwortung für den 1.Stock und das Erdgeschoss trägt.

Die Abbildung 10 veranschaulicht den Prozess vom Früh- bis und mit Nachtdienst. Im Grundsatz ist die Abbildung gleich aufgebaut wie bei den anderen Wohngruppen. Auch hier wurde sich dafür entschieden, zwei Lanes für den Früh- und eine Lane für den Spätdienst zu erstellen. Im Frühdienst bestehen einige Unterschiede, während im Spätdienst nur ein Unterschied besteht, nämlich im Ort der Abgabe der 20:00 Uhr-Medikation, dies wird nachfolgend noch beschrieben. Um Übersicht zu verschaffen, wurden die beiden Spätdienste daher auf einer Lane zusammengefasst.



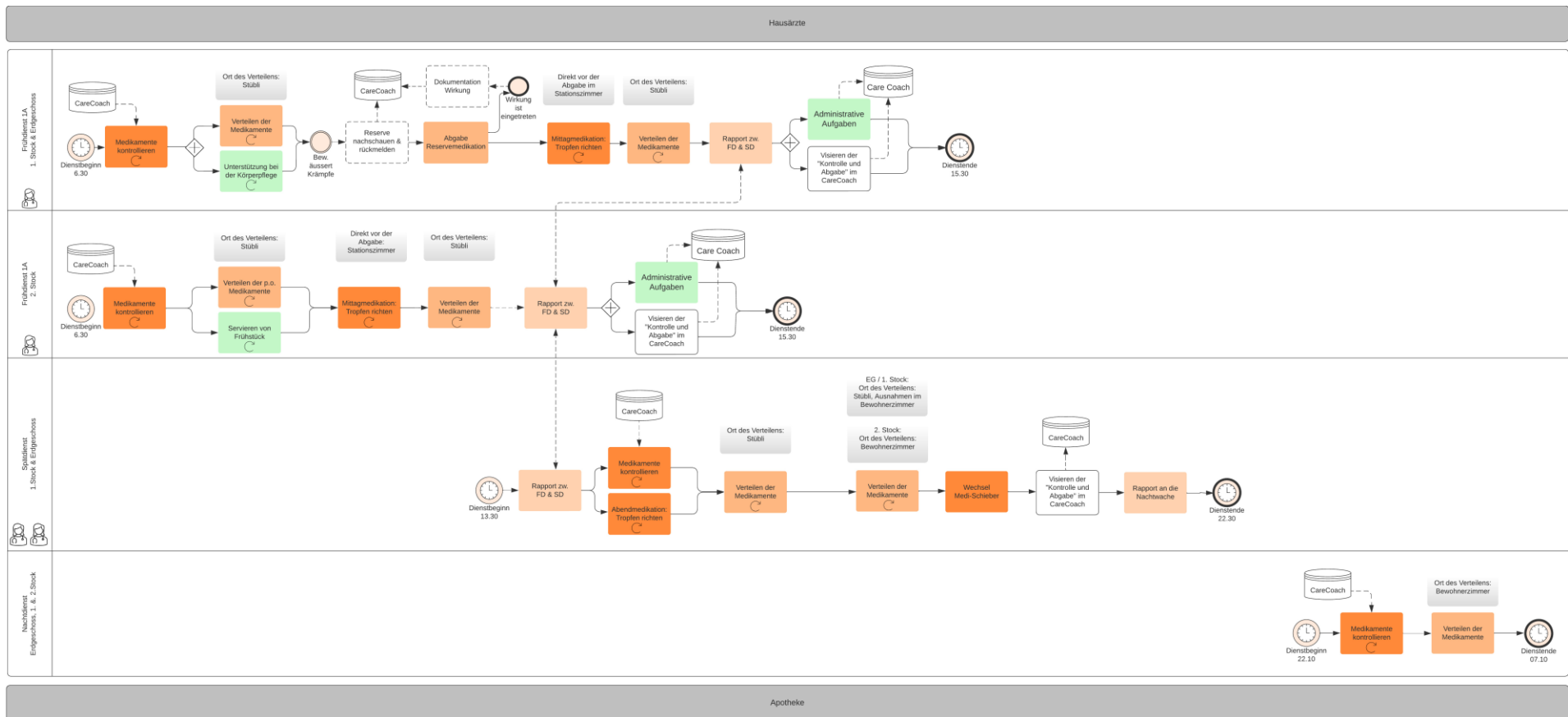


Abbildung 12: Medikamentenprozess WG 3 (eigene Darstellung)

## **Frühdienst:**

**06:00 – 06:45 Uhr:** Der 1A-Dienst des 2. Stocks beginnt (1A2-Dienst), obwohl der Dienst auf dieser Wohngruppe um 06:30 Uhr beginnen würde, bereits um 06:00Uhr mit der Kontrolle der Morgen- und Mittagmedikamente. Nach der Reinigung des Medikamentenkopus wird dieser als Ablagefläche genutzt und mit einem Smartphone mit der Medikamentenkontrolle der Tagesschieber begonnen. Auch hier werden die Medikamente wieder in die Schieber zurückgegeben und die Medikamentenbecher neben diesen bereitgestellt. Erneut werden die Tropfen vom Morgen bereits gerichtet und die vom Mittag mit einem Klebezettel auf den Medikamentenschiebern vermerkt. Die Betäubungsmittel werden erst nachdem alle Medikamente kontrolliert und die Betäubungsmittel bereits in den entsprechenden Schiebern hinzugefügt wurden, alle auf einmal aus dem Ordner ausgetragen.

**06:30 – 06:50 Uhr:** Auch der 1A-Dienst (1A1-Dienst) des Erdgeschosses und 1.Stocks beginnen mit der Medikamentenkontrolle der Morgen und Mittagsmedikation. Hier müssen noch einige Medikamente gemörsert werden, diese werden als einzige Medikamente im Becher gerichtet, der Rest wird auch hier im Medikamentenschieber belassen. Der Medikamentenmörser wird, nachdem alle Medikamente gemörsert sind, gereinigt.

**06:45 – 07:00 Uhr:** Der 1A2-Dienst verteilt bei drei Bewohnenden Medikamente im Bewohnerzimmer, da diese mit Abstand vor dem Morgenessen genommen werden müssen. Es erfolgt eine Einnahmekontrolle.

**07:00 – 09:00 Uhr:** Es erfolgen diverse Abgaben von Medikamenten, alle werden im Stübli den Bewohnern beim Frühstück abgegeben. Die Bewohner, welche zu den Mahlzeiten in den Saal gehen, kommen gegen 8:00 Uhr die Medikamente ebenfalls im Stübli abholen und der 1A2-Dienst muss nicht zu ihnen für die Abgabe. Zwischenzeitlich ist der 1A2-Dienst auch mit Pflegen beschäftigt und schaut immer wieder im Stübli vorbei, ob noch neue Bewohner vor Ort sind, welche noch Medikamente erhalten sollen. Die Medikamente werden stets aus dem Medikamentenschieber in den Becher gekippt.

**08:15 Uhr:** Ein Bewohner äussert bei Erhalt der Morgenmedikamente Krämpfe in den Waden. Der 1A2-Dienst konsultiert Care Coach und die Reservemedikationen und gibt dem Bewohner eine Reservemedikation ab und meldet diese im System zurück. Nach dem Frühstück wird durch den 1A2-Dienst bei dem Bewohner die Wirkung erfragt, welche eingetreten war, dies wird so dokumentiert.

**08:00 – 08:30 Uhr:** Im Erdgeschoss werden alle Medikamente durch die Bewohnenden bei dem 1A1-Dienst im Stübli abgeholt. Der 1A1-Dienst muss in dieser Zeit keine Körperpflege übernehmen, hilft jedoch beim Servieren des Frühstücks bei den Bewohnern, die im Stübli essen. Bewohnende, die im Saal essen sind, im 1. Stock wohnhaft. Diese kommen ebenfalls ins Erdgeschoss, in die geschlossene Abteilung, um ihre Medikamente zu erhalten. Anschliessend wird ihnen die Tür geöffnet, dass sie in den Saal zum Frühstück gehen können.

**09:00 – 10:40 Uhr:** Beide Dienste müssen noch Reservemedikationen abgeben. Um die Übersicht in der Darstellung nicht zu beeinträchtigen, sind diese nicht aufgenommen worden.

**11:00 Uhr:** Die Tropfen für die Mittagsmedikation werden auf beiden Stockwerken vorbereitet.

**11:30 – 11:50 Uhr:** Alle Bewohnenden erhalten ihre Medikamente im jeweiligen Stübli. Bewohnende, welche im Saal essen, kommen erneut vorbei, um ihre Medikamente abzuholen.

**13:30 Uhr:** Beginn des Spätdienstes, kurzer Rapport der beiden Dienste.

**14:00 Uhr:** Der 1A1- und 1A2-Dienst erledigen neben anfallenden pflegerischen Tätigkeiten auch Administratives und visieren ihre «Kontrolle und Abgabe» im Care Coach. Am Nachmittag fallen für den Frühdienst keine Tätigkeiten mit Medikamenten mehr an. Am Tag fällt auf, dass bei der Wohngruppe 3 besonderes Augenmerk auf die Einnahmekontrolle gelegt wird, da es sich um viele psychiatrische Bewohner handelt.

#### **Spätdienst:**

**14:00 – 15:00 Uhr:** Beide 3C-Dienste begeben sich in das jeweilige Stationsbüro und beginnen die Medikamente zu kontrollieren. Diese Kontrolle erfolgt mit dem Care Coach Smartphone auf dem Medikamentenwagen. Es werden die Medikamente für 17:30 Uhr sowie für 20:00 Uhr kontrolliert und in den Medikamentenschieber ausgebläst. Die Tropfen werden bereitgestellt und mit einem Medikamentendeckel beschriftet. Neben die Medikamentenschieber werden die benötigten Becher bereitgestellt (blau und pink), welche um 17:30 Uhr sowie um 20:00 Uhr schnell erkennbar machen, welche Medikamente noch abgegeben werden müssen.

**17:30 Uhr:** Auch hier gibt es keine Probleme bei der Abgabe. Die Bewohnenden erscheinen zum korrekten Zeitpunkt und holen ihre Medikamente ab.

**20:00 Uhr:** Während der 1A2-Dienst mit den Medikamentenbechern in einem Körbchen durch die Zimmer geht und die Medikamente verteilt, kommen beim 1A1-Dienst die Bewohner ihre Medikamente abholen. Zwei Personen erscheinen nicht, worauf der 1A1-Dienst dann in die Bewohnerzimmer geht, um diesen die Medikamente abzugeben.

**20:30 Uhr:** Nach der Abgabe aller Medikamente werden die leeren Medikamentenschieber durch die vom nächsten Tag ersetzt. Beide Dienste visieren, dass sie die Medikamente korrekt kontrolliert und abgegeben haben.

**23.00 Uhr:** Nach dem Rapport mit dem Spätdienst um 22.10 Uhr und dessen Heimgang kontrolliert die Nachtwache die Medikamente der Bewohner, welche um 6:00 Uhr die Medikamente durch sie erhalten. Diese werden in grünen Bechern hergerichtet und mit einem Medikamentendeckel bereitgestellt, damit sie am Morgen direkt abgegeben werden können.

## **4.2 Ist-Zustand**

### **4.2.1 Qualitative Interviews**

Bei den qualitativen Mitarbeiterinterviews lag der Fokus darauf, den Ist-Zustand des Prozesses zu erfassen. Ziel war es, die Perspektive der Mitarbeiter transparent darzustellen, Probleme in Bezug auf die Medikamentensicherheit und ihre Herausforderungen und Erfolge offenzulegen.

#### **Stichprobe**

Von jeder Wohngruppe wurde jeweils eine Person der Berufsgruppen, die im Medikamentenprozess involviert sind, ausgewählt. Insgesamt fanden sechs Interviews statt, davon vier mit männlichen Gesprächspartnern und zwei mit weiblichen. Alle Interviewpartner gaben an, dass sie sich sicher fühlen und offen mit der Autorin sprechen, um einen transparenten Einblick in den Prozess zu gewähren. Aufgrund der zugesagten Anonymisierung der Interviewpartner kann nicht näher erläutert werden, welchen Berufsgruppen sie angehören. Das Durchschnittsalter der Befragten beträgt 28 Jahre, und sie sind im Durchschnitt seit 5,8 Jahren im AZR tätig. Während der Beschäftigungsdauer gab es bei einigen Personen einen Wechsel der Rollen, jedoch waren sie stets in einer Position tätig, die am Medikamentenprozess beteiligt war.

#### **Zusammenfassende Inhaltsanalyse**

Im Folgenden werden die Ergebnisse der semistrukturierten Interviews zusammengefasst, die ausführliche Tabelle ist in Anhang C zu finden.

Wie in Kapitel 3.2.1 beschrieben, erfolgte eine zusammenfassende Inhaltsanalyse. Diese wurde in Kategorien zusammengefasst und bei Bedarf in Unterkategorien aufgeschlüsselt. Die Strukturierung der Interviews wie auch die nachfolgende Darstellung der Ergebnisse erfolgt entlang des Medikamentenpfads. Anschliessend werden externe Faktoren wie die Software Care Coach und die Zusammenarbeit mit Hausärzten und der Vertragsapotheker erläutert.

### **Medikamente richten**

Der *Ablauf* wurde von allen Befragten gleich beschrieben. Es werden einmal wöchentlich die Medikamente der Wohngruppen gerichtet und im Anschluss daran wird direkt eine Bestellung erfasst und an die Apotheke gesendet (1, 2, 3, 4, 5, 6). Weiter wird beschrieben, dass am Wochenende eine Kontrolle der Betäubungsmittel stattfindet (1, 3). Das Richten findet entweder durch den Medikamentendienst (2, 3, 4, 5, 6) oder die LWG statt (3, 4, 5).

Es wurde gesagt, dass die *Zeit*, die für die Tätigkeit gegeben wird, ausreicht (1, 2, 3, 4, 5, 6). Viele sagen aus, dass Personen, welche das Richten häufig übernehmen im Gegensatz zu den anderen deutlich weniger Zeit benötigen (1, 2, 3).

Die häufigen *Ablenkungen* wie die Unterbrechungen und Unruhe im Stationszimmer stellen einen der grössten Pains der Mitarbeitenden dar (1, 2, 3). Begünstigt werden die Ablenkungen durch ein enges Stationszimmer (1). 5 beschreibt, dass das Richten als Verschwendung der Personalressourcen wahrgenommen wird.

Das *Verwalten der Bestände* wird als Teil des Medikamentendienstes beschrieben und wird vom grössten Teil der Befragten nicht als Problem gesehen (2, 3, 4, 5).

### **Medikamente kontrollieren**

Der *Ablauf* ist auch hier auf nahezu allen Wohngruppen ähnlich beschrieben worden. Zwischen 6:00 Uhr und 07:00 Uhr im Frühdienst und 14:00 bis 15:00 Uhr im Spätdienst werden die Medikamente durch entweder eine oder zwei Personen pro Wohngruppe kontrolliert. Zwei Wohngruppen haben pro Dienst zwei Personen (3, 5, 6) in der Medikamentenverantwortung, während auf der WG1 nur eine Person zuständig ist (1).

*Zeitmanagement* wird auch hier bei den meisten als problemlos beschrieben. Die Dauer der Kontrolle liegt zwischen 30 Minuten bis zu einer Stunde (1, 4, 5, 6). Lediglich auf der Wohngruppe 3 erscheint der Frühdienst, welcher für den zweiten Stock verantwortlich ist, vor Dienstbeginn, um fertig zu werden (5, 6)

Auch hier wird *Ablenkung* als Herausforderung beschrieben. Während es im Frühdienst noch ruhig ist (2, 4), gibt es vor allem zwischen 14:00 – 15:00 Uhr Unruhen und Unterbrechungen beim Kontrollieren (2, 5, 6). Weiter seien *fehlende / falsch gerichtete Medikamente* ein zeitraubender Punkt bei den Kontrollen (3, 6). Die *Doppelspurigkeit* im Prozess des Kontrollierens und des anschliessenden Abgebens wird bemängelt (3).

### **Medikamente verteilen**

Dieser Punkt im Medikamentenprozess wurde durch viele Interviewpartner ausführlicher beschrieben. Der eigentliche Ablauf wurde hier wenig thematisiert, aber es kamen *parallele Verantwortlichkeiten* bei einigen zur Sprache (1, 2, 3, 4). Man sei zum einen für das Verteilen der Medikamente und zum anderen auch für die Pflege von Bewohnenden zuständig.

Dieser Faktor führe zu *Stress*, welcher wiederum dazu führe, dass die *Einnahmekontrolle* nicht wie eigentlich vorgesehen umsetzbar sei (1, 2, 4). Während auf der Wohngruppe 3 beschrieben wird, dass es eine Erleichterung sei, dass *kurze Wege* bestehen und alle Bewohnenden an einem Ort die Medikamente erhalten (5), wird auf Wohngruppe 1 und Wohngruppe 2 beschrieben, dass Bewohnende gesucht werden müssen aufgrund der *vielen Abgabeorte* (1, 3).

Als Erleichterung beschrieben wird die mögliche Delegation der Medikamentenabgabe an weitere Personen bei guten *Personalressourcen* (1, 3, 5). Wenn diese Ressource jedoch fehlt, nehmen alle negativen Punkte wiederum zu.

### **Medikamentensicherheit**

Die Interviewpartner beschrieben *vergangene Fehler* im Interview, woraus hervorging, dass Verwechslungen von Bewohnenden eines der meistgenannten Probleme war (1, 3, 4, 5, 6). Die fehlende Einnahmekontrolle wurde durch 2 als Fehler beschrieben, da nach dem Verteilen eine Tablette am Boden gefunden wurde und man nicht wusste, woher diese stammt. Das Verwecheln von Dosierungen und das weitere Abgeben von bereits gestoppten Medikamenten wurden als beobachtete Fehler beschrieben (4, 5). Auch wurden Medikamentenabgaben delegiert und durch diese Person dann vergessen und zu spät ausgeführt (1).

*Als mögliche Gründe* werden neben Stress in Verbindung mit mangelnden Personalressourcen (2, 6) auch mangelnde Konzentration nach mehreren wiederholenden Diensten (3), Nervosität (5), Unterbrechungen bei der Abgabe (4) oder die mangelnde Einführung genannt (1, 3). Abgaben von Medikamenten, welche gestoppt wurden, oder das Abgeben der falschen Dosierung sei auch auf die Gewohnheit des Personals zurückzuführen (5).

*Förderung der Medikamentensicherheit* auf den Wohngruppen findet zum einen durch das 4-Augen-Prinzip statt (1, 3, 5) zum anderen werde die Transparenz durch die Kommunikation von Medikamentenfehlern innerhalb des Teams gefördert (1, 4, 6). Da der Medikamentenschrank, der Medikamentenkörper und die BTM-Schublade abgeschlossen seien, können keine Bewohnenden oder unbefugte Personen darauf zugreifen, was ebenfalls einen Sicherheitsaspekt darstellt (3). Das Belassen der Medikamente gemäss Richtlinie von A&P im Medikamentenschieber bis zur Abgabe sei auch ein Faktor, der zu mehr Sicherheit führt (4).

Ob die *Dokumentation der Medikamentenfehler* immer gemacht wird, ist unsicher (1, 2, 5, 6). Grosse Fehler werden eher dokumentiert als kleinere (1, 3). Gründe für die inkonsequente Dokumentation der kleineren Fehler seien Vergessen oder die Einstellung, dass diese nicht so schlimm sind (1, 3). Ein anderer Grund könne Angst sein, dass die Fehler Konsequenzen hätten (3).

Die *Evaluation* der Medikamentenfehler erfolgt durch PEF der WG und PEX (1, 2, 4), woraus Weisungen und neue Vorgehensweisen resultieren, welche durch das Team umgesetzt werden (2, 4).

In den Gesprächen werden *Richtlinien* von A&P zur Sprache gebracht. Es bestehe das Problem, dass diese teilweise nicht umsetzbar seien (1, 2, 3, 6). Es werden Medikamente für andere Dienste vorgerichtet (1, 3) und Deckel beschriftet (6), was gemäss Richtlinie nicht erlaubt ist. Dies führe laut den Befragten aber manchmal zu mehr Sicherheit als zu weniger (1, 3, 6).

### **Polymedikation**

Diese bestehe auf allen Wohngruppen zu einem grossen Teil bei den Bewohnenden (1, 2, 3, 4, 5, 6). Neben Schwindel und Stürzen (1, 4, 5, 6) seien auch Übelkeit, Durchfall (3, 5) und Verwirrtheit (2, 6) beschriebene *Nebenwirkungen*.

*Gründe*, wieso es trotz des anscheinend bekannten Problems dazu kommt, seien zu seltene Evaluationen der Medikamente (5) und viele Diagnosen bei den Senioren (6). 1 beschreibt, dass die Medikamente in der Verantwortung der Hausärzte liegen und teilweise undurchsichtig ist, aus welchem Grund welche Änderungen vorgenommen werden. Die fehlende Evaluation führe dazu, dass Medikamente weiter abgegeben werden, obwohl diese nicht mehr nötig seien (3, 5). Auch dass Bewohnende selbst ihre Medikamente so verlangen und Änderungen irritierend sein können, wird als Grund genannt (3).

Die *PIM-Liste* ist nur zwei Personen von den sechs Befragten ein Begriff (1, 5). Auch *Verschreibungskaskaden* kennen nicht alle, nach der Begriffserklärung wird gesagt, dass diese ein Problem im AZR darstellen (2, 3, 4, 5, 6). Auslöser seien Hausärzte wie auch Pflegende (2, 3, 5). Oft sei die Abgabe der Reservemedikation zu schnell in den Köpfen der Pflegenden, anstatt es erst mit alternativen Mitteln zu versuchen (2, 6).

### **Zusammenarbeit**

Die Zusammenarbeit mit der *Apotheke* sei aktuell gut und entlastend (1, 2, 3, 4). In Bezug auf die Bestellungen und Lieferungen gäbe es teilweise Probleme wie unvollständige Lieferungen sowie Schuldzuweisungen, weil unklar sei, wo der Fehler passiert ist (4, 5, 6). Meist jedoch funktionieren die zweimal wöchentlichen Lieferungen gut und auch Notfall-Bestellungen mit Lieferung am gleichen Tag seien gut möglich (1, 2, 3, 5, 6).

*Hausärzte* hingegen werden als *weniger unterstützend* wahrgenommen. Die Zusammenarbeit wird als suboptimal beschrieben (1, 4), was auf verschiedene Faktoren zurückzuführen ist. Es fänden kaum Visiten statt (1, 2, 5), weshalb die Kommunikation mehrheitlich per E-Mail oder auch mal telefonisch stattfindet. Die Telefonate und E-Mails würden aber zunehmend über die medizinischen Praxisassistenten laufen (3, 5), was die Kommunikation weiter erschwert. Es wurde gesagt, dass Hausärzte nicht auf die Pflegenden hören (2, 4, 6) und angefragte Verordnungen teilweise nicht ausführen (4). 5 beschreibt eine gute Beziehung zu Hausärzten, sagt aber, dass es abhängig sei, wer mit den Hausärzten redet, ob sie Anfragen ernstnehmen.

Die *Zeitspanne bis zur Antwort* wird als gut und innerhalb eines Tages beschrieben (2, 6). Es könne aber auch manchmal mehrere Tage bis zu einer Woche dauern (1, 3, 4).

Die *Teams* stellen eine Entlastung dar, da sie sich gegenseitig unterstützen (2, 3). Jedoch sind die Verantwortlichkeiten bei gewissen Wohngruppen zu unklar definiert (4) und der Informationsfluss nicht immer gewährleistet (3, 4).

### **Care Coach**

Bezüglich der Software wurde gesagt, dass zwei bis drei Baustellen bestehen, welche aber, wenn man sie kennt, kein Problem mehr darstellen (1). Eine Knacknuss seien die *Bestellungen*, diese seien umständlicher als zuvor ohne elektronische Lösung (4, 6), zum einen würde aktuell vieles doppelt gemacht (6), da die Bedarfsmeldung sowie Bestellung nur an Laptops gemacht werden kann, welche eine Mangelware auf den Abteilungen darstellen (1, 6), weshalb die Bestellung zunächst auf Papier aufgenommen und dann in den Laptop übertragen werde.



Die Wirkungsberichte bei den Reservemedikationen werden als Bereicherung wahrgenommen, können aber aufgrund Synchronisationsfehlern der Smartphones übergangen werden, was dazu führt, dass diverse Wirkungsberichte offenbleiben und nicht mehr korrekt evaluiert werden können (1, 2).

Die *Schulung* im Care Coach sei verständlich, aber zu früh gewesen (6), teilweise seien die Mitarbeiter aber trotzdem nicht in der Lage das Programm richtig anzuwenden (3, 5, 6), was zu Fehlern führen könne. Es seien *viele Änderungen* in kurzer Zeit erfolgt, was zu Unübersichtlichkeit und Unsicherheit führte (3, 5).

Wie beschrieben spielen die IT-Strukturen eine Rolle im Pflegealltag, zu wenige Laptops auf den Wohngruppen führen zu umständlicheren Abläufen (1, 6).

### **4.3 Soll-Zustand**

#### **4.3.1 Fokusgruppen**

Die Gruppendiskussionen mit den Wohngruppen verfolgten das Ziel, nach dem Aufdecken der Probleme in den Prozessbeobachtungen und den Mitarbeiterinterviews, den Soll-Zustand des Prozesses zu erfassen und Lösungen zu entwickeln, welche die Medikamentensicherheit verbessern und den Mitarbeitenden den Arbeitsalltag erleichtern.

Wie in Kapitel 3.3.1 beschrieben, wird lediglich der Output aus den Fokusgruppen dargelegt. Strukturiert werden diese Lösungsausgaben anhand der Überkategorien, welche in der zusammenfassenden Inhaltsanalyse gebildet wurden, und anhand der darin genannten Herausforderungen benannt. Dies soll es erleichtern, den Überblick zu behalten und Rückschlüsse auf die Ergebnisse des Kapitels 4.2.1 zu ziehen.

#### **Stichprobe**

Die durchschnittliche Beschäftigungsdauer lag in allen Gruppen über drei Jahren. Das Alter der Teilnehmenden wurde nicht erfragt, da dies nicht relevant erschien. Die Geschlechter waren in allen drei Gruppen heterogen. Aufgrund der unterschiedlichen Arbeitsbelastung konnten leider nicht alle eingeladenen Personen am Workshop teilnehmen, wie aus den Tabellen im Anhang B ersichtlich ist.

## **Output Analyse**

### **Medikamente richten**

*Unterbrechungen / Unruhe:* Um Unterbrechungen und Unruhe zu minimieren, wurden durch die Mitarbeitenden einige Möglichkeiten genannt. Eine besteht darin, Lärmschutzkopfhörer zu verwenden, um störende Geräusche auszublenden. Eine weitere Option ist der Einsatz einer "Bitte nicht stören"-Medikamenten-Weste, die anderen Mitarbeitern signalisiert, dass man gerade ungestört arbeiten muss. Zusätzlich kann das Telefon an eine andere Person übergeben werden, um keine Unterbrechungen durch Anrufe zu erhalten.

*Doppelspurigkeit bei den Bestellungen:* Es wurde vorgeschlagen, die IT-Infrastruktur der Wohngruppen zu verbessern und mehr Laptops zur Verfügung zu stellen. Der Wunsch nach einem eindeutig gekennzeichneten «Medikamenten-Laptop» wurde in allen Gruppen geäußert.

*Suche von Materialien:* Obwohl dies in den Interviews nicht explizit erwähnt wurde, wurde in den Beobachtungen festgestellt, dass die Suche nach Medikamententeilen und Scheren häufig vorkommt. Um dieses Problem anzugehen, wurde die Idee einer speziellen Medikamentenbox mit einer Inhaltsliste vorgeschlagen. Diese Box wäre ausschliesslich für den Medikamentendienst vorgesehen und würde alles enthalten, was für das Richten von Medikamenten benötigt wird.

*Separater Raum:* Ein allgemeiner Wunsch aller Beteiligten ist ein Medikamentenraum, da dieser zu einer Reduktion von Lärm und Unterbrechungen führen würde. Dieser Wunsch wurde von zwei der LWGs während der Fokusgruppen aufgenommen. Er kann noch weitergetragen werden an die Leitung Betreuung und Pflege sowie die Standortleitung.

### **Medikamente kontrollieren**

*Unruhe / Unterbrechung im SD:* Um Unruhe und Unterbrechungen im Spätdienst zu reduzieren, können ähnliche Lösungen wie zuvor erwähnt angewendet werden. Das Tragen einer "Bitte nicht stören"-Weste und von Lärmschutzkopfhörern kann dazu beitragen, dass andere Mitarbeiter erkennen, dass man gerade ungestört arbeiten muss. Die Wohngruppe 3 gab an, dass früher Sperrzeiten für das Stationszimmer von 14:00 bis 14:30 Uhr bestanden, welche wieder eingeführt werden könnten.

*Zeitmanagement (WG 3):* In Bezug auf das Zeitmanagement in Wohngruppe 3 wurde in der betreffenden Fokusgruppe direkt mit der Leitung der Wohngruppe besprochen, dass die Dienstzeit von Dienst 1A zeitlich verschoben werden kann.

Eine mögliche Lösung wäre, den Dienst 1A der Wohngruppe 3 zeitlich mit dem Dienst der Wohngruppe 1 & 2 zu synchronisieren, so dass er um 6:00 Uhr anstatt um 6:30 Uhr beginnt.

### **Medikamente verteilen**

*Lange Wege (WG 1):* Obwohl die Wohngruppe 1 selbst diesen Punkt nicht als Problem beschreibt, summiert sich diese zeitraubende Aktivität insbesondere während des Frühdienstes, wenn der Weg in den Saal mehrmals gemacht wird, um Medikamente zu verteilen. Die Wohngruppe äusserte, dass hierfür keine Alternative bestehe.

*Vorrichtungen der BTMs:* Um das Vorrichten der Betäubungsmittel (BTMs) um 14:00 Uhr für die Einnahme um 20:00 Uhr effizienter zu gestalten wurden verschiedene Möglichkeiten genannt. Eine Variante wäre, fixierte Beschriftungen auf den Medikamentenschiebern anzubringen, welche mit allen Informationen zur Abgabe beschriftet wären. Alternativ könnten die Klebezettel auch laminiert werden und fix in die entsprechenden Fächer der Schieber eingelegt werden. Auf diese Weise wären die Informationen sichtbar, wenn die Medikamente in den Medikamentenbecher gegeben werden, um sie abzugeben und könnten beim wöchentlichen Richten eingelegt oder bei Änderungen entfernt werden.

*Nicht einhaltbare Richtlinien:* Für das Vorrichten der Medikamente für den Nachtdienst auf Wohngruppe 1 wurde die Lösung beschrieben, dass der 1A-Dienst diese um 06:00 Uhr als erste Handlung des Dienstes kontrolliert, um sie dann an die Nachtwache für das Verteilen abzugeben. Diese Regelung bestand bereits und hatte sich damals bewährt.

*Parallele Verantwortlichkeiten:* Da dieser Punkt stark von den Personalressourcen abhängt, konnten hierfür kaum konkrete Lösungen erarbeitet werden, obwohl die Problematik als relevant erkannt wurde. Wohngruppe 2 berichtet davon, dass es eine Entlastung darstellen würde, wenn der Betreuungsdienst, welcher jeweils um 09:00 Uhr den Dienst beginnt, einige der Bewohnenden des 1A-Dienstes übernehmen würde.

### **Medikamentensicherheit**

*Verwechslung:* Die eingeführten Richtlinien, keine Medikamentenbecher anzuschreiben sondern die Medikamente bis zur Abgabe in den Schiebern zu belassen, zeigen laut den Fokusgruppen bereits Wirkung, werden jedoch noch nicht konsequent umgesetzt. Die Umsetzung soll durch Stichproben der Pflegeexpertin auf den Wohngruppen wieder verbessert werden. Es wurde gesagt, dass diese Massnahme der aktiven Überprüfung helfen könnte.

*Dokumentation:* Um die Dokumentation von Medikamentenfehlern zu verbessern, sei laut Fokusgruppen Transparenz entscheidend. Es fehle an Schulung, was als "Medikamentenfehler" gilt und warum eine umfassende Dokumentation wichtig sei. Zudem solle eine offene Atmosphäre in den Teams gefördert werden, indem beispielsweise die Mitarbeiter stärker in die Evaluation von Medikamentenfehlern einbezogen werden. So könne aktives Verständnis für die Massnahmen gewonnen werden. Dies kann dazu beitragen, dass Mitarbeiter sich sicher fühlen, ihre Erfahrungen zu teilen, ohne befürchten zu müssen, dass dies gegen sie verwendet wird.

*Mangelnde Einführung:* Auch hier hängt vieles mit den personellen Ressourcen zusammen, weshalb keine konkrete Lösung erarbeitet werden konnte. In anderen Häusern wurde aber bereits erlebt, dass es eine Person gab, welche für die Einführung aller Mitarbeitenden verantwortlich war. Diese Massnahme würde dazu führen, dass sich jemand verantwortlich fühlt und alle Mitarbeitenden eine gute und die gleiche Einführung bekommen würden.

### **Polymedikation**

*Seltene Evaluationen:* Um die beschriebene «Gewohnheit» und das Vergessen im Pflegealltag zu umgehen, wurde die Massnahme vorgeschlagen, den Schritt «Medikamenten Evaluation» mit dem Senden der Medikamentenliste an die Hausärzte und die Apotheke zur Überprüfung auf die Checkliste der halbjährlichen Beobachtungsphasen zu nehmen.

*Verschreibungskaskaden:* Da es vielen kein Begriff war und die Risiken ebenfalls unbekannt waren, wurde vorgeschlagen Schulungen und Sensibilisierungen anzubieten, um das Thema Verschreibungskaskaden wie auch Polymedikation wieder präsenter zu machen.

### **Zusammenarbeit**

Für einige Probleme in dieser Hinsicht wurden keine Lösungen gefunden, da die Kommunikation an vielen Stellen durch den externen Partner ins Stocken gerät und man diese nicht beeinflussen kann. Es wurde jedoch gesagt, dass das Aufschreiben von Problemen erfolgen könnte und so anhand von gesammelten Vorfällen konkret durch die LWGs auf die Gesprächspartner zugegangen werden kann, um individuelle Lösungen auf die Ungereimtheiten zu finden.

*Unklare Verantwortlichkeiten im Team:* Das Bezugspflegesystem besteht bereits auf allen Wohngruppen. Dies werde teilweise noch zu wenig gelebt, weshalb auch hier von Schulungen und Sensibilisierung gesprochen wurde, so dass jeweils die BZP über Probleme der Bewohnenden informiert wird und diesen aktiv nachgeht.

*Austausch / Kommunikation im Team:* Dass der Austausch per WhatsApp erfolgt und somit ins Privatleben der PPs überschwappt und sonst die Kommunikation nur via Rapporten stattfindet, wird durch die Gruppen selbst nicht als Problem beschrieben. Da dies aber schlechten Informationsfluss generiert, wurde es in den Fokusgruppen als Problem behandelt. Vorschläge waren zusammenfassende E-Mails oder ein Tool innerhalb von Care Coach, wo kurze Übergaben und die wichtigsten Informationen geteilt werden können, ohne die Dokumentation in einem Bewohnerdossier zu nutzen.

### **Care Coach**

*Umständliche Bestellungen:* Der Wunsch, dass die Apotheke direkt auf das Bestelltool zugreifen kann, wurde in allen Gruppen geäußert.

*Falsche Anwendung / Angst vor der Anwendung:* Hier wurde in den Gruppendiskussionen gewünscht, die Möglichkeit zu erhalten aktiv Fragen stellen zu können und bei neuen Mitarbeitenden so früh wie möglich eine Schulung durchzuführen, damit nicht falsche Gewohnheiten in der Anwendung entstehen.

*Schlechte Übersicht:* Das Einführen von Farbcodierungen im Care Coach, Betäubungsmittel beispielsweise rot zu schreiben, wurde durch zwei der Gruppen angesprochen.

### **IT-Strukturen**

*Übersehen von Antwort E-Mails:* Es wird gewünscht, E-Mails mit dem eigenen Login versenden zu können, welche auf den Gruppenaccount umgestellt werden können, sodass die Antwort sicher in den Gruppenaccount zurückgesendet wird.

*Synchronisierungsfehler:* Dieses Problem wurde während der Gruppendiskussionen nicht angesprochen, da dies mit nicht beeinflussbaren Faktoren zusammenhängt.

#### **4.3.2 Unstrukturiertes Expertengespräch**

Nachdem alle Fokusgruppen abgeschlossen und die Lösungsvorschläge zusammengetragen waren, wurden sie der Pflegeexpertin des Alterszentrums Rosental präsentiert. Sie wurde gebeten, ihre Meinung kundzutun und die Lösungsvorschläge zu priorisieren.

Die Pflegeexpertin befürwortet die Umsetzung der Quick-Wins, also Lösungsvorschläge, die sich schnell und niederschwellig umsetzen lassen. Diese sollen erste Priorität umgesetzt werden, da sie mit wenig Aufwand realisierbar sind und rasche Erfolge zeigen. Dazu gehören Massnahmen wie die Bereitstellung von Lärmschutzkopfhörern und "Bitte nicht stören"-Westen für alle Wohngruppen.

Die Evaluation der Bewohnermedikation während der Beobachtungsphasen wurde bereits geplant und wird weiterhin in den Wohngruppen gefördert.

Die Pflegeexpertin unterstützt auch die Einführung laminiertes BTM-Zettel für die Medikamentenschieber, welche wöchentlich gerichtet werden sowie Stichkontrollen auf den Wohngruppen, um die Beschriftungen der Becher vermehrt zu unterbinden. Die fixe Beschriftung der Medikamentenschieber lehnt sie ab, da diese zu Verwirrungen oder Fehlern führen könnte, sollte es eine Änderung in den Medikamenten geben.

Die Sperrzeit der Stationszimmer scheint schwierig umsetzbar zu sein, obwohl sie ein Quick-Win wäre. Dies liegt daran, dass verschiedene Mitarbeiter während dieser Zeit das Stationszimmer benötigen und Dokumentationen vornehmen müssen. Als mögliche Alternative wird ein "Ruhe-Zeitfenster" vorgeschlagen, in dem alle Anwesenden im Stationszimmer den Raum verlassen müssen, sollten sie etwas zu besprechen haben.

Als nächsten Schritt könnte erwogen werden, dass jede Wohngruppe einen zusätzlichen Laptop erhält, der speziell für die Vorbereitung der Medikamente verwendet werden kann und anderweitig als Zusatzgerät dient.

Die Reduzierung langer Wege durch das Verteilen der Medikamente in den Zimmern und der Einsatz des Betreuungsdienstes ab 09:00 Uhr morgens bei der Körperpflege werden ebenfalls als wichtige Punkte angesehen. Die Pflegeexpertin betont jedoch, dass diese Aspekte eine sorgfältige Planung und Unterstützung erfordern und mit den Leitungen der jeweiligen Wohngruppen besprochen werden müssen. Sie stellt daher fest, dass sie gute Optionen für potenzielle zukünftige Anpassungen darstellen.

Auch die Schulungen sind eine gut umsetzbare Intervention. In Zukunft könnten "Kurzschulungen" von etwa 30 Minuten, die gut am Nachmittag in den Pflegealltag integrierbar wären, zu den verschiedenen Themen periodisch geplant werden. Teilnehmen kann, wer an diesem Tag vor Ort ist. Der Wunsch nach der Möglichkeit Fragen in Bezug auf das Medikamententool im Care Coach stellen zu können, ist für die PEX unbegründet. Es findet wöchentlich eine Schreibwerkstatt statt, welche frei für alle Mitarbeiter zugänglich ist und speziell auch für Fragen eingeführt wurde.

Die Anpassungen im Care Coach wurden bereits teilweise mit anderen Pflegeexpertinnen besprochen. Die Idee einer Farbkennzeichnung für BTMs wurde dabei bereits besprochen, wobei man zum Entschluss kam, diese nicht umzusetzen. Der Wunsch, dass die Apotheke auf das Bestelltool zugreifen kann, ist bekannt und in Abklärung.

Da die Apotheken mit verschiedenen Systemen arbeiten und somit diverse Schnittstellen von Nöten wären, erschwert das Implementieren. Die A&P sei in Zusammenarbeit mit der Spitalapotheke des Kantonsspital Winterthur (KSW) und der Medbase-Apotheke.

Der Austausch im Team sollte stets über den Care Coach erfolgen, da die Pflegekräfte sich wieder mehr in die Thematik einlesen sollen und die Kommunikation in der Regel auf einen bestimmten Bewohner bezogen ist. Daher ist für die Pflegeexpertin kein separates Tool für die Team-Kommunikation erforderlich.

Themen wie die Anpassung der IT-Strukturen der E-Mails und das Fehlen einer angemessenen Einführung kann die Pflegeexpertin als PEX nicht direkt beeinflussen, aber sie wird weiterhin darauf hinwirken, da ihr die Probleme ebenfalls bekannt sind.

#### 4.4 Kostendarstellung

Aus den Erkenntnissen der Erhebungen und der Information über den Durchschnittslohn der Berufsgruppen durch das HR wurde eine Auflistung der aktuellen Kosten tabellarisch (Tabelle 3) dargestellt. Diese Kosten legen dar, wie teuer eine Person der jeweiligen Berufsgruppe ist, wenn immer die gleiche Berufsgruppe über ein Jahr an einem Tag der Woche die Medikamente richtet. Dazu wurden die Kosten pro Stunde, hochgerechnet in die Kosten für einen 8.4-Stunden-Dienst und dann in jährliche Kosten mit einem Dienst pro Woche dargestellt.

*Tabelle 2: Medikamente richten - aktuelle Kosten in CHF für eine Wohngruppe*

<b>Kosten aktuelles Medikamente Richten für eine Wohngruppe</b>			
	<b>Stundenlohn</b>	<b>Kosten pro Dienst</b>	<b>Jährliche Kosten</b>
<b>FaGe / FaBe</b>	35.81	300.8	15'641.6
<b>Pflegefachperson</b>	45.25	380.1	19'765.2
<b>Wohngruppenleitung</b>	54.16	454.94	23'656.88

Eine klare Darstellung, wie oft die Medikamente durch welche Berufsgruppe gerichtet wurden, war nicht möglich, da die Dienste nicht immer im Planungssystem erfasst wurden und die Häufigkeiten pro Berufsgruppe nicht berechnet werden konnten.

Neben der aktuellen Vorgehensweise, dass die Medikamente durch Personen aus den Teams gerichtet werden, gibt es auch alternative Möglichkeiten, den Prozess zu gestalten und eine Kosteneinsparung in diesem Teilprozess zu erreichen.

Eine dieser Alternativen besteht darin, eine Pharmaassistentin im Alters- und Pflegeheim zu beschäftigen, die in allen drei Wohngruppen tätig wäre. Bei der Kalkulation der Kosten für diese Option wurde ein durchschnittlicher Jahreslohn von 56'000 CHF zugrunde gelegt. Dieser Wert basiert auf Daten von jobs.ch (o.J.) und entspricht dem durchschnittlichen Gehalt für eine Person mit einer Berufserfahrung von 6 bis 8 Jahren. Das Eidgenössische Personalamt (EPA) berechnet eine durchschnittliche Jahresarbeitszeit von 2091.6 Stunden, inklusive Feier- und Ferientage (EPA, 2022). Daraus resultiert ein Stundenlohn für einen Pharma-Assistenten mit der oben genannten Berufserfahrung von CHF 26.78.

Auf der Grundlage aus den Befragungen und den Beobachtungen wurde angenommen, dass eine erfahrene Person für das Richten der Medikamente sowie die Verwaltung der Bestände zirka sieben Stunden inklusive der obligatorischen Pausen benötigen würde. Hochgerechnet auf die drei Wohngruppen würde sich dies auf 21 Arbeitsstunden pro Woche und insgesamt 1092 Arbeitsstunden pro Jahr belaufen. In Tabelle 3 wurden die Kosten pro Jahr für das gesamte AZR mit diesen Annahmen dargestellt.

Weiter wurden in Tabelle 4 auch die Kosten, für die in Kapitel 2.4.1 vorgestellte Sanetics AG berechnet. Die Daten dafür wurden aus der Offerte der Sanetics AG gewonnen und bieten einen Einblick in die potenziellen Kosten, es ist wichtig zu sagen, dass es sich hierbei noch um Schätzungen der Sanetics AG handelt, da diese sich noch in der Entwicklungsphase des Systems befindet. Die Pilotphase von drei Monaten mit dem Support von vier Wochen vor Ort kostet 5'550 CHF, weiter fallen Kosten pro Bewohner an, die je nach Modell der Firma variieren.

Es wurden zwei Modelle der Sanetics AG in der Kostenanalyse integriert. Einerseits das «Closes Loop Medication»-Modell, andererseits das «Mediacion as a Service»-Modell, welches zusätzlich zu den gleichen Leistungen des «Closes Loop Medication»-Modells auch die tablettenbasierte Medikation vollständig auslagert. Ergänzend könnte «Smartes Zubehör» der Wiegand AG hinzugefügt werden. Die Kosten wurden für das AZR berechnet unter der Annahme, dass dieses mit 108 Bewohnern voll ausgelastet ist.



Tabelle 3: Medikamente richten – Kosten von Alternativen in CHF

<b>Kosten Alternativen in CHF</b>				
<b>Modell</b>	<b>Stundenlohn</b>	<b>Pilotphase</b>	<b>Kosten pro Bewohner</b>	<b>Jährliche Kosten für das ganze AZR</b>
<b>Pharma-Assistent</b>				
	26.78			<b>29'243.76</b>
<b>Sanetics AG</b>				
<b>Closes Loop Medication-Modell</b>		5500	425	mit Pilotphase: <b>51'400</b>
<b>Medication as a Service-Modell</b>		5500	720	mit Pilotphase: <b>83'260</b>
<b>Smartes Zubehör der Wiegand AG</b>			30	<b>3240</b>

Eine weitere betrachtete Option ist die externe Verblisterung von Medikamenten durch Apotheken, welche in Kapitel 2.3.2 dargestellt wurde. Hierfür wurden, in Kapitel 3.4 Apotheken bezüglich der Preise angefragt. Es konnte in Erfahrung gebracht werden, dass die Apotheken gemäss dem Tarifvertrag «Leistungsorientierte Abgeltung» (LOA) das Wochen-Dosiersystem direkt mit der Krankenversicherung des Bewohners abrechnen dürfen, sollte dieser keine Pflegestufe haben. Da die Bewohner des AZR alle mindestens in Pflegestufe 1 eingestuft sind, kann die Apotheke eine Rüstpauschale pro Bewohner und pro Tag an die Institution verrechnen. Laut Aussage einer Apotheke würde es sich bei dieser Pauschale ungefähr um den Preis handeln, den die Institution als Pflegeleistung für das Richten der Medikamente erhält, was durch die Autorin jedoch nicht überprüfbar war. Diese Pauschale konnte durch die Autorin leider nicht in Erfahrung gebracht werden und daher aufgrund der fehlenden Daten nicht in die Kostenanalyse integriert werden.

## **5. Diskussion**

Durch die breite Wahl an Methoden konnten die Ergebnisse aus verschiedenen Quellen erzielt und damit verlässlichere Erkenntnisse gewonnen werden. Die Diskussion behandelt die Erkenntnisse, die über die identifizierten Herausforderungen gemacht wurden. Ebendiese werden erneut in den gebildeten Überkategorien aus den Mitarbeiterinterviews gegliedert, sodass der Rückbezug auf die Ergebnisse ermöglicht wird. Zusätzlich werden Erkenntnisse ins Verhältnis zur bestehenden Forschung gesetzt, und im Kapitel 5.2 neben der Beantwortung der Forschungsfragen Handlungsempfehlungen formuliert. Die Limitationen der vorliegenden Arbeit schliessen das Kapitel ab.

### **5.1 Diskussion der Kategorien**

#### **5.1.1 Medikamente richten**

Wie in Kapitel 2.3.3 beschrieben wurde, passieren laut Kajüter (2023) viele Medikamentenfehler bereits beim Richten. Ein möglicher Grund, der durch die Prozessbeobachtungen sowie Interviews identifiziert wurde, könnte die hohe Anzahl an Unterbrechungen sein, die die verantwortliche Person während des Richtens der Medikamente erfährt. Die Mitarbeitenden nehmen diesen Umstand effektiv als Problem wahr und beschreiben zudem, dass das Beheben von Fehlern in diesem Prozess einen grossen Zeitaufwand bedeutet. Die Doppelspurigkeit, Ineffizienz sowie der Zeitaufwand des Korrigierens resultiert in Stress, der vom Personal wiederum als einer der Hauptgründe für weitere Medikamentenfehler ausgemacht wird.

Eine infrastrukturelle Anpassung mit einem separaten Medikamentenraum würde das Problem der Unruhe und Unterbrechungen während dieses Subprozesses beheben, ist jedoch teuer in der Umsetzung. Das Einführen von Medikamentenwesten und Lärmschutzkopfhörern würde jedoch bereits zu einer Verbesserung dieses Problems führen, was auch durch die Pflegeexpertin bestärkt wurde.

Gauch (2013, S. 48) beschreibt die Wirksamkeit der «Sicherheitswesten» mit einer Reduktion von Unterbrechungen um 47 %. Weiter beschreibt sie eine weitere Methode, die Implementierung einer «no interruption zone», einer sogenannten «Nicht Stören»-Zone, welche ebenfalls zu einer signifikanten Abnahme von Unterbrechungen führen soll (40.9 %). Personen, die sich in dieser Zone befinden, dürfen nicht gestört werden.

Die Kennzeichnung der Zone kann beispielsweise durch eine rote Linie am Boden erreicht und zusätzlich mit dem Tragen von Westen verdeutlicht werden.

Eine weitere Erkenntnis ist, dass das Richten der Medikamente durch diplomierte Pflegende oder Leitungen der Wohngruppen als Verschwendung von Ressourcen wahrgenommen wird. Diese Wahrnehmung wird unter anderem durch die Kostenanalyse in Kapitel 4.4 unterstützt.

Teilnehmer der Fokusgruppen erhoffen sich eine mögliche Entlastung durch die maschinelle Verblisterung von Apotheken. Bereits Lauterbach et al. (2006, S. 8) beschreiben den positiven Einfluss auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis. Kehrel (2015) unterstützt diese Aussage ebenfalls und beschreibt, dass das Pflegepersonal von der maschinellen Verblisterung profitiere, da eine Arbeitsentlastung erzielt wird. Zudem erreiche der Prozess zwei weitere günstige Effekte im Vergleich zu konventionellen, manuellen Arzneimittelversorgungen. Einerseits wird ein reduzierter Medikamentenverbrauch auf individueller Patientenebene und andererseits eine Erhöhung der Versorgungssicherheit durch die Verminderung von Fehl- oder Doppelmedikationen festgestellt.

Laut Pflegenden und behandelnden Ärzten hat die automatische Verblisterung aber auch Nachteile gegenüber der konventionellen Methode. Sie beschreiben, dass man beim Wechsel eines Medikamentes weniger flexibel sei (Kehrel, 2015). Es ist jedoch vorstellbar, dass zukünftig digitale Lösungen genutzt werden können, um Anpassungen im elektronischen Dokumentationssystem direkt an den externen Verblisterungspartner weiterzuleiten. Dadurch könnten die erforderlichen Anpassungen direkt umgesetzt und ein neues Medikamentenblister an das Alterszentrum versendet werden.

Das Wohn- und Pflegeheim Utzingen (Studer & Benninger, 2013) evaluierte ein anderes Konzept, die zentrale Heimapotheke. Dieses baute darauf auf, dass ein Apotheker für die gesamte pharmazeutische Betreuung des Heims verantwortlich gemacht wurde. Weiter wurde ein Pharma-Assistent neben dem wöchentlichen Richten der Medikamente auch mit der Bewirtschaftung der Bestände betraut. Sie beschrieben dadurch einen Zeitgewinn bei der Pflege, weniger Fehler beim Richten sowie Qualitäts- und Sicherheitssteigerung.

Rössing (2017) beschreibt, dass die Betreuung von Alters- und Pflegeheimen durch Apotheker sinnvoll sein kann. Diese hätten einen anderen Blick auf Auffälligkeiten und Symptome möglicher Wechselwirkungen und UAW. Damit könnten sie möglicherweise Probleme wahrnehmen, die von Ärzten und Pflegenden übersehen wurden.

Klinische Pharmazeuten können die Medikationsüberprüfungen bei geriatrischen Patienten am besten durchführen und es zeigte sich, dass sie die Verwendung von Hochrisikomedikamenten und die Genauigkeit der Medikationsschemata verbesserten (Hailu et al., 2020). Durch die dreifache Betreuung durch Pflege, Hausärzte und die Apotheke würde die Qualität für die Bewohner gestärkt werden.

Anstatt die Medikationen komplett in eine hausinterne Apotheke zu verlagern, könnte auch die Beschäftigung eines Pharma-Assistenten für das Richten und Verwalten der Medikamente direkt auf den Abteilungen in Betracht gezogen werden. Der positive Effekt auf die Kosten konnte in Kapitel 4.4 belegt werden.

Die Mitarbeiter beschreiben die Zusammenarbeit mit der Vertragsapotheker mehrheitlich positiv, die Lieferungen seien meist zuverlässig und die Fragen der Pflegenden werden stets beantwortet. Es ist wichtig, die Mitarbeiter nochmals darauf hinzuweisen, dass die Apotheke als Ressource genutzt werden soll, um Unklarheiten in Bezug auf die Medikamente zu erfragen. Für die Überprüfung der Medikationslisten auf Wechselwirkungen oder eine Einschätzung von Symptomen sind die Apotheker eine sinnvolle Anlaufstelle.

Diese Variante könnte vertieft werden, indem man neben dem Richten der Medikamente auch Fragen in Bezug auf Bewohnende direkt vor Ort anstatt per E-Mail stellen würde.

### **5.1.2 Medikamente kontrollieren**

Durch gezielte Massnahmen können die Störungen während des Kontrollierens, insbesondere während des Spätdienstes, reduziert werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Quick-Wins wie die Bereitstellung von Sicherheitswesten, Lärmschutzkopfhörern und / oder die «Nicht Stören»-Zone ähnlich positive Auswirkungen hätten, wie beim Medikamente richten. Auch ein separater Medikamentenraum kann zu einer erheblichen Verminderung der genannten Probleme für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter führen.

### **5.1.3 Medikamente verteilen**

Der Fachkräftemangel zeigt sich besonders während des Verteilens der Medikamente, die Folge davon sind viele parallele Verantwortlichkeiten, welche als grosse Belastung der Mitarbeitenden wahrgenommen werden.

Der OBSAN Bericht (Merçay et al., 2021, S. 27) zeigt, dass die Entwicklungen des Skill- und Grade-Mix tendenziell einen Rückgang des Anteils der Pflegefachpersonen auf Tertiärstufe aufzeigt. Der Fachpersonenmangel wird sich also vor allem in diesem Bereich zeigen, weshalb ein Skill-Grade-Mix gefördert werden muss. Das Planen der Pflegenden entsprechend ihrer Kompetenzen kann die Effizienz steigern, die Qualität verbessern und somit auch die Sicherheit in der Medikamentenabgabe fördern. Die Anpassungen der Arbeitsplanung bezieht sich im Medikamentenprozess vor allem auf das Verteilen der Medikamente, da hier die parallelen Verantwortlichkeiten den grössten Effekt haben, weil Pflegefachpersonen neben der Medikamentenverantwortung auch Aufgaben übernehmen, welche durch andere Berufsgruppen ausgeführt werden könnten. Das Nutzen der vorhandenen Ressourcen, wie den Betreuungsdienst am Morgen in der Pflege einzuplanen, kann zur Entlastung der Person, welche die Medikamente verteilt, führen. Die Folge davon wäre wiederum ein positiver Einfluss auf die Medikamentensicherheit. So würde das Potenzial der Mitarbeiter optimal entsprechend ihrer Kompetenzen genutzt.

Der Druck auf die Person, welche die Medikamentenverantwortung hat, an mehreren Orten gleichzeitig zu sein, kann so reduziert werden. Die Folge wäre, dass Fehler wie Verwechslungen verhindert, das Einhalten von Richtlinien ermöglicht und die Einnahmekontrolle bei den Bewohnern gewährleistet werden.

Das Austeilen von Medikamenten an im Saal speisende Bewohner der Wohngruppe 1 ist sehr ineffizient. In der Zeit, in der das Personal jeweils mehrere Stockwerke überwinden muss, könnten wertschöpfende Tätigkeiten stattfinden. Weder in den Interviews noch in den Fokusgruppen wurde der lange Weg jedoch als Problem angesehen. Die bestehenden Prozesse und deren Konsequenzen wurden in diesem Fall nicht mehr hinterfragt und es hatte wohl bereits eine «Betriebsblindheit» eingesetzt. Ein Grund dafür könnte sein, dass es einfacher ist, in einer gewohnten Routine zu verweilen, anstatt sich die Zeit zu nehmen und mit anderen Teammitgliedern Prozesse neu zu bewerten (Brennan et al., 2020; Thiele, 2019, S. 57). Erst nachdem von der Autorin explizit auf den Verteilungsweg aufmerksam gemacht wurde, haben die Teilnehmenden den resultierenden Zeitverlust bemerkt, jedoch ohne eine Lösung als Alternative zu finden. Als mögliche Lösung könnte der Prozess von WG 2 kopiert werden, bei dem die Medikamente für im Saal speisende Bewohner bereits zwischen 7:00 und 07:30 auf den Zimmern verteilt werden. Die wachen Bewohner könnten ihre Medikamente direkt einnehmen, während bei den anderen zu einem späteren Zeitpunkt, zum Beispiel beim Herrichten des Bettes im Zimmer, kontrolliert wird, ob die Medikamente

eingegenommen wurden. Durch die Umsetzung dieser Massnahme könnte die Effizienz gesteigert werden, indem zeitraubende Wege minimiert und nicht wertschöpfende Zeitfenster reduziert werden. Auch die Variante der Wohngruppe 3, dass die Bewohner ihre Medikamente abholen, stellt eine Möglichkeit dar, da die Bewohner, die im Saal essen, grösstenteils kognitiv in der Lage sind, an ihre Medikamente zu denken. Die Umsetzung dieser Variante wird jedoch dadurch erschwert, dass der 1A-Dienst zusätzlich in der Körperpflege tätig ist und somit nicht ständig vor Ort sein kann, um die Medikamente abzugeben.

#### **5.1.4 Medikamentensicherheit**

Kobler und Schwappach (2017) beschreiben, dass Massnahmen, die auf das Verhalten der Mitarbeiter abzielen, oft nur begrenzt Auswirkungen auf die dauerhafte Verbesserung der Patientensicherheit haben. Die Autoren argumentieren, dass die Patientensicherheit vorrangig eine Eigenschaft des Gesamtsystems sein soll, die wiederum einen erheblichen Einfluss auf das menschliche Verhalten hat. Die Art des Systems kann folglich die Anzahl Fehler des Personals messbar vermindern. Diese Erkenntnisse beziehen sich zwar auf das akute Gesundheitswesen, sollten aber auf den Langzeitpflegebereich übertragbar sein, da sich beide Sektoren in Schlüsselmerkmalen wie dem Medikamentenprozess, dem Personal und den Abläufen ähneln.

Kobler und Schwappach (2017, S. 9 ff) haben vier Dimensionen erstellt, welche die Patientensicherheit beeinflussen, das Reduzieren der Risiken, die Optimierung der latenten Bedingungen, das Fördern des intuitiven Verhaltens und die gesundheitsförderliche Umgebung.

#### **Risiken direkt reduzieren**

Die meisten Fehler passieren durch Ablenkung und Stress im Alltag. Das Risiko der parallelen Verantwortlichkeiten und der damit verbundene Stress kann durch verschiedene Massnahmen reduziert werden. Eine davon ist die Optimierung der Planung der Dienste und der Nutzung des Mitarbeiterpotentials. Ein Beispiel dafür wäre es, den Betreuungsdienst am Morgen in der Körperpflege einzuplanen, anstatt dass dieser den gesamten Morgen mit der Planung von Nachmittagsaktivitäten verbringt. Auch die bereits eingeführten Massnahmen wie das Verbot des Anschreibens von Medikamentenbechern ist hier einzuordnen.

Dies führt dazu, dass aus dem Rollkorpus nicht einfach ein Medikamentenbecher herausgenommen werden kann, wo man verrutschen kann, sondern man muss sich bewusst für einen der Medikamentenschieber entscheiden, diesen herausnehmen, öffnen und in die Medikamente in den Medikamentenbecher geben.

### **Latente Bedingungen optimieren**

Die Relevanz latenter Bedingungen wurde auch in dieser Arbeit mittels durchgeführten Interviews und Prozessbeobachtungen bestätigt. Latente Bedingungen umfassen Faktoren, die die Leistungsfähigkeit des Personals beeinflussen. Damit sind Faktoren gemeint, die vorhanden, aber möglicherweise nicht offensichtlich sind. Dazu gehört insbesondere die Notwendigkeit, ständige Unterbrechungen während medikamentenbezogenen Tätigkeiten zu minimieren. Hierbei wird sowohl auf das Richten der Medikamente als auch auf deren Kontrolle Bezug genommen, wobei letzteres vor allem im Spätdienst als Herausforderung identifiziert wurde.

Eine praktikable Lösung zur Verbesserung latenter Bedingungen könnte in der Schaffung eines separaten Medikamentenbüros bestehen. Damit würde ein ruhiges und konzentriertes Arbeitsumfeld gewährleistet werden. Zudem könnte durch eine angepasste Raumgestaltung mit guter Beleuchtung eine Arbeitsumgebung geschaffen werden, die den Prozess des Richtens und Kontrollierens der Medikamente positiv beeinflusst. Da diese Massnahme aber stark von der Infrastruktur abhängt und nicht überall umsetzbar ist, kann wie in Kapitel 5.1.1 beschrieben mit dem Tragen einer Medikamentenweste und Lärmschutzkopfhörern eine Distanz zu anderem Personal geschaffen und unterbruchsfreies Arbeiten gefördert werden.

Mit beiden Massnahmen könnte die Fehleranfälligkeit gesenkt und die Prozesssicherheit erhöht werden.

### **Intuitives, sicherheitsförderndes Verhalten positiv beeinflussen**

Die Förderung von intuitivem, sicherheitsorientiertem Verhalten stellt einen wichtigen Aspekt in der Schaffung eines sichereren Medikamentenprozesses dar. Das Hauptziel dieser Dimension ist es, das System so zu gestalten, dass Personal intuitiv korrekter handeln kann und somit die Medikamentensicherheit erhöht wird.

Ein Beispiel dafür ist die farbliche Kennzeichnung eines Medikamentes mit verschiedenen Dosierungen, um Verwechslungen vorzubeugen.

Das klare und eindeutige Kennzeichen fördert somit die intuitive Sicherheit. Kajüter et al. (2023) beschreiben, dass die unstrukturierte Aufbewahrung von Medikation das Risiko für Medikationsfehler erheblich erhöht.

Ein weiteres Beispiel ist das farbliche Markieren von Bewohnernamen auf Medikamentenboxen, Medikamentenschubladen und Zimmertürschildern, falls diese ähnlich oder identisch sind. Zusätzlich können sichtbare Erinnerungen, wie z.B. die Kennzeichnung von Betäubungsmitteln in den Medikamentenschiebern, dazu beitragen, dass diese nicht zu weit im Voraus vorbereitet werden und das Risiko des Vergessens reduziert wird und die hausinternen Richtlinien eingehalten werden.

Ein weiterer Aspekt, der zur Stärkung der Medikamentensicherheit beiträgt, wäre die Integration einer halbjährlichen Überprüfung der Medikamentenlisten durch Apotheker und Hausärzte in der Beobachtungsphase. Diese Massnahme stellt sicher, dass die Überprüfung gemäss den Qualitätsstandards von Patientensicherheit Schweiz (o.J.) durchgeführt wird.

Auch das Einführen von konkreten Regeln, wie beispielsweise der Sperrzeit von 14:00 – 14:30 Uhr würde es Mitarbeitern erleichtern die Medikamentensicherheit positiv zu beeinflussen. Es würde die Ruhe bei der Spätdienstkontrolle der Medikamente ermöglichen.

Regelmässige Schulungen über die Themen Polymedikation, Verschreibungskaskaden und allgemein bestehende Risiken und Gefahren für Bewohner können zur Sensibilisierung beitragen. Alle Massnahmen fördern intuitiv korrektes Verhalten und stellen sicher, dass die möglichen Gefahren beim Personal bekannt sind.

### **Gesundheitsförderliche Umgebung für die Bewohner**

Diese Dimension kümmert sich um den Einfluss der Umgebung (Lärm, Natur, Einrichtung, Fenster) auf den Heilungsprozess von Patienten in Spitälern. Da die Bewohner in ihren Zimmern zu Hause sind und diese selbst so einrichten können, wie es ihnen gefällt, wird diese Dimension nicht bearbeitet.

#### **5.1.5 Polymedikation**

Wie in Kapitel 2.3.4. beschrieben, stellt die Polymedikation ein hohes Risiko für ältere Menschen dar. Die Ergebnisse zeigen, dass die Mitarbeiter das Problem der seltenen Evaluationen der Medikationen erkennen.



Die vorgeschlagene Massnahme, das Zusenden an den Hausarzt zur Überprüfung und der Apotheke für die Interaktionsanalyse zwischen Medikamenten, auf der Liste der Beobachtungsphase zu integrieren, lässt sich schnell und einfach im Praxisalltag anwenden. So wird die periodische Prüfung, wie es auch die Qualitätsstandards von Patientensicherheit Schweiz (o.J) in ihrem Projekt vorschlagen, erreicht.

Die Problematik mit Verschreibungskaskaden war vielen nicht bewusst. Durch gezielte Schulungen und das Auffrischen von Know-How in Bezug auf alternative Medizin wie Aromatherapie, Wickel oder Tees könnte bereits grosser Einfluss auf die Verschreibungskaskaden des Alterszentrums genommen werden. Auch die in Kapitel 5.1.4 vorgeschlagene Massnahme, dass Bewohnende Schulungen erhalten, kann sich vermindern auf eine hohe Polymedikationsrate auswirken.

Anhand der Ergebnisse aus den Interviews ist davon auszugehen, dass die Bewohner selbst zu einem gewissen Grad zur Polymedikation und den damit verbundenen Risiken beitragen können. Daher ist eine Anpassung der Umgebung der Bewohner vorgesehen, die darauf abzielt, diejenigen, die kognitiv dazu in der Lage sind, umfassend über die Risiken und Eigenschaften ihrer Medikation aufzuklären. Dieser Ansatz kann die Sicherheit in diesem Bereich erheblich verbessern. Die Durchführung von Informationsveranstaltungen, die die Thematik der Polymedikation, ihre häufigsten Symptome und verbundenen Risiken abdecken, könnte zur Stärkung der Medikamentensicherheit aus dieser Perspektive beitragen.

#### **5.1.6 Zusammenarbeit**

Interviewpartner und Teilnehmende der Fokusgruppen äusserten Kritik an der Zusammenarbeit mit Hausärzten. Die Pflegenden beschreiben die Kommunikation mit diesen als schwierig. Sie schildern unregelmässige Visiten, verspätete Antworten auf Seiten der Ärzte und fühlten sich häufig nicht ernstgenommen. Die Verantwortung der Medikamente liegt zwar bei der Pflege, diese sind jedoch auf die Unterstützung der Hausärzte angewiesen.

Auch Jaehde und Thürmann (2018) erkennen die Herausforderungen des Hausarztsystems in Bezug auf die medizinische Versorgung von Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen. Mit zunehmender Multimorbidität sind Bewohner nicht mehr in der Lage, ihren Hausarzt selbstständig aufzusuchen. Sie erwähnen die Abhängigkeit der Bewohner von den Pflegenden bezüglich des Initiierens eines

Arzttermins. In dieser Situation erfordert das Modell Kommunikation von mehreren Parteien, wodurch sich die Chance auf Misskommunikation und Fehler erhöht.

Das breite Spektrum an auftretenden Krankheiten in der Altersmedizin und die damit verbundene Multimorbidität erhöht die Komplexität und verlangt somit nach einem ebenso breiten Wissensspektrum bei den betreuenden Personen (Bochsler, 2006). Bewohner von Alters- und Pflegeheimen sollen interprofessionell von Ärzten und Pflegefachpersonal betreut werden, um den individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden (Jaehde & Thürmann, 2018).

Ob sich das Heim- oder Hausarztssystem besser für die Betreuung der Bewohnenden eignet, ist immer wieder Grund zur Diskussion. Im Jahr 2004 landete ein Fall sogar vor Gericht, bei dem eine Institution vom Hausarzt- zum Heimarztssystem wechselte, ohne die gesetzlichen Bedingungen einzuhalten und dies im Vorhinein klar zu kommunizieren. Beim Urteil wurde durch den Bezirksrat die freie Arztwahl über die organisatorischen Probleme eines Pflegeheims gestellt, da durch den Wechsel vom Beleg- / Hausarztssystem hin zum Heimarztssystem ein Eingriff in die freie Arztwahl der Bewohnenden festgestellt wurde (Bochsler, 2006). Katz (2009) hingegen zeigt in einer nordamerikanischen Studie, dass sich ärztliches Engagement vermindert auf die Hospitalisationsrate und die Zufriedenheit der Bewohnenden auswirke. Das Hausarztssystem würde zu einer tieferen Anwesenheit der Ärzte und somit zu schlechterer Gesundheit bei Senioren in der Langzeitpflege führen.

Für Bewohner, welche Mühe haben sich zu äussern, beschreibt Moreau-Majer (2015, S. 4), dass Hausärzte und Angehörigen gemeinsam ein multiprofessionelles Team bilden können und damit Massnahmen, die nicht im Interesse des Bewohners wären, verhindert werden können. Ärzte sind ebenfalls vor Herausforderungen wie dem Mangel an Fachkräften oder dem demografischen Wandel gestellt. Der Ärztemangel steht zunehmender Nachfrage nach ärztlichen Leistungen gegenüber (Moreau-Majer, 2015, S. 5).

Die Arbeitsbedingungen der Ärzte für die Betreuung der Heimbewohnenden seien schlecht. Durch stark ausgelastete Arztpraxen ist es ihnen oftmals nur möglich, Visiten zu Randzeiten durchzuführen, zu diesen Zeitpunkten sind aber in der Regel nur wenige Pflegenden anwesend. Ausserdem würden die aufwändigen Leistungen wie Gespräche, Visiten und Fallbesprechungen schlecht entlohnt werden.

Diese Umstände führen laut Moreau-Majer (2015, S.6) dazu, dass zunehmend mehr Ärztinnen und Ärzte darauf verzichten überhaupt heimärztlich aktiv zu sein.

Auch wenn sich die Pflegenden des AZR eine heimärztliche Betreuung wünschen, würde dafür der Nachwuchs fehlen (Moreau-Majer, 2015).

Aus diesem Grund sollten andere Ansätze verfolgt werden, damit die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Pflegenden und der Apotheke verbessert werden kann. Care Coach bietet bereits eine Hilfestellung, um «Arztfragen» zu formulieren, die dann den Hausärzten per E-Mail oder an Visiten gestellt werden können. Um die Arbeit der Ärzte effizienter zu gestalten, könnten Arztfragen von niedriger Dringlichkeit gesammelt und dann jeweils alle zwei Wochen per E-Mail an die Hausärzte gesendet werden.

Ein weiterer unerlässlicher Grundpfeiler, um eine hochwertige Versorgung der Bewohnenden zu gewährleisten, ist die funktionierende Zusammenarbeit als Team. Einige der Befragten meldeten stockenden Informationsfluss und unklar definierte Verantwortlichkeiten. Antoni (2010) beschreibt, dass die Zusammenarbeit eines Teams wesentlich durch organisationale Rahmenbedingungen beeinflusst wird. Zu diesen Rahmenbedingungen gehört, wie ein Team informiert, trainiert und belohnt wird. Es soll klar definiert werden, wie ausstehende Verordnungen oder Medikamentenanpassungen im Team kommuniziert werden. Die PEX des Hauses möchte diese Kommunikation direkt im Dokumentationssystem festhalten und wird Mitarbeiter auch in Zukunft konkret dazu anhalten, dies so zu tun.

### **5.1.7 Care Coach**

Laut den Befragten gibt es einige Knacknüsse in Bezug auf das elektronische Dokumentationssystem. Eine davon ist, dass die Bestellungen umständlich sind, da diese zwar im Care Coach erfasst werden, dann aber daraus exportiert und per E-Mail an die Apotheke gesendet werden müssen. Dies wird durch die Mitarbeiter als Doppelspurigkeit empfunden. Wie in Kapitel 4.3.2 beschrieben, sind bereits Abklärungen, wie dieser Prozess effizienter gestaltet werden könne, im Gange.

Meldungen, dass Care Coach unübersichtlich sei und eine Anpassung der Darstellung der Medikamente zu individuellen Zeiten benötige, wird in dieser Arbeit nicht weiter behandelt.

Einer der Hauptgründe für Pains bei den Mitarbeitenden scheinen vergessene Schulungen zu sein. Es wurde vermehrt berichtet, dass andere Mitarbeiter Fehler aufgrund von fehlendem Wissen begingen, welches aber eigentlich durch Onlineschulungen vermittelt wurde. Um dieses Problem zu lösen, könnte im AZR kommuniziert werden, dass Fragen und Unklarheiten in den wöchentlichen Schreibwerkstätten geklärt werden können.

## **5.2 Beantwortung der Forschungsfragen und Implikationen für die Praxis**

Die formulierten Forschungsfragen in Kapitel 1.3 haben als Leitplanken gedient, um einerseits die Auswahl der Methoden zu begründen und andererseits Ergebnisse zu erzielen, die dem Alterszentrum Rosental (AZR) von Nutzen sein können den Medikamentenprozess zu verbessern. Um die ausführliche Diskussion kurz zusammenzufassen und klare Empfehlungen für das AZR abzugeben, werden folgend die formulierten Forschungsfragen beantwortet.

**HFF:** *Wie kann der Medikamentenprozess im Alterszentrum Rosental effizienter und sicherer gestaltet werden?*

Die zentrale Forschungsfrage formuliert das Ziel, eine Prozessverbesserung zu entwerfen, die sich nahtlos in die bestehenden Abläufe des Alterszentrums Rosental integrieren lässt.

Es stellte sich während der Beobachtungen und der Interviews heraus, dass sich die Ineffizienzen auf die Medikamentensicherheit auswirken, da diese zu Zeitverlusten und somit zu Stress führen. Dieser Stress während der Dienste wurde durch die Mitarbeitenden als Hauptgrund für Fehler beschrieben. Das Lean Management als Qualitätsmanagementsystem eignet sich zum einen, um die nicht wertschöpfenden Tätigkeiten zu identifizieren und zu streichen, zum anderen auch um durch die optimierten Abläufe eine Erhöhung der Medikamentensicherheit zu erzielen. MUDA als Konzept zu verwenden, um die Verschwendungen als ersten Schritt aufzuzeigen, bietet sich beim Medikamentenprozess an.

Die diskutierten Lösungsvorschläge des Kapitels 5.1 sind teilweise übergeordnet zu regeln und können nicht innerhalb von kurzer Zeit im Prozess integriert werden. In Tabelle 5 wird eine Übersicht der identifizierten Verschwendungen dargestellt und stichwortartig erläutert, welche Lösungsvorschläge als Quick-Wins implementiert werden können. Für diese Massnahmen sind keine übergeordneten Anpassungen erforderlich.

Tabelle 4: MUDA im AZR

Verschwendung	Anzutreffen im Medikamentenprozess	Lösung
<b>Überproduktion</b>	Polymedikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Halbjährliche Evaluationen</li> <li>• Schulung</li> </ul>
<b>Fehler und Korrekturen</b>	Medikamente richten Medikamente kontrollieren Medikamente verteilen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• «Bitte nicht stören»-Weste</li> <li>• Lärmschutzkopfhörer</li> <li>• «Nicht stören»-Zone</li> <li>• Fördern von Transparenz</li> </ul>
<b>Lagerbestände</b>	Doppelspurige Bestellungen Fehlende Lieferungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikamentenlaptop</li> <li>• Schulung Care Coach <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Korrektes Bestellen</li> <li>➢ Quittieren des Erhalts der Medikamente</li> </ul> </li> </ul>
<b>Wartezeiten</b>	Bewohnende im Saal Weg in den Saal mit dem Lift Antworten von Hausärzten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verteilen der Medikamente auf der Abteilung</li> <li>• Abholen der Medikamente durch Bewohner</li> <li>• Beschreibung der Probleme mit HA und Besprechung mit betreffenden Personen durch LWG</li> </ul>
<b>Laufwege</b>	Weg in den Saal mit dem Lift	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verteilen der Medikamente auf der Abteilung</li> <li>• Abholen der Medikamente durch Bewohner</li> </ul>
<b>Transport</b>	Keine schnell anwendbaren Lösungen	
<b>Überbearbeitung</b>	Verschreibungskaskaden	<p><b>Schulungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Polymedikation</li> <li>• Alternative Medizin</li> </ul>
<b>Nicht genutztes Mitarbeiterpotenzial</b>	Skill-Grade Mix	Nutzung aller Personalressourcen entsprechend ihrer Kompetenzen

Anpassungen des Prozesses sollten nach dem Plan-Do-Check-Act-Konzept ausgeführt werden. Dieses Modell fördert eine schrittweise, fortlaufende Verbesserung des Prozesses, an Stelle einer radikalen Umstellung, was die Implementierung und Akzeptanz

in der Praxis erleichtert. Da eine Vielzahl von Verbesserungen möglich sind, eignet sich der PDCA-Zyklus besonders, da die Verbesserungsvorschläge nacheinander implementiert werden können, ohne die Mitarbeitenden zu überfordern.

**Plan:** Das Ziel ist, den Medikamentenprozess effizienter zu machen, indem man die Verschwendung reduziert. Die Analyse des Prozesses bezüglich der Ursachen für Verschwendung fand in dieser Arbeit bereits statt. Als nächster Schritt erfolgt die genaue Planung der Massnahmen, dazu wird ein Projektteam «Medikamentensicherheit» zusammengestellt, welches aus verschiedenen Berufsgruppen besteht. Man plant gemeinsam, welche Implementierungen zu priorisieren sind und wie man dabei vorgehen möchte. Es werden klare Ziele formuliert und festgehalten.

**Do:** Die ausgewählten Verbesserungsmaßnahmen werden umgesetzt und getestet. Dabei wird darauf geachtet, dass die Massnahmen klar definiert, kommuniziert und eingehalten werden. Das definierte Projektteam ist dafür verantwortlich, dass die Umsetzung erfolgt und überwacht die Fortschritte, um eventuelle Probleme oder Abweichungen frühzeitig zu erkennen und zu beheben. Auch wird eine klare Dokumentation erstellt, die sowohl Probleme als auch positive Aspekte wie die effektive Zeiteinsparung belegt.

**Check:** Die Ergebnisse der umgesetzten Massnahmen werden nach einem Monat überprüft und bewertet. Eine klare Richtlinie in welchem Zeitabstand dieser Check erfolgen soll, wurde nicht gefunden. Ein Monat scheint genügend Zeit, um eine Massnahme auszuprobieren, alle möglichen Ereignisse erlebt zu haben und trotzdem kurz genug, um die Massnahme bei Ineffizienz wieder zu beenden oder anzupassen. Die dokumentierten Erfahrungen und Messungen aus dem «Do»-Prozess teil werden mit den Daten der Plan-Phase verglichen, um festzustellen, ob die Massnahmen die gewünschten Effekte erzielt haben, ob es unerwartete Nebenwirkungen gab oder ob es noch Optimierungspotentiale gibt.

**Act:** Wenn die Massnahmen Wirkung zeigten, werden diese in den regulären Prozess integriert und es wird sichergestellt, dass sie dauerhaft eingehalten werden. Hausinterne Richtlinien werden aktualisiert und Kontrollmechanismen eingeführt. Auch das Anerkennen der Erfolge ist ein wichtiger Punkt. Sollten die Massnahmen das gewünschte Ziel nicht erreicht haben, wird eine neue Plan-Phase gestartet und der Zyklus erneut durchlaufen.

Der PDCA-Zyklus ist kein einmaliger Prozess, sondern ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess. Man kann so den Prozess nach und nach neu planen und verbessern, um nachhaltig die Effizienz und Sicherheit zu gewährleisten.

Change stellt, wie bereits beschrieben, einen komplexen Prozess im Gesundheitswesen dar. Es ist wichtig, dass die Ablehnung des Teams gegenüber von Veränderungen durchbrochen wird und eine Kultur entsteht, welche die Einführung von schlanken Gesundheitssystemen fördert und den Change mitträgt. Dabei ist die Führung für den Erfolg entscheidend (Parkhi, 2019).

**Forschungsfrage 2:** *Forschungsfrage 2: Welche Herausforderungen und "Pain Points" werden von den Mitarbeitenden beschrieben?*

Während der Interviews wurde deutlich, dass den Mitarbeitenden die Bedeutung des Medikamentenprozesses bewusst ist. Die Komplexität der Abläufe im Medikamentenprozess stellen für die Mitarbeitenden eine Herausforderung dar. Diese wurden in Kapitel 4 detailliert beschrieben.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Infrastruktur die Basis vieler Probleme zu sein scheint. Einige Tätigkeiten des Medikamentenprozesses müssen im Stationsbüro durchgeführt werden, was zu störenden Ablenkungen führt. Zudem stehen nur begrenzt Laptops zur Verfügung, um die Medikamente zu richten oder zu bestellen. Die räumliche Distanz innerhalb der Abteilung erschwert die Einhaltung bestimmter Richtlinien, wie zum Beispiel das Richten von Betäubungsmitteln unmittelbar vor der Abgabe. Des Weiteren macht sich der Kostendruck und Personalmangel bemerkbar und die vielen Verantwortlichkeiten einer Tagesverantwortung stellen eine hohe Belastung für die Mitarbeiter dar.

Abschliessend ist zu dieser Fragestellung zu sagen, dass die Mitarbeitenden die Betreuung durch die Hausärzte als grosse Herausforderung wahrnehmen.

**Forschungsfrage 3:** *Durch welche Massnahmen können die aktuellen Herausforderungen und „Pain Points“ der Mitarbeitenden reduziert werden?*

Durch die Optimierung des Medikamentenprozesses können einige der Pain Points von Mitarbeitern angegangen werden. Durch die Optimierungen können die Ablenkungen reduziert werden und durch die Streichung von nicht wertschöpfenden Tätigkeiten mehr Zeit für andere Aufgaben resultieren.

Die Problematik bezüglich des Hausarztsystems kann durch die Prozessoptimierung nicht behoben werden, aber durch Massnahmen, wie die transparentere Kommunikation der Probleme an die LWGs kann eine Verbesserung erzielt werden.

**Forschungsfrage 4:** *Welche Methoden eignen sich, um Kosten im Medikamentenprozess des Alterszentrums Rosental zu reduzieren?*

Die Kostenanalyse beweist, dass das Richten durch Teammitglieder pro Wohngruppe unnötig hohe Kosten verursacht. Um Kosten bei Beibehaltung dieses System zu sparen, sollte das Richten nur noch von Berufsgruppen Fachangestellten Gesundheit oder Fachangestellten ausgeübt werden.

Die günstigste Alternative wäre die Anstellung einer Pharma-Assistentin. Weiter hat diese Option den Vorteil, dass der bisherige Prozess nicht stark angepasst werden müsste und keine zusätzlichen Investitionen oder Umplanungen getätigt werden müssten. Bei dieser Alternative muss jedoch in Betracht gezogen werden, dass Sozialversicherungsbeiträge zusätzliche Kosten verursachen können. Die Beiträge wären jedoch kleiner als beim jetzigen Modell, bei dem diese Kosten auch nicht berücksichtigt wurden. Eine weitere mögliche Schwierigkeit ist es, einen Angestellten für ein Pensum von genau 21 Stunden pro Woche zu finden.

Eine alternative Lösung, die in Kürze in einem Pilotprojekt bei A&P erprobt wird, ist der Einsatz des Sanetics Roboters. Bei der "Closed-Loop" Option bleibt das Richten der Medikamente in der Hand der Pflegekräfte, wird aber durch den Roboter unterstützt. Es wurde keine Literatur gefunden, wie viele Stunden durch das roboterunterstützte Richten eingespart werden können, weshalb die Annahme getroffen wurde, dass dies zu einer Halbierung der Richtzeit führen würde, da die Mitarbeiter durch das visuelle Tool angeleitet werden, an welchen Ort die Tabletten in den Medikamentenschieber gegeben werden müssen. Die richtige Medikamentenkisten zu suchen, darin das richtige Medikament zu finden und das Zerschneiden der Blister bleiben Tätigkeiten des Personals. Tabelle 6 stellt die Kosten unter der Annahme dar, dass das Richten durch eine Fachperson Gesundheit oder Fachperson Betreuung innerhalb von 3h wöchentlich pro Wohngruppe für alle Bewohner des AZR erfolgen könnte.



Tabelle 5: Jährliche Kostenannahme bei Anwendung des Closed-loop-Modells durch FaGe / FaBe für das gesamte AZR in CHF

<b>Jährliche Kostenannahme bei Anwendung des Closed-loop-Modells durch FaGe / FaBe für das gesamte AZR in CHF</b>	
<b>Richten durch FaGe / FaBe</b>	16'759
<b>Closed-loop-Option</b>	51'400
<b>Kosten Total</b>	<b>68'159</b>

Diese Variante wäre kombiniert rund CHF 2'800 günstiger, als wenn das Richten durch die Wohngruppenleitung vorgenommen wird, wie es aktuell auf den Wohngruppen zum grossen Teil der Fall ist. Darüber hinaus könnte das System aufgrund seiner Fehlerreduzierungspotenziale zu einer erhöhten Medikamentensicherheit beitragen. Dadurch könnten wiederum Kosten eingespart werden, indem unerwünschte Arzneimittelereignisse oder Fehlmedikationen minimiert werden. Die Einführung des Roboters könnte zudem die Mitarbeiterzufriedenheit erhöhen, indem er monotone Aufgaben erleichtert und den zeitlichen Aufwand reduziert. Das Personal hätte somit mehr Zeit für Pflege- und Betreuungsleistungen.

Die Implementation des Roboters verursacht zwar Anschaffungskosten, die jedoch durch effizientere Prozesse und geringere Fehlerquoten voraussichtlich wettgemacht werden. Letztlich hängt der Erfolg dieser Alternative von der genauen Kosten-Nutzen-Analyse und der erfolgreichen Integration des Roboters in die Arbeitsprozesse ab. Auf eine genaue Kosten-Nutzen-Analyse konnte im Umfang dieser Arbeit jedoch nicht eingegangen werden. Falls man sich für diese Alternative entscheidet, wäre es wichtig, das Personal ausreichend zu schulen und auf die Veränderung vorzubereiten. Damit könnten Widerstände minimiert und somit die Vorteile der Technologie voll ausgeschöpft werden.

Die Literatur legt nahe, dass die maschinelle Verblisterung von Medikamenten mehrere Vorteile mit sich bringt, darunter eine Verringerung von Fehlern, eine Reduktion der Komplexität und eine deutliche Einsparung von Mitarbeiterzeit (Blistersuisse, o.J.; Felski, 2013; Kehrel, 2015). So könnte die effektive Zeitersparnis einen vollen Arbeitstag pro Wohngruppe ausmachen, was zu erheblichen Kostensenkungen führen könnte.

Allerdings besteht hinsichtlich der konkreten Kosten der Verblisterung für die fast 108 Bewohner des Alterszentrums Rosental noch Unklarheit aufgrund der beschränkten Datenlage. Es ist daher erforderlich, genaue Kostenschätzungen und Analysen durchzuführen, um die tatsächlichen wirtschaftlichen Auswirkungen der Implementierung maschineller Verblisterung für das AZR zu berechnen.

Neben den finanziellen sollten auch Aspekte wie die möglichen Verbesserungen in der Medikamentensicherheit, die Zufriedenheit der Bewohner und des Pflegepersonals sowie die allgemeine Effizienzsteigerung in die Betrachtung einbezogen werden. Obwohl die Einführung einer maschinellen Verblisterung eine Anfangsinvestition erfordert, könnten die potenziellen Vorteile auf lange Sicht zu einer effektiven Kosteneinsparung führen.

Zusammenfassend ist der folgenden Tabelle zu entnehmen, dass das Engagieren eines Pharma-Assistenten, auch wenn dieser 8.4h pro Woche/WG benötigt, die günstigste und das Medication-as-a-Service-Modell das teuerste darstellt.

*Tabelle 6: Jährliche Kostenannahme aller Varianten des Medikamenterichtens für das gesamte AZR in CHF*

<b>Jährliche Kostenannahme aller Varianten des Medikamenterichtens für das gesamte AZR in CHF</b>	
<b>Richten durch FaGe / FaBe</b>	46'923
<b>Richten durch dipl. PP</b>	59'295
<b>Richten durch LWG</b>	70'971
<b>Richten durch PA</b>	35'093
<b>Closed-loop-Option mit FaGe /FaBe</b>	51'400
<b>Medication-as-a-Service-Option</b>	83'260

### 5.3 Limitationen der Arbeit

Die vorliegende Masterarbeit hat einige Limitationen, die bei der Interpretation und Bewertung der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Im Folgenden werden die Punkte, welche die Gütekriterien, welche in Kapitel 3.5 beschrieben wurden, beeinträchtigen können strukturiert anhand der Vorgehensweise in der Arbeit aufgezeigt und reflektiert.

Die Beschränkung der Betrachtung des Medikamentenprozesses lediglich unter Einbezug der oralen Medikamente ermöglicht keinen Gesamtüberblick, da andere Applikationsformen ausgeschlossen wurden, obwohl auch sie zum Medikamentenprozess gehören.

Die Anwendung der BPMN-Sprache zur Modellierung des Medikamentenprozesses war nicht perfekt. Zwar wurde sich an den BPMN-Standard orientiert, aber durch die Komplexität des Modells wurden möglicherweise einige Elemente der Darstellung ungenau verwendet. Auch war die Modellierung teilweise von der Prozessinterpretation der Autorin abhängig. Die Konsequenz daraus kann eine nicht immer mit der Realität übereinstimmende Darstellung sein. Um dieser Gegebenheit entgegenzuwirken, wurden die Modelle in den Fokusgruppen zur Überprüfung vorgelegt und das Feedback der Mitarbeiter eingeholt.

Die Interviews, die als Hauptquelle für die Datenerhebung dienten, lassen nicht auf die Grundgesamtheit der Alterszentren in der Schweiz schliessen, da sie nur eine kleine und zufällig ausgewählte Stichprobe darstellen. Allerdings beschreibt Mayring (2015, S. 20), dass auch Einzelfälle trotz zufälligem Material eine gute Möglichkeit der Verallgemeinerung darstellen. Das Material, das aus den Interviews gewonnen wurde, kann nie vorbehaltlos analysiert werden, da der Inhaltsanalytiker immer von seinem eigenen Vorverständnis beeinflusst ist. Mit dem Darlegen des Vorverständnisses anhand der theoretischen Hintergründe sowie dem transparenten Betrachten der Methodik wurde dieser Limitation versucht entgegenzuwirken. Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Analyse von subjektiven Faktoren der Autorin beeinflusst wurde.

Die Durchführung der Interviews erforderte ein hohes Mass an Erfahrung und Kompetenz von Seiten der Autorin als Interviewer. Witzel und Reiter (2012, S. 38) warnen vor einer zu strikten Agenda des Interviewleitfadens, da es dazu führen kann, dass die Perspektive und die Erfahrungen der Befragten vernachlässigt wird.

Es wurde versucht, flexibel auf die Antworten der Befragten einzugehen und ihnen Raum für eigene Themen zu geben. Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass durch die mangelnde Erfahrung der Autorin als Interviewer einige relevante Aspekte übersehen oder nicht ausreichend vertieft wurden.

Der Grossteil der Befragten hat noch in keinem anderen Alterszentrum gearbeitet und kennt somit nur die Abläufe vom Alterszentrum Rosental. Das bedeutet, dass sie wenig Vergleichsmöglichkeiten haben und möglicherweise nicht alle Vor- und Nachteile des aktuellen Medikamentenprozesses erkennen können. Es ist daher nicht auszuschliessen, dass die Ergebnisse durch eine Betriebsblindheit eingeschränkt sind.

Eine Output Analyse bei den Fokusgruppen kann dazu geführt haben, wichtige Details, welche nicht aufgeschrieben wurde nicht erfasst zu haben. Auch verlief die Durchführung der drei Fokusgruppen nicht einheitlich, da die Autorin im Verlauf der Fokusgruppen wertvolle Erfahrungen sammelte. Dies führte zu einer Steigerung der Qualität im Laufe der Studie, wobei die erste Fokusgruppe möglicherweise anders behandelt wurde als die letzte. Es ist anzumerken, dass die Anwesenheit der Wohngruppenleiter möglicherweise die psychologische Sicherheit der Teilnehmer beeinträchtigt hat, was dazu führte, dass weniger Probleme angesprochen wurden, als es in einer anderen Konstellation der Fall gewesen wäre.

Die Kostenanalyse bezog sich nur auf den Aspekt des Richtens der Medikamente und vernachlässigte andere Aspekte wie die Lagerung und die Zeiten des Verabreichens von Medikamenten. Eine allgemeine Kosten-Nutzen-Analyse wäre besser gewesen, um die Gesamteffizienz des Medikamentenprozesses zu beurteilen. Ein spannender Punkt, der in der Kostenanalyse fehlte, ist die Verblisterung der Medikamente durch die Apotheke. Eine genauere Analyse war jedoch nicht zu bewerkstelligen, da die Datenlage dazu unzureichend oder unzugänglich war.

Die Zahlen, die aus der Sanetics AG Offerte gewonnen wurden, stellen dar, welche Kosten im ersten Jahr bei der Wahl der zwei alternativen Modelle anfallen würden. Im Spezifischen wurden bei dem Closed-Loop-Vorgehen lediglich Annahmen getroffen, welche Zusatzkosten dabei zusätzlich anfallen könnten. Die Kostenanalyse ist daher nicht vollständig und möglicherweise zu optimistisch. Auch konnten in der Kostenanalyse nicht alle Faktoren berücksichtigt werden, da die genauen Kosten der automatischen Verblisterung der Apotheken in Erfahrung gebracht werden konnten.

Die Kostenanalyse ist nicht generalisierbar, da sie sich nur auf das Alterszentrum Rosental bezieht. Die Kosten können je nach Grösse, Ausstattung und Organisation des Alterszentrums variieren. Ausserdem können sich die Kosten im Laufe der Zeit ändern, zum Beispiel durch Preisänderungen, technologische Entwicklungen oder gesetzliche Vorgaben. Die Kostenanalyse ist daher nur eine Momentaufnahme und keine verlässliche Prognose.

Es lässt sich feststellen, dass die umfangreiche Auswahl an Forschungsmethoden eine Vielfalt an Ergebnissen hervorbrachte. Diese umfassende Breite führte jedoch dazu, dass die vertiefte Ausarbeitung der Resultate begrenzt war oder die Analyse nicht das gewünschte Mass an Detailtiefe erreichen konnte.

## **6. Fazit**

Mit der Medikamentensicherheit liegt eine bedeutende Verantwortung in den Händen der Pflegefachpersonen, da sie eine zentrale Schnittstelle aller Beteiligten des Medikamentenprozesses bilden. Die vorliegende Arbeit verdeutlicht die Unerlässlichkeit eines sicheren Medikamentenprozesses. Sie zeigt auf, dass ein effizienter Medikamentenprozess die Medikamentensicherheit verbessert und somit, dass sich Effizienz mit Sicherheit kombinieren lässt. Zeitersparnisse durch Effizienzsteigerungen führen zu einer Reduktion der Stressbelastung des Personals und damit zu einer Verminderung der Fehlerrate. Weiter beweisen die Ergebnisse die Wichtigkeit sowohl der latenten als auch der externen Bedingungen und deren Einfluss auf die Medikamentensicherheit. Die Verbesserung der Infrastruktur im Alterszentrum Rosental würde Pain Points des Personals lindern und eine Umgebung schaffen, in welcher die Medikamentensicherheit erhöht wird. Darüber hinaus muss eine verbesserte Zusammenarbeit mit den Hausärzten angestrebt und die Zusammenarbeit mit der Vertragsapotheke ausgebaut werden, da die multiprofessionelle Betreuung der Versorgungsqualität und somit den Bewohnern zugutekommt.

Die Kostenanalyse zeigt die Möglichkeit auf, den Prozess des Medikaments Richtens kostengünstiger, effizienter und sicherer gestalten zu können. Bereits die Einstellung einer externen Pharmaassistentin für das Richten der Medikamente könnte einen positiven Effekt auf die Kosten haben. Auch Alternativen wie die Unterstützung durch einen Roboter oder die externe Verblisterung wurden untersucht und interessante Effekte auf die Kosten und Medikamentensicherheit festgestellt. Dies wurde mittels Studien belegt.

Es ist jedoch zu beachten, dass die Ergebnisse dieser Arbeit auf Erhebungen im Alterszentrum Rosental basieren und darum die Übertragbarkeit auf andere Altersheime eingeschränkt ist. Es wurden keine tatsächlichen Anpassungen am Medikamentenprozess vorgenommen, weshalb nicht nachgewiesen werden kann, ob die identifizierten Optimierungspotenziale in der Umsetzung tatsächlich eine Verbesserung erzielt hätten. Diese Einschränkungen sollten bei der Interpretation der Arbeitsergebnisse berücksichtigt werden. Es könnte erforderlich sein, weitere Untersuchungen durchzuführen, um die Übertragbarkeit der identifizierten Optimierungspotenziale auf andere Altersheime zu überprüfen. Nur durch kontinuierliche Forschung und Evaluierung können evidenzbasierte Lösungen entwickelt werden, die eine nachhaltige Verbesserung des Medikamentenprozesses in der Langzeitpflege ermöglichen.

Schlussendlich sind die Bewohner darauf angewiesen, dass die bestmögliche Pflegequalität geboten wird. Um dies zu gewährleisten, muss die Pflege ihre Prozesse kontinuierlich optimieren.

### **Ausblick**

Das Change-Management ist ein komplexer Prozess, der durchdachte Planung, ausgiebige Kommunikation, konsequente Umsetzung und anschließende Evaluation erfordert. Es ist kein einmaliges Projekt, sondern eine kontinuierliche Anpassung, die nicht über Nacht erfolgen kann. Die Implementierung der Quick-Wins anhand der PDAC-Methode bietet sich für die kontinuierliche Verbesserung des Prozesses an. Weiter müssen weitgehendere Anpassungen, wie die Verlegung der Medikamente in ein separates Zimmer, in Betracht gezogen werden. Man könnte in einer Wohngruppe ein Pilotprojekt mit diesen Veränderungen starten und dann evaluieren, welchen Mehrwert ein Medikamentenbüro erzielen würde. Es besteht ein erkennbarer Forschungsbedarf im Bereich der Langzeitpflege, insbesondere bezüglich Medikamentensicherheit und Prozessoptimierung. Diese Fallstudie zeigt, dass tatsächlich viel Potential zur Optimierung vorhanden ist und deshalb weitere Forschung zu diesem Prozess betrieben werden sollte. Zukünftige Untersuchungen könnten den Fokus auf die Prozesse anderer Applikationsformen legen und zusätzliche Optimierungsmöglichkeiten identifizieren.

Neue Medikamentenmodelle wie das der Sanetics AG sind sehr aussichtsreich, da sie in bestehenden, mittlerweile veralteten Systemen aufgrund von Digitalisierung und Optimierung ein enormes Potenzial für Verbesserungen haben. Obwohl die Sanetics AG gerade erst den Markt betritt, besteht bereits die Möglichkeit einer zukünftigen

Weiterentwicklung, bei der neben dem Medikamenten-Richtungsprozess auch weitere beeindruckende Funktionen integriert werden könnten. Dazu zählen beispielsweise das Anzeigen von Medikamentenwechselwirkungen, Generika als Alternativen und die automatische Auslösung von Bestellungen. Durch das tägliche Richten der Medikamente, wie es durch Sanetics AG angestrebt wird, und der dabei integrierten Überwachung mittels der Computervision des Systems, könnte die umständliche Doppelkontrolle möglicherweise gänzlich entfallen und Zeit eingespart werden. Auch Reformen wie das Freiburgermodell könnten in Zukunft wieder neuen Anklang finden. Dabei würden die «Medikamentenkisten» der Bewohner durch einen Apothekerschrank ersetzt werden, was wiederum das Richten der Medikamente erleichtern würde. Schlussendlich hätte auch diese Änderung eine mögliche Kostenreduktion zur Folge.

## 7. Literaturverzeichnis

Angerer, A. (2022, Dezember 12). *Management in Healthcare: Providers A.7 Weitere Leistungserbringer* [Vorlesung].

Angerer, A., & Berger, S. (2020, Oktober 20). *Lean in der Langzeitpflege – Wo bleiben die Schweizer Leuchttürme?* [heimeundspitaeler.ch](https://www.heimeundspitaeler.ch).  
<https://www.heimeundspitaeler.ch/management/lean-in-der-langzeitpflege-wo-bleiben-die-schweizer-leuchttuerme>

Angerer, A., & Liberatore, F. (2018). *Management im Gesundheitswesen: Die Schweiz* ([1. Auflage]). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Antoni, C. H. (2010). Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 104(1), 18–24.  
<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2009.12.027>

Ayani, N., Oya, N., Kitaoka, R., Kuwahara, A., Morimoto, T., Sakuma, M., & Narumoto, J. (2022). Epidemiology of adverse drug events and medication errors in four nursing homes in Japan: The Japan Adverse Drug Events (JADE) Study. *BMJ Quality & Safety*, 31(12), 878–887. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2021-014280>

BAG, B. für G. (o. J.). *Mittel und Gegenständeliste (MiGeL)*. Abgerufen 7. Mai 2023,  
von

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Mittel-und-Gegenstaendeliste.html>

BAG, B. für G. (2022). *Pflegeleistungen*.

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/pflegeleistungen.html>

Barrelet, D. (2021, März 3). *So viel kostet ein Altersheim pro Monat—Hier die Alternativen*. Pflegehilfe Schweiz. <https://www.pflegehilfe.ch/so-viel-kostet-ein-altersheim-pro-monat-und-das-sind-die-alternativen/>

Bates, D. W., & Zebrowski, J. (2022). Medication safety in nursing home patients. *BMJ Quality & Safety*, 31(12), 849–852. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-014791>

Baur, N., & Blasius, J. (Hrsg.). (2014). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0>

BFS. (2012). *Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen* (Statistik Nr. 14; S. 48). Bundesamt für Statistik. [file:///C:/Users/cleai/Downloads/1209-1200%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/cleai/Downloads/1209-1200%20(1).pdf)

BFS. (2022a, März 24). *Demografisches Porträt der Schweiz—Bestand, Struktur und Entwicklung der Bevölkerung im Jahr 2020 | Publikation*. Bundesamt für Statistik. <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/21764558>

BFS. (2022b, September 26). *Bevölkerungsdaten im Zeitvergleich, 1950-2021—1950-2021 | Tabelle*. Bundesamt für Statistik. <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/23328844>



- BFS, B. für S. (2022c, November 11). *2021 ging die Beschäftigung in den Alters- und Pflegeheimen zum ersten Mal seit 2006 zurück—Sozialmedizinische Betreuung in Institutionen und zu Hause 2021*. Bundesamt für Statistik. <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/23549670>
- Blistersuisse. (o.J.). *Vorteile der Verblisterung*. DR. BÄHLER DROPA AG. <https://blistersuisse.ch/vorteile-der-verblisterung>
- Bochsler, H. P. (2006). Heimarzt- oder Belegarztmodell in Pflegeheimen? Wer entscheidet darüber, welches System gilt? *Schweizerische Ärztezeitung*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/[https://saez.ch/journalfile/view/article/ezm\\_saez/de/saez.2006.12250/61f4f865eb3e058018ece664d43c0e8f26ca637b/saez\\_2006\\_12250.pdf/rsrc/jf](https://saez.ch/journalfile/view/article/ezm_saez/de/saez.2006.12250/61f4f865eb3e058018ece664d43c0e8f26ca637b/saez_2006_12250.pdf/rsrc/jf)
- Brater, M., & Maurus, A. (1999). *Das schlanke Heim: Lean-Management in der stationären Altenpflege*. Vincentz.
- Brennan, P. A., Holden, C., Shaw, G., Morris, S., & Oepfen, R. S. (2020). Leading article: What can we do to improve individual and team situational awareness to benefit patient safety? *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 58(4), 404–408. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2020.01.030>
- Colombier, C. (2008). *Demografische Alterung und Gesundheitswesen – Mehrbelastungen primär in der Langzeitpflege*. Die Volkswirtschaft. <https://dievolkswirtschaft.ch/de/2008/10/colombier-7/>
- Curaviva. (2021). *Faktenblatt «Pflegefiananzierung in der Schweiz»*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/[https://www.curaviva.ch/files/TUH7CFO/pflegefiananzierung\\_in\\_der\\_schweiz\\_\\_faktenblatt\\_\\_curaviva\\_schweiz\\_\\_2021.pdf](https://www.curaviva.ch/files/TUH7CFO/pflegefiananzierung_in_der_schweiz__faktenblatt__curaviva_schweiz__2021.pdf)

Curaviva. (2023, März 17). *POLITIK | Rückblick auf die Frühjahrssession 2023.*

Curaviva.ch. <http://www.curaviva.ch/Home/Pdsob/?ID=FB32EE28-6857-478F-B38905E23D78E0C4&method=render.news>

Curaviva. (o.J.). *Jährlicher Überblick über Infrastruktur und Tätigkeiten.* SOMED-

Statistik - Fachwissen - SOMED-Statistik.  
<http://www.curaviva.ch/Fachwissen/SOMED-Statistik/P8MtN/>

Curaviva, & pharmaSuisse. (2017). *Faktenblatt «Medikamentenversorgung in Pflegeheimen».*

[https://www.curaviva.ch/files/3MLSLNL/medikamentenversorgung\\_in\\_pfleheimen\\_\\_faktenblatt\\_\\_curaviva\\_schweiz\\_pharmasuisse\\_\\_2017.pdf](https://www.curaviva.ch/files/3MLSLNL/medikamentenversorgung_in_pfleheimen__faktenblatt__curaviva_schweiz_pharmasuisse__2017.pdf)

Devik, S. A., Olsen, R. M., Fiskvik, I. L., Halbostad, T., Lassen, T., Kuzina, N., &

Enmarker, I. (2018). Variations in drug-related problems detected by multidisciplinary teams in Norwegian nursing homes and home nursing care.

*Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(3), 291–299.

<https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1499581>

Direktion für Gesundheit und Soziales. (2019, März). *Ende des Freiburger Modells der*

*pharmazeutischen Betreuung: Kosten steigen, Pflegeheimbewohner müssen in die*

*Tasche greifen.* Staat Freiburg. [https://www.fr.ch/de/gsd/news/ende-des-](https://www.fr.ch/de/gsd/news/ende-des-freiburger-modells-der-pharmazeutischen-betreuung-kosten-steigen-pflegeheimbewohner-muessen-in-die-tasche-greifen)

[freiburger-modells-der-pharmazeutischen-betreuung-kosten-steigen-](https://www.fr.ch/de/gsd/news/ende-des-freiburger-modells-der-pharmazeutischen-betreuung-kosten-steigen-pflegeheimbewohner-muessen-in-die-tasche-greifen)

[pflegeheimbewohner-muessen-in-die-tasche-greifen](https://www.fr.ch/de/gsd/news/ende-des-freiburger-modells-der-pharmazeutischen-betreuung-kosten-steigen-pflegeheimbewohner-muessen-in-die-tasche-greifen)

Echo der Zeit. (2023, Februar 27). *Sparen im Gesundheitswesen—So will der Nationalrat*

*mit «Freiburger Modell» Kosten sparen.* Schweizer Radio und Fernsehen (SRF).

[https://www.srf.ch/news/schweiz/sparen-im-gesundheitswesen-so-will-der-](https://www.srf.ch/news/schweiz/sparen-im-gesundheitswesen-so-will-der-nationalrat-mit-freiburger-modell-kosten-sparen)

[nationalrat-mit-freiburger-modell-kosten-sparen](https://www.srf.ch/news/schweiz/sparen-im-gesundheitswesen-so-will-der-nationalrat-mit-freiburger-modell-kosten-sparen)

- EPA. (2022). *Soll-Arbeitszeit 2023* (Soll-Arbeitszeti, S. 2). Eidgenössisches Personalamt.  
[https://www.epa.admin.ch/dam/epa/de/dokumente/themen/vereinbarkeit/sollarbeitszeit-2023.pdf.download.pdf/135\\_sollarbeitszeit\\_2023\\_d%20\(1\).pdf](https://www.epa.admin.ch/dam/epa/de/dokumente/themen/vereinbarkeit/sollarbeitszeit-2023.pdf.download.pdf/135_sollarbeitszeit_2023_d%20(1).pdf)
- Felski, M. (2013). Vorteile der Verblisterung. *HeilberufeScience*, 4(S1), 4–5.  
<https://doi.org/10.1007/s16024-012-0144-x>
- Garfinkel, D. (2018). Poly-de-prescribing to treat polypharmacy: Efficacy and safety. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 9(1), 25–43.  
<https://doi.org/10.1177/2042098617736192>
- Gauch, M. (2013). *Medikationssicherheit im Spital der Einfluss von Unterbrechungen während des Richtens auf die Qualität der Medikation* (S. 110) [Masterarbeit]. Universität Basel.  
<https://www.gsasa.ch/deliver.cfm?f=0CD89DA59212A7CBAEDB92D04857B4B98B3073B687A929A4995EA5F1A8F7966D3B94BC5B9DB3BAED7BA1FFBCAC4A9D80E2BF80F2BC9E99A78A885CF6FB19D7C00662F20C829BACBEBD1C9BA6BB31B24FF15AB4BFB48C5E485F96A1C5A70A4AF74ED931&type=.pdf>
- Genau, L. (2020, April 21). *Die 3 Gütekriterien qualitativer Forschung erklärt mit Beispielen*. Scribbr. <https://www.scribbr.ch/methodik-ch/guetekriterien-qualitativer-forschung/>
- Göke, M., & Heupel, T. (Hrsg.). (2013). *Wirtschaftliche Implikationen des demografischen Wandels: Herausforderungen und Lösungsansätze ; [... 1. Wirtschaftswissenschaftliche Forum der FOM Hochschule ...]*. Springer Gabler.
- GoSpeech. (2023). *GoSpeech—Ihr Experte für Audiotranskription*. GoSpeech.  
<https://www.gospeech.com/>

- Hailu, B. Y., Berhe, D. F., Gudina, E. K., Gidey, K., & Getachew, M. (2020). Drug related problems in admitted geriatric patients: The impact of clinical pharmacist interventions. *BMC Geriatrics*, 20(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1413-7>
- Jaehde, U., & Thürmann, P. (2018). Arzneimitteltherapiesicherheit bei Heimbewohnern. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 61(9), 1111–1118. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2796-x>
- jobs.ch. (o. J.). *Lohn für Pharma Assistentin*. jobs.ch. Abgerufen 21. Mai 2023, von <https://www.jobs.ch/de/lohn/?canton=ch&term=pharma%20assistentin>
- Kadarova, J., & Demecko, M. (2016). New Approaches in Lean Management. *Procedia Economics and Finance*, 39, 11–16. [https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(16\)30234-9](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(16)30234-9)
- Kajüter, P., Behne, A., & Teuteberg, F. (2023). Verbesserte Patientenversorgung und effizientere Zusammenarbeit zwischen Apotheken und Pflegediensten durch maschinelle Medikamentenverblisterung und die Vernetzungsplattform MediMan: Eine Fallstudie. *HMD Praxis der Wirtschaftsinformatik*, 60(1), 173–192. <https://doi.org/10.1365/s40702-022-00879-4>
- Katz, P. R. (2009). Nursing Home Physician Specialists: A Response to the Workforce Crisis in Long-Term Care. *Annals of Internal Medicine*, 150(6), 411. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-150-6-200903170-00010>
- Kaumanns, K., Kayser, C., Paeschke, N., Von Mallek, D., Stingl, J., Köberle, U., Aly, A., Bräutigam, K., Stammschulte, T., & Gundert-Remy, U. (2015). *Medikationsfehler im Fokus der Forschung und Pharmakovigilanz* (Forschung Nr. 27). Paul-Ehrlich-Institut.

[https://www.akdae.de/fileadmin/user\\_upload/akdae/Arzneimittelsicherheit/Medikationsfehler/20150626.pdf](https://www.akdae.de/fileadmin/user_upload/akdae/Arzneimittelsicherheit/Medikationsfehler/20150626.pdf)

Kehrel, U. (2015). The acceptance of process innovations in drug supply – An empirical analysis of patient-individualized blister packaging in stationary nursing facilities. *International Journal of Healthcare Management*, 8(1), 58–63. <https://doi.org/10.1179/2047971914Y.0000000085>

Keyte, B., & Locher, D. (2004). *The complete lean enterprise: Value stream mapping for administrative and office processes*. Productivity Press.

Klötzli, A. (2022, Dezember 29). *Personalmangel: Die Schweiz sucht nach 10'000 Pflegern*. Nau. <https://www.nau.ch/news/schweiz/personalmangel-die-schweiz-sucht-nach-10000-pflegern-66380619>

Kobler, I., & Schwappach, D. (2017). *Mehr Patientensicherheit durch Design: Systemische Lösungen fürs Spital* (Nr. 2; Think Tank). Stiftung Patientensicherheit Schwe. [https://www.bfh.ch/dam/jcr:99e74c99-056c-4741-b7ee-592100e4db7b/KD\\_Brosch%C3%BCre\\_Patientensicherheit\\_D.pdf](https://www.bfh.ch/dam/jcr:99e74c99-056c-4741-b7ee-592100e4db7b/KD_Brosch%C3%BCre_Patientensicherheit_D.pdf)

Konnegen, I. (2022, Januar). *So gestalten Krankenhäuser das Change Management | praktischArzt*. [praktischArzt.de. https://www.praktischarzt.de/magazin/arbeitgeber/so-gestalten-krankenhaeuser-das-change-management/](https://www.praktischarzt.de/magazin/arbeitgeber/so-gestalten-krankenhaeuser-das-change-management/)

Küng, K., Aeschbacher, K., Rüttsche, A., & Goette, J. (2019). Elektronisch unterstützter Richt- und Abgabeprozess von Medikamenten im Universitätsspital: Ergebnisse einer Benutzerbefragung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 146, 43–52. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2019.08.005>

- Lauterbach, K., Lungen, M., & Gerber, A. (2006). *Auswirkungen des Einsatzes von individualisierten Blistern auf Kosten und Qualität der Arzneimitteltherapie* (05/2006; Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft, S. 15). Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie der Universität zu Köln.
- Lawal, A. K., Rotter, T., Kinsman, L., Sari, N., Harrison, L., Jeffery, C., Kutz, M., Khan, M. F., & Flynn, R. (2014). Lean management in health care: Definition, concepts, methodology and effects reported (systematic review protocol). *Systematic Reviews*, 3(1), 103. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-3-103>
- Mangin, D., Bahat, G., Golomb, B. A., Mallery, L. H., Moorhouse, P., Onder, G., Petrovic, M., & Garfinkel, D. (2018). International Group for Reducing Inappropriate Medication Use & Polypharmacy (IGRIMUP): Position Statement and 10 Recommendations for Action. *Drugs & Aging*, 35(7), 575–587. <https://doi.org/10.1007/s40266-018-0554-2>
- Mavris, G. (2023, Februar 2). *Wie die Schweiz Pflegepersonal im Ausland rekrutiert*. SWI swissinfo.ch. [https://www.swissinfo.ch/ger/wirtschaft/fachkraeftemangel-gesundheitswesen\\_wie-die-schweiz-pflegepersonal-im-ausland-rekrutiert/48238074](https://www.swissinfo.ch/ger/wirtschaft/fachkraeftemangel-gesundheitswesen_wie-die-schweiz-pflegepersonal-im-ausland-rekrutiert/48238074)
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage). Beltz.
- Merçay, C., Grünig, A., & Dolder, P. (2021). *Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021. Bestand, Bedarf, Angebot und Massnahmen zur Personalsicherung* (Obsan Bericht Nr. 03/2021). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Michel, K., & Angerer, A. (2023, März 16). Die Evolution unserer Alters- und Pflegeheime: Mit Lean und Kaizen die Qualität und Effizienz erhöhen

[Blog.zhaw.ch]. *Gesundheitsökonomie* @ ZHAW.

<https://blog.zhaw.ch/gesundheitsoekonomie/2023/03/16/die-evolution-unserer-alters-und-pflegeheime-mit-lean-und-kaizen-die-qualitaet-und-effizienz-erhoehen/>

Moreau-Majer, J.-L. (2015). *Rolle der Hausärzte & Heimärzte in der Versorgung der Heimbewohner* (Themendossier: Medizinische und therapeutische Versorgung in Alters- und Pflegeinstitutionen, S. 9). CURAVIVA Schweiz. [https://www.curaviva.ch/files/HCZ6QGQ/rolle\\_der\\_hausaerzte\\_und\\_heimaerzte\\_in\\_der\\_versorgung\\_der\\_heimbewohnenden\\_\\_publikation\\_\\_curaviva\\_schweiz\\_\\_2015.pdf](https://www.curaviva.ch/files/HCZ6QGQ/rolle_der_hausaerzte_und_heimaerzte_in_der_versorgung_der_heimbewohnenden__publikation__curaviva_schweiz__2015.pdf)

Muchna, C. (Hrsg.). (2019). *Aspekte des Innovations- und Changemanagements: Ein Theorie-Praxis-Transfer*. Springer Gabler. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-22960-3>

Neuner-Jehle, S., & Senn, O. (2022). Polypharmazie: Polypharmacy. *Praxis*, *111*(3), 168–173. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003824>

Parkhi, S. S. (2019). Lean management practices in healthcare sector: A literature review. *Benchmarking: An International Journal*, *26*(4), 1275–1289. <https://doi.org/10.1108/BIJ-06-2018-0166>

Patientensicherheit Schweiz. (o.J.). *Sichere Medikation in Pflegeheimen*. <https://www.patientensicherheit.ch/programme-progress/sichere-medikation-in-pflegeheimen/>

priscus.de. (o.J.). *Priscus 2.0*. <https://www.priscus2-0.de/>

- referenz-objekte. (o.J.). *Altersheim Rosental Rosentalsrasse 65 8400 Winterthur*.  
referenz-objekte.ch. <https://referenz-objekte.ch/projekte/altersheim-rosental-rosentalsrasse-65-in-8400-winterthur/3890/beschreibung.html>
- Rössing, S. (2017, März 29). *Der Apotheker im Altenheim*. DAZ.online.  
<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/03/29/der-apotheker-im-altenheim>
- Ruscin, J. (2021). *Arzneimittelassoziierte Probleme bei Älteren—Geriatric*. MSD Manual Profi-Ausgabe.  
<https://www.msdmanuals.com/de/profi/geriatrie/pharmakotherapie-bei-%C3%A4lteren/arzneimittelassoziierte-probleme-bei-%C3%A4lteren>
- Sanetics AG. (o.J.). *Sichere und zuverlässige Medikamentenabgabe* [Präsentation].
- santésuisse. (o.J.). *Pflegeheime—Santésuisse—Die Schweizer Krankenversicherer*.  
santésuisse.ch. <https://www.santesuisse.ch/tarifeleistungen/pflegefinanzierung/pflegeheime>
- Schneider, R., Schur, N., Reinau, D., Schwenkglens, M., & Meier, C. R. (2017). *Helsana-Arzneimittel-Report* (Helsana-Arzneimittelreport für die Schweiz, S. 207). Helsana, Universität Basel, Boston University School of Public Health.  
<https://www.helsana.ch/de/helsana-gruppe/medien-publikationen/helsana-reports/arzneimittelreport.html>
- Schulz, M., Mack, B., & Renn, O. (Hrsg.). (2012). *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft: Von der Konzeption bis zur Auswertung*. Springer VS.
- Sijm-Eeken, M., Zheng, J., & Peute, L. (2020). *Towards a Lean Process for Patient Journey Mapping—A Case Study in a Large Academic Setting* (Studies in Health Technology and Informatics). <https://doi.org/10.3233/SHTI200326>



Stadt Winterthur. (o. J.). *Alter und Pflege*. Stadt Winterthur. Abgerufen 26. Februar 2023, von <https://stadt.winterthur.ch/gemeinde/verwaltung/soziales/alter-und-pflege>

Statista Research Department. (2023, Februar 12). *Schweiz—Senioren 2021*. Statista. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/998363/umfrage/senioren-in-der-schweiz/>

Steffgen, N. (2023, Mai 16). Empowerment: Der wichtige Schlüssel zur Mitarbeiterbindung. *Factorial Blog*. <https://factorialhr.de/blog/mitarbeiter-empowerment/>

Steyer, L., Kortkamp, C., Müller, C., Tetzlaff, B., Fleischmann, N., Weber, C. E., Scherer, M., Kühn, A., Jarchow, A.-M., Lüth, F., Köpke, S., Friede, T., König, H.-H., Hummers, E., Maurer, I., & Balzer, K. (2022). Implementation, mechanisms of change and contextual factors of a complex intervention to improve interprofessional collaboration and the quality of medical care for nursing home residents: Study protocol of the process evaluation of the interprof ACT intervention package. *Trials*, 23(1), 561. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06476-6>

Studer, D., & Benninger, U. (2013, Januar). *Medikationsprozess Zentrales Medikamenten Richten—Wohn-und Pflegeheim Utzigen* [Vortrag]. [https://www.curaviva-be.ch/files/W0TTBYE/wph\\_utzingen\\_s\\_studer\\_u\\_benninger.pdf](https://www.curaviva-be.ch/files/W0TTBYE/wph_utzingen_s_studer_u_benninger.pdf)

Syrowatka, A., Song, W., Amato, M. G., Foer, D., Edrees, H., Co, Z., Kuznetsova, M., Dulgarian, S., Seger, D. L., Simona, A., Bain, P. A., Purcell Jackson, G., Rhee, K., & Bates, D. W. (2022). Key use cases for artificial intelligence to reduce the frequency of adverse drug events: A scoping review. *The Lancet Digital Health*, 4(2), e137–e148. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(21\)00229-6](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(21)00229-6)

- Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., & Reed, J. E. (2014). Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, 23(4), 290–298. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001862>
- Thiele, D. (2019). *Lean Management in der Pflege: QM-Pflege 4.0*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-20301-6>
- Twerenbold, S., Schur, N., Zappalà, T., Gut, S., Stoffel, S., Salari, P., Galactionova, K., Schwenkglenks, M., & Meier, C. R. (2021). *Helsana Report: Arzneimittel—Arzneimittelsituation mit Einspar- und Gefahrenpotenzial* (Helsana-Arzneimittelreport für die Schweiz, S. 168). Helsana, Universität Basel.
- Wagner, K. W., & Lindner, A. (2017). *Wertstromorientiertes Prozessmanagement: Effizienz steigern, Verschwendung reduzieren, Abläufe optimieren* (2., überarbeitete Auflage). Hanser.
- Walter, P. (2020, Juli 14). *Demografischer Wandel und Gesundheitskosten | HZ Insurance*. Handelszeitung. <https://www.handelszeitung.ch/insurance/alterung-ist-doch-kein-kostentreiber>
- Wirtz. (2023, Februar 27). Nationalrat spricht sich knapp für das Freiburger Medi-Modell aus. *Freiburger Nachrichten*. <https://www.freiburger-nachrichten.ch/nationalrat-spricht-sich-knapp-fuer-das-freiburger-medi-modell-aus/>
- Witzel, A., & Reiter, H. (2012). *The Problem-Centred Interview: Principles and Practice*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446288030>

## Anhang

### Anhang A – Leitfaden Mitarbeiterinterviews

#### Ablauf:

- Vorstellungsrunde (Danke für Deine Zeit)
- Vorstellung der Masterarbeit, Ziel und Fokus des Interviews
- Struktur des Interviews
  - o Art (Gespräch angelehnt an Fragen, jedoch freier Fluss)
  - o Dauer (ca. 30 - 45 Minuten)
- Einverständniserklärung mündlich einholen
  - o Ich möchte Dich darauf hinweisen, dass alle Daten vertraulich behandelt werden. Die Daten werden anonymisiert und es steht Dir frei Fragen nicht zu beantworten, wenn Dir diese nicht behagen.  
Das Interview findet auf Hochdeutsch statt und es wird eine Tonaufzeichnung geben. Bist Du sie damit einverstanden?
- Audio-Aufnahme
- Start Interview

Frage	Kurznotizen
Stichprobe	
Alter Position Beschäftigungsdauer	
Medikamentenprozess im AZR	
Was verbindest Du mit dem Wort Medikamentenprozess?	
Wie funktioniert das Richten der Medikamente auf eurer Wohngruppe? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie findest Du diese Vorgehensweise?</li> <li>- Hast Du ausreichend Zeit für die Aufgabe?</li> <li>- Wie lange dauert diese Aufgabe?</li> </ul>	
Wie funktioniert das Kontrollieren und Abgeben pro Schicht bei euch auf der Wohngruppe? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie findest Du diese Vorgehensweise?</li> <li>- Hast Du genügend Zeit für die Aufgabe?</li> <li>- Wie lange dauert diese Aufgabe?</li> </ul>	
Was im Medikamentenprozess läuft bereits gut, wo siehst Du Verbesserungspotential?	
Wie werden die «Bestände» auf Deiner Wohngruppe bewirtschaftet? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Funktioniert dieses Vorgehen einwandfrei oder gibt es Probleme?</li> </ul>	
Medikamentensicherheit	
Wie wird die Medikamentensicherheit bei euch auf der Wohngruppe gefördert?	
Wie gut werden Medikamentenfehler dokumentiert?	
Hast du bereits miterlebt, dass Medikamentenfehler gemacht wurden?	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wenn ja, wie und wieso?</li> <li>- Wie hätte der Fehler verhindert werden können?</li> </ul>	
Polymedikation	
<p>Was würden Sie sagen, wie viel Prozent der Wohngruppe an Polymedikation leidet, eine geschätzte Zahl? (Mehr als 5 Wirkstoffe/Medikamente täglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Was sind deiner Meinung nach die häufigsten dieser Nebenwirkungen?</li> </ul>	
Hast Du Erfahrungen mit unerwünschten Nebenwirkungen aufgrund von Polymedikation bei Bewohnenden erlebt?	
<p>Ist ihnen die Liste mit den «Potenziell Inadäquaten Medikamenten» für Senioren bekannt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wenn ja, ziehen Sie diese zurate bevor sie eine Verordnung übertragen?</li> </ul>	
<p>Verschreibungskaskaden sind ein Problem bei Bewohnenden in Pflegezentren, würdest Du sagen, dass diese im AZR ebenfalls eine Herausforderung darstellen? Wenn ja, wie wird vorgebeugt?</p>	
Zusammenarbeit mit den Hausärzten	
Wie läuft die Kommunikation mit den Hausärzten ab?	
<p>Wie lange dauert es im Schnitt, bis Du Antworten auf Deine Fragen an den Hausarzt erhalten?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei mehreren Tagen</li> <li>- Wird die Verordnung / Frage dann korrekt bearbeitet?</li> </ul>	
Wo besteht in der Kommunikation Verbesserungsbedarf?	
Zusammenarbeit mit der Apotheke	
Wie würdest Du die Zusammenarbeit beschreiben?	
<p>Wie funktioniert die Lieferung der Medikamente?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie lange dauert eine «Notfalllieferung» im Schnitt?</li> </ul>	
Care Coach / E-Dokumentation	
<p>Bist Du zufrieden mit dem Dokumentationssystem?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Was läuft bereits gut?</li> <li>- Wo sind die Herausforderungen?</li> <li>- Was könnte verbessert werden?</li> </ul>	

Ende Interviews:

- Punkt, den Du noch erwähnen willst?
- Stehst Du ggf. später für kurze Nachfragen zur Verfügung?

## Anhang B – Leitfaden Fokusgruppen

### Materialien:

- Vorbereitete Flipchart
- Klebezettel
- Stifte

Überthemen / Szenarien		
Teilnehmende		
WG 1 Alessia K. (Pflegeexpertin) Roxana R. (Leitung der Wohngruppe) Stan U. (Fachexpertin Wohngruppe) Nils P. (Fachmann Betreuung) Divna S. (Fachfrau Gesundheit)	WG 2: Alessia K. (Pflegeexpertin) Jolly K. (Fachexpertin Wohngruppe) Dragan S. (Dipl. Pflegefachmann + Berufsbildner) Marion A. (Fachfrau Betreuung)  Verhindert: Andreas G. (Leitung der Wohngruppe) verhindert	WG 3: Alessia K. (Pflegeexpertin) Andrea F. (Leitung der Wohngruppe) Darko .(Fachexpertin Wohngruppe) Sven S. (Dipl. Pflegefachmann + Berufsbildner) Louella S. (Dipl. Pflegefachfrau)  Verhindert: Sabrina K. Fachfrau Betreuung
Einleitung		
Willkommen Ziel meiner Masterarbeit und des Workshops Offenheit, jede Idee ist willkommen, also freies Denken. Vorgehen: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. IST-Zustand des Prozesses auf der Wohngruppe beschreiben</li> <li>2. Besprechung, was fehlt / alle einverstanden?</li> <li>3. Darlegung der beobachteten und in Interviews geschilderten Probleme</li> <li>4. Besprechung, was fehlt / alle einverstanden?</li> <li>5. Gemeinsames Entwickeln von Lösungsvorschlägen</li> </ol>		
IST-Zustand		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stimmt das beschriebene Vorgehen für euch?</li> <li>- Fehlt etwas?</li> </ul>		
Identifizierte Probleme aus den Beobachtungen		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einzelnes durchgehen am Ablauf, beobachtete Fehlerquellen / Pain Points / Probleme beschreiben</li> <li>- Deckt sich das mit euren Erfahrungen?</li> <li>- Seid ihr irgendwo anderer Meinung?</li> <li>- Fehlen Probleme, die ihr noch zusätzlich als Fehlerquellen / Pain Points / Probleme seht?</li> </ul>		
Priorisierung der gesagten Fehlerquellen / Pain Points / Probleme mit Klebezetteln auf dem Flipchart		
Lösungen entwickeln		
Entwickeln von Vorschlägen zur Lösung der Probleme Aktionsplan, wie diese Lösungen im Alltag integriert werden könnten.		
Abschluss		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Was habt ihr während der Diskussion gelernt oder welches sind eure wichtigsten Erkenntnisse?</li> <li>- Habt ihr noch weitere Ideen oder Anregungen, die ihr noch nicht geteilt habt?</li> </ul>		

## Anhang C – Tabelle Kategoriensynthese

Sprecher	Paraphrasen	Generalisierung	Kategorie	Kategoriensynthese und Kurzzusammenfassung
Interview 1	Das Prinzip mit einmal wöchentlich funktioniert gut. Auch mit Care Coach kommt man bei uns gut zurecht.	Wöchentliches Richten funktioniert gut	Medikamente richten > Ablauf	<b>Medikamente richten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ablauf</b></li> </ul>
Interview 2	Wir richten immer einmal pro Woche durch den Medi-Dienst. Es werden die Medikamente für fast alle Bewohner für die nächste Woche. Zirka vier Bewohner verwalten die Medikamente selbstständig, denen richten wir die Medikamente in einen kleineren Wochendispenser, den sie dann selbst handhaben. Die kleinen Wochendispenser werden durch 2 Personen kontrolliert und an die Bewohner ausgeblistert abgegeben. Am Wochenende kontrollieren und zählen wir die BTMs.	Wöchentliches richten der Medikamente. Am Wochenende Betäubungsmittelkontrolle durch TV.	Medikamente richten > Ablauf	<b>Zusammenfassung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einmal wöchentliches Richten der Medikamente</li> <li>- Durch den Medi-Dienst, welcher manchmal durch die LWG gemacht wird.</li> <li>- Kontrolle der Betäubungsmittel findet am Wochenende statt</li> </ul>
Interview 3	Immer an einem Tag werden die Medikamente für die ganze Woche gerichtet. Jeden Sonntag führt die Tagesverantwortung die Betäubungsmittelkontrolle durch und	Wöchentliches Richten der Medikamente. Am Wochenende Betäubungsmittelkontrolle durch TV.	Medikamente richten > Ablauf	

	gibt den Bedarf dieser ein, damit diese am Montag bestellt werden können. Der Medi-Dienst ist ein separater Dienst, der den ganzen Tag die Medikamente richtet, bestellt und für Ordnung sorgt. Oft hat die LWG diese Aufgabe mit der Bestellung und dem Aufräumen ist man um 16:00 Uhr fertig.			
<b>Interview 4</b>	Das Richten wird jede Woche an einem Tag durch den Medikamentendienst gemacht und dauert 5 bis 6 Stunden für die ganze Abteilung. Sollte der Dienst ausfallen, werden die Medikamente am Sonntag durch das Team gerichtet. Meist hat aber die LWG den Dienst und richtet die Medis.	Wöchentliches Richten der Medikamente durch den Medikamentenrichtdienst	Medikamente richten > Ablauf	
	Wöchentliches Richten finde ich gut. Ich finde nicht, dass tägliches Richten notwendig ist. Wenn die Medikamente sich ändern, was nicht oft der Fall ist, dann passt man das in allen Schiebern direkt an.	Wöchentliches Richten als sinnvoll empfunden		
<b>Interview 5</b>	Jeden Mittwoch, je nach Personalressourcen werden die Medikamente durch den	Wöchentliches richten meist durch LWG oder Medikamentenrichtdienst	Medikamente richten > Ablauf	

	Medikamentenrichtdienst gerichtet, oft jedoch auch durch die LWG.			
<b>Interview 6</b>	Jeden Mittwoch, je nach Personalressourcen werden die Medikamente durch den Medi-Dienst gerichtet, oft jedoch auch durch die Leitung der Wohngruppe.	Wöchentliches richten meist durch LWG oder Medikamentenrichtdienst	Medikamente richten > Ablauf	
<b>Interview 1</b>	In der Regel benötigt man einen kompletten Arbeitstag, aber es gibt 1-2 Profis, die es in einem halben Tag schaffen. Es wird uns genügend Zeit gegeben.	Ein Arbeitstag, genügend Zeit. Geübtes Personal ist schneller	Medikamente richten > Zeitmanagement	<p><b>Medikamente richten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Zeitmanagement</b></li> </ul> <p><b>Zusammenfassung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Genügend Zeit zum Richten</li> <li>- Von 7 bis 14 Uhr beschäftigt mit richten</li> <li>- Mit Bestellung und Aufräumen ein Dienst gefüllt</li> <li>- Geübteres Personal ist schneller</li> </ul>
<b>Interview 2</b>	Wir haben eine Mitarbeiterin, die das jahrelang am häufigsten gemacht hat, die ist sehr schnell und innerhalb von 4-5 Stunden fertig. Wir anderen haben zirka von 7-14Uhr mit Pausen. Und dann noch die Bestellung. Ja man hat einen Arbeitstag Zeit, das reicht.	Ein Arbeitstag, genügend Zeit. Geübtes Personal ist schneller	Medikamente richten > Zeitmanagement	
<b>Interview 3</b>	Je mehr Erfahrung jemand hat, desto schneller ist man fertig.	Geübtes Personal ist schneller	Medikamente richten > Zeitmanagement	
<b>Interview 4</b>	Der Medikamentenrichtdienst hat genügend Zeit zum Richten.	Genügend Zeit zum Richten	Medikamente richten > Zeitmanagement	
<b>Interview 5</b>	Die Dauer des Medikamenten Richtens ist zirka einen Arbeitstag, wenn man die Bestellung mitzählt.	Ein Arbeitstag, genügend Zeit.	Medikamente richten > Zeitmanagement	



	Teilweise werden durch zwei Personen die Medikamente gerichtet, dann dauert es einen halben Tag.			
<b>Interview 6</b>	Man ist sicher von 07.00 – 14 Uhr beschäftigt mit der Aufgabe des Medikamenten Richtens, dann noch die Bestellung. Leute, die geübt sind, sind eher schneller.	Ein Arbeitstag, genügend Zeit.	Medikamente richten > Zeitmanagement	
<b>Interview 1</b>	Ich bin nicht zufrieden, dass man die Medikamente im Stationszimmer richtet, es ist immer unruhig und man wird unterbrochen. Man ist immer vor Ort und entsprechend sehen viele in einem jemanden, den man fragen kann. Man merkt die Fehler, die beim Richten passiert sind, in der Folgewoche	Unruhe und Unterbrechungen im Stationszimmer führt zu Fehlern	Medikamente richten > Ablenkung	<p><b>Medikamente richten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ablenkung</b></li> <li>• <b>Enges Stationszimmer</b></li> <li>• <b>Ressourcenverschwendung</b></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unruhe im Stationszimmer</li> <li>- Unterbrechungen durch Personal / Angehörige / Bewohner</li> <li>- Es passieren Fehler bereits beim Richten</li> <li>- Keine Distanz, man wird viel angesprochen</li> <li>- Konzentriertes Arbeiten ist erschwert</li> <li>- Medikamentenrichten als störender / Ressourcenintensiver Faktor</li> </ul>
	Das Stationszimmer ist eher eng. Beim Richten steht man häufiger im Weg.	Eng im Stationszimmer	Medikamente richten > Enges Stationszimmer	
<b>Interview 2</b>	Es ist unruhig, man wird auch durch Bewohner unterbrochen, die an die Tür klopfen oder durch temporär Mitarbeitende, die Fragen stellen.	Viele Unterbrechungen	Medikamente richten > Ablenkung	
<b>Interview 3</b>	Im Stationszimmer kann die Person nicht in Ruhe arbeiten, es sind viele Leute da, es gibt Gespräche und	Unruhe in den Stationszimmern	Medikamente richten > Ablenkung	

	Telefonate. Man kann nicht konzentriert arbeiten.			
<b>Interview 5</b>	Es ist eine Ressourcenverschwendung, dass man die Medikamente als dipl. Pflegefachperson richten muss. Ich empfinde es als störend, einfach dazustehen und die Medikamente zu richten.	Verschwendung von Ressourcen beim Medikamentenrichten	Medikamente richten > Ressourcenverschwendung	
<b>Interview 6</b>	Wenn man in dem Dienst des Medi Richtens ist, muss man trotzdem andere administrative Aufgaben übernehmen, für die man in diesem Dienst eigentlich nicht zuständig ist. Genau so passieren dann die Fehler, man wird abgelenkt.	Trotz Medikamentendienst werden andere Aufgaben übertragen	Medikamente richten > Ablenkung	
<b>Interview 2</b>	Das Verwalten der Bestände funktioniert gut. Wir sind ein motiviertes Team und es wird schnell gemerkt, wenn etwas fehlt. Wir haben gelernt, wo wir besser darauf achten müssen und wissen, wie wir notfalls in der Apotheke Notfallbestellungen machen können.	Gute Verwaltung der Bestände	Medikamente richten > Bestände Verwaltung	<p><b>Medikamente richten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bestände Verwaltung</b></li> </ul> <p><b>Zusammenfassung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Funktioniert mehrheitlich gut</li> <li>- Bestellung am Tag des Richtens</li> <li>- Bestellung so, dass Medikation für mind. 7 weitere Tage reichen wird.</li> </ul>
<b>Interview 3</b>	Man kontrolliert beim Richten auch immer den Bestand und schaut, dass man für mindestens eine Woche noch	Bestand wird beim Richten kontrolliert. Soll für 7 Tage reichen.	Medikamente richten > Bestände Verwaltung	

	genügend Tabletten hat. Bei Feiertagen bestellt man dann beispielsweise noch mehr.			
<b>Interview 4</b>	Wir schauen eigentlich, dass die Bestände für 7 Tage reichen. Meist funktioniert es gut. Manchmal vergisst man aber auch ein Medikament zu bestellen oder braucht viel aus der Reserve, dann reicht es die nächste Woche nicht mehr zum Richten. Wenn irgendwo etwas fehlt, gleicht man das aus mit den Medikamenten der anderen Bewohner.	Bestände reichen für 7 Tage, funktioniert gut	Medikamente richten > Bestände Verwaltung	
<b>Interview 5</b>	Bestände funktionieren gut. Medikamente werden am Mittwoch bestellt und Betäubungsmittel am Sonntag. Sollten Tropfen fehlen wird vorzu der Bedarf im System gemeldet.	Bestellung immer am Tag des Richtens. Funktioniert gut.	Medikamente richten > Bestände Verwaltung	
<b>Interview 6</b>	Die Bestellung erfolgt jeden Mittwoch für die ganze Abteilung. Funktioniert gut, wir haben selten Probleme.	Bestellung der Medikamente immer mittwochs.	Medikamente richten > Bestände Verwaltung	
<b>Interview 1</b>	Pro Schicht dauert die Kontrolle der Medikamente zirka eine Stunde. Es ist nur eine Person für beide Stockwerke verantwortlich in Bezug auf die Medikamente.	Dauer des Kontrollierens eine Stunde	Medikamentenkontrolle > Ablauf	<b>Medikamentenkontrolle</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ablauf</b></li> </ul> <b>Zusammenfassung</b>

<b>Interview 2</b>	Die Spätdienstverantwortliche kontrolliert die Medikamente von 14-15Uhr. Also man hat immer zirka eine Stunde Zeit.	Kontrolle im Frühdienst von 6 bis 7. Kontrolle im Spätdienst von 14-15Uhr	Medikamentenkontrolle > Ablauf	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dauer der Kontrolle variiert pro Wohngruppe zwischen 30min - 1h</li> <li>- Zwei Wohngruppen mit zwei Personen in der Medikamentenverantwortung, eine Wohngruppe mit einer Person in der Medikamentenverantwortung</li> </ul>
<b>Interview 3</b>	Wir haben zwei Personen, die die Medikamente kontrollieren, jemand macht den 3. und jemand den 4. Stock.	Zwei Personen in der Medikamentenverantwortung	Medikamentenkontrolle > Ablauf	
<b>Interview 5</b>	Die Medikamentenverantwortung liegt jeweils bei zwei Personen, jemand ist für den 2.Stock zuständig, die andere Person für den 1. Stock und das EG.	Zwei Personen pro Dienst zuständig für Medikamente. Zeit im EG/ 1.Stock ausreichend, im 2.Stock kommt man früher	Medikamentenkontrolle > Ablauf	
<b>Interview 6</b>	Die Kontrolle erfolgt pro Schicht im Frühdienst werden die Medikamente von 6.30 bis 7.00 kontrolliert. Im Spätdienst kontrolliert man die Medikamente nach dem Rapport von 14-15Uhr.	Im Frühdienst ist die Medikamentenkontrolle von 6.30-7.00Uhr	Medikamentenkontrolle > Ablauf	
<b>Interview 1</b>	Also man hat immer zirka eine Stunde Zeit. Die Zeit reicht aus.	Zeit reicht aus	Medikamentenkontrolle > Zeitmanagement	
<b>Interview 2</b>	Mir reicht die Zeit immer.	Zeit reicht aus	Medikamentenkontrolle > Zeitmanagement	
<b>Interview 4</b>	Die Zeit reicht gut aus. Man hat eine halbe Stunde Zeit für einen Stock.	Zeit reicht aus Nach längerer Abwesenheit wird mehr Zeit benötigt	Medikamentenkontrolle > Zeitmanagement	<p><b>Medikamentenkontrolle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Zeitmanagement</b></li> </ul> <p><b>Zusammenfassung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meist ausreichende Zeit, ausser Personen mit der Verantwortung auf dem 2. Stock der WG 3, wo man früher kommt, dass sie fertig werden.</li> </ul>

	Wenn ich länger nicht da war, dann habe ich etwas länger für die Kontrolle.			- Wenn man länger nicht da war, kommt man früher
<b>Interview 5</b>	Die Zeit für das Kontrollieren im Frühdienst reicht im Erdgeschoss/ 1.Stock aus, im 2. Stock kommen eigentlich alle früher, man braucht 45 Minuten.	Zu wenig Zeit im 2.Stock	Medikamentenkontrolle > Zeitmanagement	
<b>Interview 6</b>	Im Frühdienst kommen für den 2. Stock alle früher, aus Sicherheitsgründen, dass man in Ruhe fertig wird. Im Spätdienst ist ausreichend Zeit und man kann sogar noch administrative Aufgaben erledigen.	Zu wenig Zeit im 2.Stock  Im Spätdienst reicht die Zeit für zusätzlich administrative Aufgaben	Medikamentenkontrolle > Zeitmanagement	
<b>Interview 2</b>	Im Frühdienst bei der Kontrolle hat man seine Ruhe beim Kontrollieren, das ist gut. Im Spätdienst bei der Kontrolle ist es unruhig im Stationszimmer und man wird viel gestört, aber alle anderen brauchen das Büro ja auch.	Im Frühdienst keine Unterbrechungen	Medikamentenkontrolle > Ablenkung	<b>Medikamentenkontrolle</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ablenkung</b></li> <li>• <b>Fehlende / falsche Medikamente</b></li> <li>• <b>Doppelspurigkeit</b></li> </ul> <b>Zusammenfassung</b>
<b>Interview 5</b>	Es gibt viele Unterbrechungen (durch anderes Personal, Bewohner, Angehörige) im Spätdienst beim Kontrollieren der Medikamente.	Unterbrechungen im Spätdienst	Medikamentenkontrolle > Ablenkung	- Vor allem im Spätdienst viel Unruhe im Stationszimmer

<b>Interview 6</b>	Unterbrechungen beim Medikamentenrichten im Spätdienst ist auch ein Problem. Man muss sich distanzieren und bei Lärm die anderen aus dem Büro schicken, wenn Bewohner oder Angehörige klopfen müssen die anderen reagieren, nicht der der die Medis macht.	Unterbrechungen und Lärm im Spätdienst, Anfragen von Bewohnern und Angehörigen.	Medikamentenkontrolle > Ablenkung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bereits falsch gerichtete Medikamente kosten zusätzlich Zeit</li> <li>- Fehlende Betäubungsmittel benötigen mehr Zeit zum Finden von Ersatz.</li> <li>- Doppelspurigkeit durch aktuelle Richtlinien.</li> </ul>
	Es kostet jeweils auch Zeit die Medikamente zu kontrollieren, wenn sie schon falsch gerichtet wurden, vor allem weil wir dann alle Schieber noch so ändern müssen, dass es für den Rest der Woche dann stimmt.	Zeitaufwand, wenn Medikamente bereits falsch gerichtet wurden.	Medikamentenkontrolle > Fehlende / falsche Medikamente	
	Manchmal kommt auch vor, dass BTMs noch fehlen, die entweder noch nicht geliefert wurden oder nicht bestellt wurden, es kostet dann sehr viel Zeit einen Ersatz zu finden im anderen Stock oder auf den anderen WGs.	Fehlende Betäubungsmittel kosten viel Zeit, da sie auf anderen Wohngruppen geliehen werden müssen	Medikamentenkontrolle > Fehlende / falsche Medikamente	
<b>Interview 3</b>	Ich fasse die Medikamente beim Kontrollieren an, dann fasse ich den Schieber an um die Medikamente vor dem Zimmer in die Becher zu tun, dann sollte ich noch die BTMs holen, dann noch die Tropfen richten	Doppelspurigkeit beim Kontrollieren <b>und</b> Verabreichen	Medikamentenkontrolle > Doppelspurigkeit  Medikamente verteilen > Doppelspurigkeit	

	Fehler, die beim Richten passieren merkt man meist dann am Dienstagmorgen und im Spätdienst. Dann muss man alle Fehler wieder anpassen für die gesamte Woche, das kostet Zeit.	Fehler, die beim Richten passieren kosten den nächsten Dienst Zeit	Medikamentenkontrolle > Fehlende / falsche Medikamente	
<b>Interview 1</b>	Man ist immer auch in der Pflege, das ist stressig. Aber wenn gutes Personal da ist, kann man die Abgabe der Medikamente auch auf mehrere Personen verteilen, dann geht es besser.	Parallele Verantwortlichkeiten neben der Mediabgabe	Medikamente verteilen > Parallele Verantwortlichkeiten	<b>Medikamente verteilen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Parallele Verantwortlichkeiten</b></li> <li>• <b>Stress</b></li> <li>• <b>Viele Abgabeorte</b></li> <li>• <b>Einnahmekontrolle</b></li> <li>• <b>Personalressourcen</b></li> </ul> <b>Zusammenfassung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personalressourcen sind tagesabhängig</li> <li>- Parallele Verantwortlichkeiten neben dem Verteilen der Medikamente</li> <li>- Unterbrechungen bei der Abgabe aufgrund der Verantwortlichkeiten oder durch andere Personen</li> <li>- Stress bei der Abgabe der Medikamente</li> <li>- Einnahmekontrolle teilweise nicht möglich</li> </ul>
	Bei der Abgabe der Medikamente ist man mehr im Zeitdruck.	Abgabe stressig	Medikamente verteilen > Stress	
	Die Frage ist, wie viele Leute arbeiten, je nach dem ist man nur am Rennen und sucht die Bewohner, die man im Saal verpasst hat.	Bewohnende nicht an einem Ort	Medikamente verteilen > Viele Abgabeorte	
<b>Interview 2</b>	Es gab es auch schon, dass man im Stress den Bewohnern die Medikamente abgegeben hat und weiter ist und irgendwann später findet man eine Tablette am Boden, weiss aber nicht, von wann die ist.	Einnahmekontrolle nicht möglich durch Stress	Medikamente verteilen > Einnahmekontrolle	
	Was am meisten Mühe macht, ist es, die Zeit mit der gleichzeitigen Pflege einzuteilen. Man ist am Pflegen,	Viele Dinge parallel	Medikamente verteilen > Parallele Verantwortlichkeiten	

	jemand anders möchte Duschen, drei Bewohner warten beim Frühstück auf ihre Tabletten			- Viele Abgabeorte (auf zwei Wohngruppen)
<b>Interview 3</b>	Je nach Personalressourcen hat man genügend Zeit. Es gibt auch Tage da sind wir am Morgen zu fünft, da kann man die Medikamente gut in der korrekten Zeit abgeben.	Abhängig von Personalressourcen	Medikamente verteilen > Personalressourcen	
	Wenn aber jemand krank ist, muss man mehr pflegen und muss schauen, dass man die Medikamente in der korrekten Zeit verteilen kann.	Parallele Verantwortlichkeiten	Medikamente verteilen > Parallele Verantwortlichkeiten	
	Es ist mühsam, wenn dann teilweise die Bewohner schon im Saal sind, und sie beispielsweise die Medikamente vor dem Essen haben sollten. Dann muss man ihnen "nachrennen".	Diverse Orte der Medikamentenabgabe	Medikamente verteilen > Viele Abgabeorte	
<b>Interview 4</b>	Bei den Medikamenten muss man teilweise bei Bewohnern die Einnahme kontrollieren. Teilweise muss ich später nochmals ins Zimmer und kontrollieren, ob die Bewohner die Medikamente genommen haben, aber daran muss ich auch denken und es kostet auch wieder Zeit.	Kaum Zeit für die Einnahmekontrolle	Medikamente verteilen > Einnahmekontrolle	



	Aber man hat kaum Zeit, weil man parallel so viel machen muss.	Parallele Verantwortlichkeiten neben der Medi Abgabe	Medikamente verteilen > Parallele Verantwortlichkeiten	
	Abgabe kann stressig sein.	Stress während des Verteilens	Medikamente verteilen > Stress	
<b>Interview 1</b>	Man ist immer auch in der Pflege, das ist stressig. Aber wenn gutes Personal da ist, kann man die Abgabe der Medikamente auch auf mehrere Personen verteilen, dann geht es besser.	Delegation je nach Tagsteam bei guten Personalressourcen	Medikamente verteilen > Delegation	<b>Medikamente verteilen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalressourcen</li> <li>• Delegation</li> <li>• Wege</li> </ul> <b>Zusammenfassung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei guten personellen Ressourcen ist Delegation möglich</li> <li>- Kurze Wege bei der Abgabe (auf einer Wohngruppe)</li> <li>- Überblick welche Bewohner die Medikamente erhalten haben vorhanden</li> </ul>
			Medikamente verteilen > Personalressourcen	
<b>Interview 5</b>	Guter Ablauf auf der Wohngruppe, die Bewohner kommen vorbei, um die Medikamente zu holen. Erleichtert den Überblick zu haben. Bewohner, die die Medikamente nicht holen können, essen im Stübli, dann kann es dort abgegeben werden. Kurze Wege, guter Überblick.	Bewohner holen Medikamente ab	Medikamente verteilen > Wege	
			Besseres Zeitmanagement ist möglich, wenn Fachpersonen arbeiten, da diese mehr Unterstützung bieten können Lernende oder Praktikanten. Wenn sie jemand anders abgibt, hält diese Person Rücksprache mit mir, damit ich die Übersicht behalte.	
			Medikamente verteilen > Personalressourcen	
<b>Interview 1</b>	Mir sind auch Fehler passiert. Es sassen zwei Bewohnerinnen nebeneinander, beide dement und fast	Verwechslung von Bewohnenden	Medikamentensicherheit > Vergangene Medikamentenfehler	<b>Medikamentensicherheit</b>

	derselbe Name und dann habe ich der falschen die Medikamente gegeben.			<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vergangene Medikamentenfehler</b></li> <li>• <b>(Auslöser für Fehler)</b></li> </ul> <p><b>Zusammenfassung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verwechslung</li> <li>- Verwechseln von Dosierungen</li> <li>- Weiter geben von gestoppten Medikamenten</li> </ul>
<b>Interview 3</b>	Beim Verabreichen passieren eher die Fehler, wo man jemanden Verwechselt. Aber so gravierend, dass es gesundheitliche Schäden gab, habe ich es noch nie erlebt.	Fehler wie Verwechslung.	Medikamentensicherheit > Vergangene Medikamentenfehler	
<b>Interview 5</b>	Medikamentenfehler, der passiert ist, aufgrund von mangelnder Konzentration und Nervosität war eine Verwechslung von Bewohnern.	Verwechslung durch mangelnde Konzentration und Nervosität	Medikamentensicherheit > Vergangene Medikamentenfehler	
	Ein Medikament wurde gestoppt, dies wurde dann aber noch eine Woche weitergegeben, vermutlich aus Gewohnheit, da diese Person es schon lange hatte.	Weiteres Verabreichen, obwohl gestoppt		
	Auch wurde schon die Dosierung verwechselt. Das kann passieren, da die Verpackungen dann ähnlich aussehen und die Bewohner zwei verschiedene Dosierungen nimmt und die Packungen also nebeneinanderstehen. Dann greift man im Stress zur falschen.	Verwechslung von Dosierungen		
<b>Interview 6</b>	Mir passiert, dass ich die Medikamentenbecher mit Namen beschriftet habe und zwei Bewohner	Medikamentenbecher beschriftet, was zu Verwechslung führte.	Medikamentensicherheit > Vergangene Medikamentenfehler	

	mit dem gleichen Namen vertauschte. Als der Bewohner das Medikament im Mund hatte konnte ich es noch aufhalten und habe ihm alle Tabletten aus dem Mund nehmen.			
<b>Interview 4</b>	Ich habe auch schon Fehler gemacht, beispielsweise wurde ich beim Verteilen unterbrochen und bin dann ins falsche Zimmer mit den Medikamenten und habe diese dem Falschen Bewohner gegeben. Es gab es auch, dass ein Medikament, dass gestoppt war noch in den Schiebern gerichtet war, und es daher einfach mit abgegeben wurde.	Abgabe an den falschen Bewohner	Medikamentensicherheit > Vergangene Medikamentenfehler	
		Unterbrechung während der Abgabe	Medikamentensicherheit > Auslöser für Fehler	
<b>Interview 1</b>	Bei uns ist einer der Hauptgründe bei uns für Medi Fehler waren in letzter Zeit sehr viele temporäre Mitarbeitende. Die haben kaum Einführung.	Temporäre Mitarbeitende mit wenig Einführung	Medikamentensicherheit > Vergangene Medikamentenfehler	<b>Medikamentensicherheit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Auslöser für Fehler</b></li> <li>• <b>(Vergangene Medikamentenfehler)</b></li> </ul> <b>Zusammenfassung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ungenügende Einführung</li> <li>- Mangelnde Konzentration</li> <li>- Nervosität</li> <li>- Gewohnheit</li> <li>- Unterbrechungen bei der Abgabe</li> <li>- Vergessen der Abgabe</li> </ul>
	Ich hatte kaum Einführung und war direkt das erste Mal alleine in der Tagesverantwortung.	Zu wenig Einführung		
	Was auch passiert ist, dass die Assistenten die Medikamente mitnehmen, um sie abzugeben, dann aber abgelenkt werden durch etwas	Abgabe der Medikation wird vergessen		

	anderes, was sie dann erst machen, und am Schluss ist das Medikament noch am Mittag im Hosensack oder steht beim Bewohner herum.			- Stress / Ressourcenmangel
<b>Interview 2</b>	Die Tagesverantwortung und der Mitarbeiter sich nicht klar abgesprochen haben.	Schlechte Kommunikation	Medikamentensicherheit > Auslöser für Fehler	
	Es ist auch schon passiert, dass der Blutverdünner gestoppt wurde im Spital und dann vergessen wurde diesen wieder nach einiger Zeit zu beginnen, oder ähnliches.	Vergessen Medikament wieder zu starten		
<b>Interview 3</b>	Die neuen Mitarbeiter haben kaum Einführung, weil niemand Zeit hat. Dann sind sie in der TV und müssen die Medikamente kontrollieren, abgeben.	Zu wenig Einführung	Medikamentensicherheit > Auslöser für Fehler	
<b>Interview 6</b>	Auslöser der Fehler bei uns auf der Wohngruppe ist meist der Ressourcenmangel und der damit verbundene Stress bei der Arbeit.	Mangel an Personalressourcen	Medikamentensicherheit > Auslöser für Fehler	
<b>Interview 1</b>	Medikamentensicherheit dadurch, dass nur eine Person zuständig ist.	Nur eine Person verantwortlich	Medikamentensicherheit > Förderung Sicherheit	<b>Medikamentensicherheit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Förderungsmassnahmen</b></li> </ul>

	Nur jemand hat die Verantwortung und so gibt es keine Doppelabgaben.			<b>Zusammenfassung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klar definiert, wer verantwortlich ist</li> <li>- Dokumentation der Fehler</li> <li>- Transparenz wird gefördert</li> <li>- 4-Augen-Prinzip (richten und kontrollieren durch versch. Personen)</li> <li>- 4-Augen-Prinzip beim Übertragen von neuen Verordnungen</li> <li>- Visum der Abgaben</li> <li>- Kommunikation und gegenseitige Tipps im Team</li> <li>- Verschlussbare Schränke</li> <li>- Keine Beschriftung von Medikamentenbechern</li> </ul>
	Wir wollen auch die kleinen Fehler sehen, um zu identifizieren, wo das Problem war. Wir versuchen mehr Transparenz zu fördern.	Transparenz wird gefördert		
	Wir führen bei den Übertragungen immer das 4-Augen-Prinzip durch.	Übertragung im 4-Augen-Prinzip		
<b>Interview 3</b>	Wir haben zwar das 4-Augenprinzip. Aber Fehler sollten nicht schon am Anfang beim Richten passieren.	4-Augenprinzip für die Medikamentensicherheit	Medikamentensicherheit > Förderung Sicherheit	
	Der Medikamentenschrank & Medikamentenwagen ist immer geschlossen, den Schlüssel haben nur Diplomierte und FaGes. Für den BTM-Schrank gibt es nur einen Schlüssel, den die TV auf Mann trägt.	Schutz durch Abschliessen der Medikamente		
<b>Interview 4</b>	Wir lassen die Medikamente nach der Kontrolle im Schieber und tun sie erst kurz vorher in den Becher für den Bewohner.	Medikamente werden bis zur Abgabe im Schieber gelassen	Medikamentensicherheit > Förderung Sicherheit	
	Man gibt die passierten Fehler auch im Rapport weiter, dass die folgenden Dienste darüber Bescheid wissen.	Kommunikation der Fehler im Team		
	Wir dürfen darum keine Becher mehr anschreiben und müssen die Medikamente im Schieber lassen.	Konsequenz durch Evaluationen der Fehler, keine Deckel mehr beschriften		

<b>Interview 5</b>	Medikamentensicherheit durch das 4-Augen-Prinzip, jemand richtet die Medikamente und eine andere Person kontrolliert diese in ihrem Dienst. Auch in der Software.	4-Augen-Prinzip im Medikamentenprozess	Medikamentensicherheit > Förderung Sicherheit	
	Nur eine Person ist verantwortlich für die Medikamente auf ihrem Stock und hat somit den Überblick. Doppelspurigkeit können so vermieden werden.	Nur eine Person mit Medikamentenverantwortung		
<b>Interview 6</b>	Medikamentensicherheit wird durch die 6-R-Regel gefördert.	6-R-Regel und das strikte Einhalten dieser	Medikamentensicherheit > Förderung Sicherheit	
	Auch die Kommunikation ist wichtig. Man muss sagen, wenn man sich nicht in der Lage fühlt die Medikamentenverantwortung zu tragen.	Kommunikation im Team		
	Medikamentenfehler werden bei uns auf der Wohngruppe sehr transparent behandelt. Wir kommunizieren diese im Team auch. Und wenn häufig die gleichen Fehler passieren, wird im Team eine Lösung gesucht	Transparenz in der Kommunikation von Medikamentenfehlern		
<b>Interview 1</b>	Medikamentenfehler können zwar dokumentiert werden, ich denke aber	Inkonsequente Fehlerdokumentation		

	nicht, dass das konsequent gemacht wird.		Medikamentensicherheit > Medikamentenfehler > Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dokumentation</b></li> </ul> <b>Zusammenfassung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfassung ist möglich und bekannt wo</li> <li>- Grossteil geht davon aus, dass Medikationsfehler nicht konsequent dokumentiert werden</li> <li>- Grössere Fehler werden eher dokumentiert als kleinere</li> <li>- Misstrauen, dass diese anonym / ohne Konsequenzen bleiben ist vorhanden</li> <li>- Evaluation der dokumentierten Fehler durch PEF und PEX</li> </ul>
	Schwerwiegende Fehler werden immer dokumentiert, aber die kleineren eher nicht.	Gravierende Fehler werden dokumentiert. Kleinere Fehler nicht immer dokumentiert		
	Ich informierte die Angehörigen, Gruppenleitung und habe ein Protokoll geschrieben.	Information an Angehörige und LWG, Erfassung des Protokolls		
<b>Interview 2</b>	Wir können die Fehler erfassen und als Protokoll ablegen. Es wird dann weitergeleitet an den Arzt, die LWG und die Pflegeexpertin.	Fehlerprotokoll bekannt	Medikamentensicherheit > Medikamentenfehler > Dokumentation	
	Es kann gut sein, dass nicht alle ihre Fehler dokumentieren, ich weiss es aber nicht genau	Unklar, ob Fehler dokumentiert, werden		
<b>Interview 3</b>	Ich denke die Leute wissen, was sie machen müssen, wenn ein Fehler passiert. Ich denke man vertraut nicht darauf, dass es anonym ist wenn ein Fehler gemeldet wird und man steht eher zu anderen Fehlern als zu Medikamentenfehlern.	Kein Vertrauen, dass Fehler anonym behandelt, werden	Medikamentensicherheit > Medikamentenfehler > Dokumentation	
	Gravierende Fehler werden sicher dokumentiert. Man muss dann auch den Arzt informieren. Kleinere Fehler,	Gravierende Fehler werden dokumentiert. Kleinere Fehler nicht immer dokumentiert		

	wo man denkt das ist jetzt nicht so schlimm, werden eher ignoriert oder auch einfach vergessen.			
<b>Interview 4</b>	Ich habe es der Diplomierten PP gemeldet, den Arzt informiert und die Vitalparameter gemessen. Das Medikamentenfehler Protokoll habe ich auch ausgefüllt.	Vorgehen war klar, Protokoll wurde ausgeführt	Medikamentensicherheit > Medikamentenfehler > Dokumentation	
<b>Interview 5</b>	Unsicher, ob alle Medikamentenfehler dokumentiert werden.	Unklar, ob Fehler dokumentiert werden.	Medikamentensicherheit > Medikamentenfehler > Dokumentation	
<b>Interview 6</b>	Ich denke nicht, dass alle Fehler dokumentiert werden.	Unklar, ob Fehler dokumentiert werden.	Medikamentensicherheit > Medikamentenfehler > Dokumentation	
<b>Interview 1</b>	Die PEFs und PEX setzen sich damit auseinander.	Evaluation durch PEF und PEX	Medikamentensicherheit > Medikamentenfehler > Evaluation	<b>Medikamentensicherheit</b> <b>Medikamentenfehler</b> • <b>Evaluation</b>
<b>Interview 2</b>	Bearbeitet werden diese dann durch die PEF und die Pflegeexpertin, die geben uns dann die Info, was die Konsequenzen davon sind.	Evaluation durch PEF und PEX	Medikamentensicherheit > Medikamentenfehler > Evaluation	<b>Zusammenfassung</b> - Evaluiert werden die Medikamentenfehler durch PEF der WG und PEX - Team wird nicht in Evaluation eingebunden, Weisungen werden aber anschliessend umgesetzt
<b>Interview 4</b>	Die Evaluation erfolgt durch die PEF. Die PEF schaut in welchem Schritt des Prozesses der Fehler geschehen ist. Teilweise sind Fehler auch mit uns besprochen worden, aber wir erhalten	Evaluation der Fehler durch PEF und PEX	Medikamentensicherheit > Medikamentenfehler > Evaluation	



	eher einfach die Info, was man anders machen muss.			
<b>Interview 2</b>	Ein Problem, dass es gibt ist, wenn ich die Medikamente richte und am nächsten Tag Dienst habe, dann kontrolliere ich die Medikamente, die ich auch gerichtet habe. Was nicht dem 4-Augen-Prinzip entspricht.	4-Augen-Prinzip kann nicht immer eingehalten werden	Medikamentensicherheit > Richtlinien für Medikamentensicherheit	<b>Medikamentensicherheit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Richtlinien des Hauses</b></li> </ul> <b>Zusammenfassung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Werden teilweise als störend empfunden</li> <li>- Können nicht immer eingehalten werden</li> <li>- Werden teilweise nicht eingehalten, aus Angst, dass sonst mehr Fehler passieren würden.</li> </ul>
<b>Interview 1</b>	Bezüglich des Vorkontrollierens durch den Spätdienst für die Nachtwache bewegen wir uns in einer Grauzone, aber je nach Nachtwache haben diese keine Kapazität und das Vorkontrollieren gewährleistet, dass die Medikamente abgegeben werden. Es ist die Angst da, dass wenn man es nicht vorrichtet, es zu mehr Fehlern führen würde.	Vorrichten der Medikamente für die Nachtwache	Medikamentensicherheit > Richtlinien für Medikamentensicherheit	
<b>Interview 3</b>	Die Richtlinien werden von anderen Häusern geschrieben, die alle Bewohner auf einem Stock betreuen, das ist bei uns anders und so oft nicht möglich	Richtlinien aus anderen Häusern, schwer umsetzbar im AZR	Medikamentensicherheit > Richtlinien für Medikamentensicherheit	
	Wenn am Nachmittag Weiterbildungen sind oder Teamsitzungen, werden für den Spätdienst die Medikamente	Vorkontrollen der Medikamente in gewissen Situationen		

	kindersicher vorkontrolliert, auch wenn man das nicht darf, weil die Person, die die Medikamente abgibt dann die Medikamente nicht selbst kontrolliert hat			
<b>Interview 6</b>	Die Richtlinien sagen, dass man keine Deckel anschreiben darf, aber wenn einem das mehr Sicherheit gibt, finde ich, lieber so, als im Stress dann das falsche Medikament abzugeben.	Richtlinie, dass Medikamentendeckel nicht beschriftet werden dürfen	Medikamentensicherheit > Richtlinien für Medikamentensicherheit	
<b>Interview 1</b>	Es leiden viele unserer Bewohner an Polymedikation.	Viele Bewohnende mit Polymedikation	Polymedikation > Anteil der betroffenen Bewohner	<b>Polymedikation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil betroffener Bewohner</li> </ul> <b>Zusammenfassung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle Wohngruppen berichten, dass beinahe alle Bewohnenden davon betroffen sind</li> </ul>
<b>Interview 2</b>	Sicher 80 % der Bewohner leiden an Polymedikation	über 80 % mit Polymedikation	Polymedikation > Anteil der betroffenen Bewohner	
<b>Interview 3</b>	Polymedikation ist ein Problem.	Polymedikation als Problem	Polymedikation > Anteil der betroffenen Bewohner	
<b>Interview 4</b>	Es gibt einige die viele Medikamente nehmen, wie viele Bewohner mehr als 5 nehmen, weiss ich nicht.	Viele mit Polymedikation	Polymedikation > Anteil der betroffenen Bewohner	
<b>Interview 5</b>	Auf unserer Wohngruppe hat fast jeder Bewohner eine Polymedikation	Fast alle mit Polymedikation	Polymedikation > Anteil der betroffenen Bewohner	

<b>Interview 6</b>	Also Polymedikation haben bei uns fast alle.	Fast alle mit Polymedikation	Polymedikation > Anteil der betroffenen Bewohner	
<b>Interview 1</b>	Bewohner leiden unter Nebenwirkungen wie Stürzen, Schwindel, Appetitlosigkeit.	NW wie Stürze, Schwindel, Appetitlosigkeit	Polymedikation > Beobachtete Nebenwirkungen	<b>Polymedikation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Beobachtete Nebenwirkungen</b></li> </ul> <b>Zusammenfassung</b> Beobachtete Nebenwirkungen waren: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwindel</li> <li>- Stürze</li> <li>- Schläfrigkeit</li> <li>- Erhöhter / verminderter Appetit</li> <li>- Durchfall</li> <li>- Übelkeit</li> <li>- Verwirrtheit</li> </ul>
<b>Interview 2</b>	Nebenwirkungen gibt es bestimmt, z.B. Schläfrigkeit, erhöhter Hunger n Verwirrtheit usw.	NW wie Schläfrigkeit, Verwirrtheit erhöhter Appetit	Polymedikation > Nebenwirkungen	
<b>Interview 3</b>	Nebenwirkungen, wie Durchfall, Übelkeit etc. sind vorhanden.	NW wie Durchfall, Übelkeit	Polymedikation > Beobachtete Nebenwirkungen	
<b>Interview 4</b>	Es ist auch schon aufgefallen, dass viele Stürze passieren oder sonst Nebenwirkungen.	NW wie Stürze	Polymedikation > Beobachtete Nebenwirkungen	
<b>Interview 5</b>	Es kommt öfter dazu, dass man Nebenwirkungen, wie Schwindel, Übelkeit, Durchfall und Stürze beobachtet. Je nach Medikation ist gut vortellbar, dass das auch durch eine Wechselwirkung in der Polymedikation dazu kommt.	NW wie Schwindel, Übelkeit, Diarrhoe, Stürze	Polymedikation > Beobachtete Nebenwirkungen	
<b>Interview 6</b>	Hauptnebenwirkungen, die ich wahrnehme, sind Schwindel und schlechte Mobilität bis zu Stürzen. Die Bewohner sind oft sehr benebelt oder auch verwirrt.	NW wie Schwindel, eingeschränkte Mobilität, Stürze und Verwirrtheit als beobachtete Hauptnebenwirkungen	Polymedikation > Beobachtete Nebenwirkungen	
<b>Interview 1</b>	Wir sind dran die Liste der Medikamente immer an die Hausärzte	Halbjährliche Überprüfung durch Hausärzte	Polymedikation > Gründe > Evaluation	

	zu senden, der halbjährlichen Beobachtungsphase, bei Eintritt und bei Austritt aus dem Spital die damit diese die Medikamente entsprechend auch anpassen könnten.			<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Evaluation</b></li> <li>• <b>Weitere Gründe</b></li> </ul> <p><b>Zusammenfassung Evaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zu seltene Evaluation</li> <li>- Eine Wohngruppe evaluiert halbjährlich die Medikamentenliste mit den Hausärzten</li> <li>- Verantwortung wird meistens bei Hausärzten gesehen</li> <li>- Seltene Evaluationen, lange Gabe von nicht mehr nötigen Medikamenten</li> <li>- Bewohnende sehen das Problem nicht bei den Medikamenten</li> <li>- Anzahl Diagnosen der Bewohnenden</li> </ul> <p><b>Zusammenfassung weitere Gründe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewohner bestehen auf ihre Medikamente</li> <li>- Hausärzte reduzieren Medikamente nicht, wenn Bew diese wollen</li> </ul>
<b>Interview 5</b>	Die Evaluation der Medikamente wird sehr unterschiedlich evaluiert, mal durch uns, mal durch den Hausarzt.	Evaluation der Medikamente mal durch die Pflege, mal durch HA	Polymedikation > Gründe > Evaluation	
	Schwierig ist die Evaluation der Medikamente, die ein Bewohner nur vorübergehend haben sollten. Beispielsweise die Schmerzmedikamente nach Sturz werden teilweise eine Ewigkeit noch weitergegeben.	Evaluation von vorübergehenden Medikamenten zu selten		
<b>Interview 6</b>	In der Regel bespricht man es auch mit der Bezugsperson oder der LWG, ob man die Mail an den HA schicken soll oder nicht.	Besprechung von Beobachtetem mit BZP und/oder LWG	Polymedikation > Gründe > Evaluation	
<b>Interview 1</b>	Es ist schwer, wir sind keine Ärzte, wenn etwas gestoppt wird, hat es eventuell einen Grund, eventuell aber auch nicht. Ich sehe da nicht unsere, sondern die Verantwortung bei den Hausärzten.	Verantwortung bei den Ärzten	Polymedikation > Gründe	
<b>Interview 3</b>	Die Bewohner haben sich an die Medikamente gewöhnt und denken sie	Bewohnende selbst wollen die Medikamente	Polymedikation > Gründe	

	brauchen die alle. Sie merken, wenn etwas fehlt und sind häufig damit nicht einverstanden.			
	Die Hausärzte sagen dann auch, die Person ist über 80 und wenn sie die Medikamente so will, dann ist es halt so.	HA reduzieren die Medikamente nicht, wenn Bew diese will		
	Kleine Änderungen irritieren die Bewohner und bringen sie durcheinander	Änderungen können Bew irritieren		
	Die Bewohner selbst haben dann aber das Gefühl es ist der Koch, das Essen etc. auch wenn man ihnen sagt dass es eventuell auch von den Medikamenten sein kann.	Bewohnende sehen Problem der NW nicht bei Medikamenten		
<b>Interview 5</b>	Manchmal wenn man etwas reduzieren möchte, weil man merkt der Bewohner braucht es nicht mehr, dann kommt man auch ab und zu in den "Klinsch" mit dem Arzt.	Teilweise Uneinigkeit über Reduktionen mit Hausärzten	Polymedikation > Gründe > Hausärzte	
<b>Interview 6</b>	Ein Grund dafür ist bestimmt auch dass bei uns viele psychologische Diagnosen haben.	Viele psychiatrische Diagnosen als Auslöser für Polymedikation	Polymedikation > Gründe	

<b>Interview 1</b>	Die PIM-Liste ist mir bekannt, aber ich konsultiere sie weniger als ich sollte.	PIM-Liste wird zu wenig konsultiert	Polymedikation > PIM-Liste	<b>Polymedikation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PIM-Liste</b></li> </ul> <b>Zusammenfassung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die PIM-Liste ist nur zwei von sechs Personen bekannt</li> <li>- Wird selten bis nie konsultiert</li> </ul>
<b>Interview 2</b>	Ich kenne die PIM Liste nicht.	PIM-Liste unbekannt	Polymedikation > PIM-Liste	
<b>Interview 3</b>	Ich kenne die gängigsten Medikamente, die man nicht geben sollte. Aber eine Liste ist mir nicht bekannt.	PIM-Liste nicht bekannt	Polymedikation > PIM-Liste	
<b>Interview 4</b>	Ich kenne keine PIM-Liste	PIM-Liste unbekannt	Polymedikation > PIM-Liste	
<b>Interview 5</b>	Die PIM-Liste wird bei den Bewohnern nicht gross konsultiert, bei so vielen Bewohnern und so vielen Medikamenten hat man keinen Überblick mehr.	Keine Konsultation der PIM-Liste	Polymedikation > PIM-Liste	
<b>Interview 6</b>	Die PIM-Liste ist mir nicht bekannt	PIM-Liste unbekannt	Polymedikation > PIM-Liste	
<b>Interview 1</b>	Verschreibungskaskaden gibt es eher selten bei uns. Hausärzte merken dann auch an, wenn ihr das gebt, dann achtet euch auf das, oder überprüft bitte das und das vor der Abgabe.	Selten Verschreibungskaskaden, HA achtet darauf	Polymedikation > Verschreibungskaskaden	<b>Polymedikation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verschreibungskaskaden</b></li> </ul> <b>Zusammenfassung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Werden beobachtet</li> <li>- Werden durch die Pflege, wie auch die Hausärzte ausgelöst</li> <li>- Reaktion auf Beschwerden meist mit Medikation, anstatt es mit Alternativen auszuprobieren.</li> <li>- Bewohnende verlangen Medikationen selbst</li> </ul>
<b>Interview 2</b>	Verschreibungskaskaden passieren sicher auch ab und zu. Wir informieren den Hausarzt über ein Problem und die Lösung ist immer ein Medikament, es wird aber nie das Gespräch mit uns oder dem Bewohner gesucht, oder mit Alternativen versucht zu intervenieren.	Verschreibungskaskaden ab und zu	Polymedikation > Verschreibungskaskaden	

<b>Interview 3</b>	Wenn ihnen schlecht ist gibt man dann ein Medikament gegen Übelkeit. Also noch einen Wirkstoff mehr.	Bei Beschwerden wird mit Medikamenten reagiert	Polymedikation > Verschreibungskaskaden	- Sind aktuell nicht präsent / unbekannt
	Verschreibungskaskaden passieren sicher relativ oft. Das Wohlbefinden der Bew. steht an erster Stelle. Auch kennen die Bewohner ihre Reservemedikamente und fordern die ein. Wenn es geholfen hat, ist das das nächste Mal wieder gleich. NW in langer Frist sind in dem Moment egal.	Verschreibungskaskaden werden durch Bewohnende begünstigt		
<b>Interview 4</b>	Ob es Verschreibungskaskaden gibt, habe ich noch nie so analysiert, aber ich denke, dass es schon ab und zu passieren könnte.	Vermutlich bestehen Verschreibungskaskaden	Polymedikation > Verschreibungskaskaden	
	Ich denke im Team wissen viele nicht, was das ist, eventuell wussten sie es mal, aber es ist ihnen nicht mehr präsent, dass sie sich darauf achten müssten.	Müssen wieder präsenter gemacht werden		
<b>Interview 5</b>	Verschreibungskaskaden sind ein grosses Problem.	Verschreibungskaskaden als Problem	Polymedikation > Verschreibungskaskaden	
<b>Interview 6</b>	Verschreibungskaskaden habe ich das Gefühl werden schon von uns ausgelöst.	Auslöser der Verschreibungskaskaden meist die Pflege	Polymedikation > Verschreibungskaskaden	
	Viele geben direkt Reservemedikation, ohne erst mal	Alternative Methoden finden wenig Anklang		

	einen Tee oder Wickel oder einen Spaziergang auszuprobieren.			
	Im Stress ist aber oft die Reservemedikation die einfachste Lösung als einen längeren Beistand bei den Bewohnenden wegen er Symptome zu leisten.	Reservemedikation als schnellste Lösung von Problemen		
<b>Interview 1</b>	Die Apotheke bemüht sich uns zu entlasten. Wenn Rezepte fehlen informieren sie uns, dass sie den Hausarzt selbst angefragt haben oder prüfen die Medikamente der Bewohner auf Interaktionen. Ich bin begeistert.	Entlastung durch die Apotheke	Zusammenarbeit > Apotheke	<b>Zusammenarbeit Apotheke</b>  <b>Zusammenfassung</b> Habe sich verbessert Wird meist als Entlastung wahrgenommen Medikamentenverantwortung kann geteilt werden
<b>Interview 2</b>	Ich finde der Apotheke fallen häufig Dinge auf, die uns und den Ärzten nicht aufgefallen wären, das finde ich sehr wertvoll.	Apotheke mit anderem Blickwinkel auf die Medikamente	Zusammenarbeit > Apotheke	
<b>Interview 3</b>	Die Zusammenarbeit mit der Apo hat sich verbessert und ist eigentlich gut	Gute Zusammenarbeiten mit Apotheke	Zusammenarbeit > Apotheke	
	Die Apotheke schaut sich auch die Medikamentenlisten der Bewohner durch. Den Aufwand bezüglich dieser Liste und Interaktionen zwischen den Medikamenten konnten wir so an die Apo abgeben. Sie kennen sich besser aus.	Apotheke evaluiert Medikamente		



<b>Interview 4</b>	Ich habe keine Probleme in der Zusammenarbeit mit der Apotheke. Man hat viele Probleme angesprochen, momentan funktioniert alles recht gut. Notfalllieferungen funktionieren auch gut.	Aktuell gute Zusammenarbeit	Zusammenarbeit > Apotheke > Kommunikation	
<b>Interview 1</b>	Unkomplizierte Lieferungen, die zweimal wöchentlich kommen. Notfallbestellungen sind auch immer möglich.	Unkomplizierte zwei Mal wöchentliche Lieferungen. Bei Bedarf auch NF-Lieferung	Zusammenarbeit > Apotheke > Lieferungen	<b>Zusammenarbeit Apotheke</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bestellungen / Lieferungen</b></li> </ul> <b>Zusammenfassung</b> Pains: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teilweise unvollständige Lieferungen</li> <li>- Möchte manchmal nicht liefern, wenn erst gerade bestellt wurde</li> </ul> Gains: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unkomplizierte Lieferungen</li> <li>- NF-Lieferungen funktionieren gut</li> <li>- Zweimal wöchentliche Lieferung</li> </ul>
<b>Interview 2</b>	Notfalllieferungen funktionieren gut.	Notfalllieferungen funktionieren	Zusammenarbeit > Apotheke > Lieferungen	
<b>Interview 3</b>	Wenn man etwas braucht, wird es demnächst geliefert, Notfalllieferungen sogar am gleichen Tag.	Notfalllieferungen funktionieren gut	Zusammenarbeit > Apotheke > Lieferungen	
<b>Interview 4</b>	Die Apotheke möchte manchmal die Medikamente nicht liefern, weil sie sagen, dass man es erst gerade bestellt hat. Aber dass man für einen anderen Bewohner überbrücken musste, das sehen sie ja nicht.	Apotheke möchte teilweise wegen Überbrückungen nicht ausliefern	Zusammenarbeit > Apotheke > Lieferungen	
<b>Interview 5</b>	Bestellungen bei der Apotheke benötigen Optimierung. Medikamente werden teilweise nicht geliefert, trotz Bestellung.	Teilweise unvollständige Lieferungen	Zusammenarbeit > Apotheke > Lieferungen	

	NF-Lieferungen funktionieren in der Regel am gleichen Tag, wenn die Apotheke telefonisch informiert wird.	Notfalllieferungen am gleichen Tag		
<b>Interview 6</b>	Die Zusammenarbeit mit der Apotheke ist für mich nicht optimal, weil das mit den Bestellungen teilweise einfach nicht funktioniert und sie meist den Fehler dabei bei uns suchen. Aber auch sie machen Fehler.	Bestellungen unvollständig geliefert, Schuldzuweisung an Pflegende	Zusammenarbeit > Apotheke > Lieferungen	
<b>Interview 6</b>	Die Apotheke liefert die Bestellung jeweils am Mittwoch und Freitag. Wenn etwas dazu kommt und dringend ist, dann liefern sie es wenn möglich am gleichen Abend.	Lieferung durch die Apotheke mittwochs und freitags, ausser in Dringenden fällen	Zusammenarbeit > Apotheke > Lieferungen	
<b>Interview 3</b>	Die Zusammenarbeit mit den Hausärzten ist katastrophal. Die Hausärzte sind überlastet, das kann man verstehen. Aber wenn es die eigene Arbeit aufhält ist es einfach mühsam und anstrengend.	Erschwerte Zusammenarbeit mit Hausärzten	Zusammenarbeit > Hausärzte	<b>Zusammenarbeit Hausärzte</b>  <b>Zusammenfassung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zusammenarbeit wird von den meisten als unbefriedigend beschrieben</li> <li>- Verschiedene Präferenzen bei den verschiedenen Hausärzten</li> </ul>
<b>Interview 4</b>	Die Zusammenarbeit mit den Hausärzten ist nicht so gut.	Zusammenarbeit mit Hausärzten nicht optimal	Zusammenarbeit > Hausärzte	
<b>Interview 6</b>	Auch hat jeder Arzt seine «Go to»-Medikamente, was auch oft mühsam sein	Verschiedene Medikamentenpräferenzen	Zusammenarbeit > Hausärzte	
<b>Interview 1</b>	Die Kommunikation mit den Hausärzten gestaltet sich sehr schwer.	Kaum Visiten, mehr über E-Mails oder Telefon	Zusammenarbeit > Hausärzte > Kommunikation	<b>Zusammenarbeit Hausärzte</b>

	<p>Es gibt nur zwei bis drei Hausärzte, die bei Problemen vorbeikommen. Ein anderer sendet alle zwei Wochen seine Gehilfin.</p> <p>Je nach Hausarzt sind sie auch telefonisch nicht erreichbar oder antworten per mail erst einige Zeit später. Alles sehr grenzwertig.</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kommunikation</b></li> </ul> <p><b>Zusammenfassung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Findet über diverse Medien statt</li> <li>- Eine Person sagt mit einigen HA gute Beziehung zu haben</li> <li>- Kaum Visiten</li> <li>- Jeder Hausarzt hat verschiedene Vorgehensweisen</li> <li>- Läuft viel über die MPAs der Hausärzte</li> </ul>
<b>Interview 2</b>	<p>Kommunikation mit den Hausärzten funktioniert gut. Meist per Mail oder auch mal telefonisch.</p>	<p>Kommunikation gut, meist per Mail oder telefonisch</p>	<p>Zusammenarbeit &gt; Hausärzte &gt; Kommunikation</p>	
	<p>Viele Hausärzte kommen auch einfach nie vorbei.</p>	<p>Wenige Visiten</p>		
<b>Interview 3</b>	<p>Die Kommunikation ist meist per E-Mail. Wenn man anruft, hat man eine MPA am Telefon, der man alles schildert. Sie sagt sie leitet es weiter, aber man bekommt trotzdem lange oder gar keine Antwort.</p> <p>Den Arzt selbst hat man nie am Telefon und kann ihm nie direkt sagen, was das Problem ist.</p>	<p>Kommunikation vor allem per E-Mail oder über MPA</p>	<p>Zusammenarbeit &gt; Hausärzte &gt; Kommunikation</p>	
<b>Interview 5</b>	<p>Ich habe eine gute Beziehung zu den Hausärzten</p> <p>Die meisten gehen auf unsere Anmerkungen und Bedürfnisse ein, weil sie darauf vertrauen, dass wir den</p>	<p>Hausärzte nehmen Inputs der Pflegenden wahr</p>	<p>Zusammenarbeit &gt; Hausärzte &gt; Kommunikation</p>	

	Zustand des Bewohners gut einschätzen können.			
	Gewisse Hausärzte kommen zu regelmässigen Visiten vorbei. Sonst läuft die Kommunikation telefonisch oder per E-Mail.	Kommunikation per Visite oder E-Mail		
	Ich habe das Gefühl, dass mehr über die MPA geschoben wird als früher.	Vermeehrt Kommunikation über MPA		
<b>Interview 6</b>	Die Kommunikation mit den Hausärzten ist mühsam. Jeder Hausarzt reagiert anders, nicht jeder Arzt will gleich kontaktiert Kommunikationswege werden alle genutzt, die es gibt. E-Mail, Telefon, Visite.	Verschiedene Kommunikationswege	Zusammenarbeit > Hausärzte > Kommunikation	
<b>Interview 2</b>	Die Pflege hat bei den Hausärzten oft nicht das gleiche Gehör wie ein Bewohner. Wir wissen beispielsweise, dass man die Einnahme bei gewissen Bewohnern beobachten muss, diese gehen dann zum Hausarzt und lassen sich verordnen, dass sie niemand kontrollieren muss. Am Schluss findet man die Tabletten dann im Zimmer. Bewohner zeigen sich beim Hausarzt von der besten Seite, wir kennen sie aber besser.	Hören nicht auf Pflegende, sondern auf Bewohner	Zusammenarbeit > Hausärzte > Unterstützung	<p><b>Zusammenarbeit Hausärzte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Unterstützung</b></li> </ul> <p><b>Zusammenfassung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflege habe zu wenig Gehör bei den HAs</li> <li>- Angefragte Reservemedikationen werden nicht verordnet</li> <li>- Reduktion von Medikamenten ohne Rücksprache mit Pflege</li> </ul>

<b>Interview 4</b>	Wir haben viele Bewohner, die keine Reservemedikation verordnet haben, es fehlen dann Schmerzmedikamente oder etwas gegen Übelkeit etc. Die Hausärzte verordnen das dann nicht, weil sie sagen, dass es bis jetzt auch nie nötig war. Wenn es dann zu Beschwerden kommt, möchten die Bewohner etwas dagegen haben, aber wir können nichts geben. Bewohner fühlen sich in solchen Situationen nicht ernstgenommen	Verordnete Reservemedikationen fehlen	Zusammenarbeit > Hausärzte > Unterstützung	
<b>Interview 6</b>	Gewisse Hausärzte nehmen uns Pflegende nicht ernst.	Nicht ernstnehmen von Pflegepersonal.	Zusammenarbeit > Hausärzte > Unterstützung	
	Sie reduzieren Medikamente ohne Rücksprache mit uns, und wir kennen die Bewohner am besten und der Hausarzt weiss nicht, wie die Personen am Tag sind	Änderung von Medikationen ohne Rücksprache		
<b>Interview 1</b>	Im Schnitt dauert die Antwort des Hausarztes je nach Thema 3-4 Tage.	3-4 Tage Antwortzeit	Zusammenarbeit > Hausärzte > Zeitspanne zur Antwort	<b>Zusammenarbeit Hausärzte</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reaktionszeit</b></li> </ul> <b>Zusammenfassung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wird sehr unterschiedlich beschrieben</li> <li>- Die meisten sagen jedoch innerhalb eines Tages bis zu 3-4 Tagen</li> </ul>
<b>Interview 2</b>	Im Schnitt dauert es einen Tag bis wir Antwort erhalten.	Durchschnittliche Antwort innerhalb eines Tages	Zusammenarbeit > Hausärzte > Zeitspanne zur Antwort	
<b>Interview 6</b>	Ich würde sagen im Schnitt bekommen wir schon innerhalb eines Tages Antwort. Also einige schicken es innerhalb von 30 Minuten, andere	Antwortzeit individuell, aber mehrheitlich gut.	Zusammenarbeit > Hausärzte > Zeitspanne zur Antwort	

	benötigen 3 Tage. Mehr oder weniger klappt das aber.			
<b>Interview 3</b>	Per Email erhalten wir je nach Arzt nach einem Tag oder zwei Wochen eine Antwort.	Verschiedene Zeitdauern bis zum Erhalt von Antworten	Zusammenarbeit > Hausärzte > Zeitspanne zur Antwort	
<b>Interview 4</b>	Teilweise antworten sie sehr spät oder gar nicht. Antworten sind auch oft unzureichend, wenn sie auf eine Frage und einen Vorschlag einfach nur mit "Okay" antworten.	Antworten oft spät, unzureichend oder gar nicht.	Zusammenarbeit > Hausärzte > Zeitspanne zur Antwort	
<b>Interview 2</b>	Wenn man mal knapp dran ist, dann hilft einem das Team auch, wenn nötig.	Team hilft bei Bedarf	Team	<b>Team</b>
<b>Interview 3</b>	Die Kommunikation untereinander mit den Diplomierten, teilweise, aber oft geht Informationsfluss im Team etwas unter. Die Kommunikation im Team findet über den Rapport statt, oder man muss es privat machen per WhatsApp. Das kann man aber auch nicht mit allen so machen.	Kommunikation im Team teilweise erschwert, fehlende Plattform	Team	<b>Zusammenfassung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zum einen als Entlastung wahrgenommen</li> <li>- Gegenseitige Unterstützung</li> <li>- Kommunikation / Informationsfluss teilweise schlecht</li> <li>- Verantwortlichkeiten zu unklar definiert</li> <li>- Verordnungen wurden vergessen durch fehlende Kommunikation / Delegation / Verantwortungsübernahme</li> </ul>
	Es gehen schon auch Verordnungen unter oder vergessen, da diese meist nicht am gleichen Tag zurückkommen, wie die Frage gestellt wurde.	Verordnungen gehen vergessen		

<b>Interview 4</b>	Die Kommunikation und der Informationsflüsse im Team funktionierten nicht so gut.	Kommunikation und Informationsfluss im Team nicht optimal	Team	
	Niemand fühlt sich verantwortlich, wenn beispielsweise ein Bewohner seit längerem ein Medikament aus der Reserve immer nimmt, dann mal eine Mail zu schreiben und das fix verordnen zu lassen.	Verantwortlichkeiten unzureichend geregelt		
<b>Interview 1</b>	Man sieht nicht so schnell, was auf der Abteilung läuft, das fehlt mir ein Bisschen.	Undurchsichtig, was auf der Abteilung los ist.	Care Coach > Darstellung	<b>Care Coach</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausserzeitliche Medikamente</li> <li>• Mengenangabe</li> </ul> <b>Zusammenfassung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausserzeitliche Medikamente werden als Fehlerpotential beschrieben</li> <li>- Mengenangabe Sei für einige nicht verständlich / verwirrender geworden.</li> </ul>
<b>Interview 5</b>	Besonders erschwert ist auch die neue Mengenangabe nach Milligramm anstatt nach Tabletten. Das verwirrt auch viele im Team, in Anzahl Tabletten war es vorher einfacher.	Mengenangabe verwirrt im Team	Care Coach > Herausforderung > Mengenangabe	
<b>Interview 4</b>	Ich bin zufrieden mit Care Coach. Die Bestellung ist etwas umständlicher, wenn man länger nicht da war, muss man immer wieder überlegen, wie war das schon wieder.	Umständlichere Bestellung aber grundsätzlich zufrieden	Care Coach > Bestellungen	<b>Care Coach</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestellungen</li> </ul> <b>Zusammenfassung</b>

<b>Interview 6</b>	Es passieren im Care Coach Fehler mit den Bestellungen. Wenn man ein Medikament nach der Bestellung erhalten hat und die Person, welche die Lieferung angenommen hat, quittieren, sonst ist die Bestellung nicht abgeschlossen und man kann nicht mehr bestellen	Bestellungen müssen quittiert werden, sind sonst nicht abgeschlossen	Care Coach > Bestellungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bestellungstool der Medikamente wird als Pain beschrieben</li> <li>- Bestellungen müssen nach Erhalt quittiert werden, sonst keine Bestellung möglich, geht aber vergessen</li> <li>- Doppelspurige Bestellung</li> <li>- Abhängigkeit von Laptop</li> <li>- Unübersichtlich</li> </ul>
	Beim Bestellen ist vieles doppelspurig. Man schreibt die Bestellung auf, trägt sie im Care Coach ein, wenn man die Lieferung erhält, blaut man das bei der ausgedruckten Bestellung und muss dann noch die Bestellung im Care Coach quittieren.	Doppelspurigkeit bei Bestellungen		
	Mit Care Coach richte ich die Medikamente nicht mehr gerne. Mit dieser Bestellart ist es sehr mühsam geworden. Ich finde es ist unübersichtlicher geworden, man muss viel mehr klicken.	Unübersichtlicher, mühsamer Bestellvorgang		
<b>Interview 1</b>	Die Smartphones spinnen manchmal und synchronisieren nicht. Es kann dann dazu kommen, dass man zwei Medikamente abgibt aus der Reserve	Wirkungsbericht Reserve kann übergangen werden	Care Coach > Evaluation Reservemedikation	<b>Care Coach</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Evaluation Reservemedikation</b></li> </ul>



	und den Wirkungsbericht «übersteuern» kann.			Zusammenfassung <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bedarf Wirkungsbericht wird als «Gain» beschrieben</li> <li>- Wirkungsberichte können durch Synchronisierungsfehler übergangen werden wird als «Pain» beschrieben</li> </ul>
<b>Interview 2</b>	Ich finde super, dass man die Reservemedikation immer auch mit einer Wirkung nach einiger Zeit evaluieren muss.	Evaluation von Medikamentenreserven	Care Coach > Evaluation Reservemedikation	
<b>Interview 3</b>	Ich habe keine Probleme mit CareCoach, ich bin nicht begeistert, komme aber gut zurecht. Viele haben aber Mühe. Auch nach mehrfachem Zeigen und Lernsequenzen ist es zu viel für sie. Es gibt Leute, die haben Angst Fehler zu machen oder schämen sich. Sie fragen mehrfach nach, dass man es nochmals zeigt.	Vielen fällt Care Coach schwer, Angst vorhanden, diverse Lernsequenzen nötig	Care Coach > Herausforderung > Angst vor Anwendung	<b>Care Coach Herausforderungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Angst vor der Anwendung</b></li> <li>• <b>Schulung</b></li> <li>• <b>Elektronisches Visum</b></li> </ul> <b>Zusammenfassung</b> Angst <ul style="list-style-type: none"> <li>- Viele Änderungen in kurzer Zeit</li> <li>- Anwendung noch immer eher unklar bei gewissen Pflegenden</li> </ul> Kontrollvisum <ul style="list-style-type: none"> <li>- Benötigt mehrere Klicks</li> <li>- Fehlerhaftes Rückmelden / Setzen des Visums</li> <li>- Wird nicht von allen gemacht</li> </ul> Schulung <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zu früh</li> </ul>
	Es gibt neu viele Orte, wo die Medikamente dokumentiert sind, man weiss nicht welches am besten ist. Es gibt viele "Register" im Programm, die sich auf die Medikamente beziehen. Es hat zu oft geändert	Care Coach Unübersichtlich		
<b>Interview 5</b>	Mitarbeiter sind schlecht geschult. Sie fragen zu wenig nach und machen es dann einfach, wie sie denken und nicht "korrekt".	Ungenügende Schulung.	Care Coach > Herausforderung > Schulung	
	Es stört mich, dass man jetzt sehr umständlich sein Visum für das	Elektronisches Visum zu setzen ist umständlich	Care Coach > Herausforderung > Elektronisches Visum	

	Richten, Kontrollieren und Verabreichen setzen muss. Man muss das am Laptop machen und ein spezifisches Tool öffnen, vorher konnte man das nur mit einem kleinen Klick bestätigen.			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zu wenig geschult worden</li> <li>- Person vor Ort hat gefehlt für allfällige Fragen</li> <li>- Onlineschulung war gut verständlich</li> </ul>
	Ich selbst bin nicht zufrieden mit der überarbeiteten Version des Medikamententools, man hat gesagt es werde einfacher, aber es gab einfach eine Änderung der Gestaltung und die Medikamente wurden etwas "auseinandergezogen" und anders strukturiert.	Umstrukturierung erschwert mehr	Care Coach > Herausforderung > viele Änderungen	
<b>Interview 6</b>	Beim Kontrollvisum drückt man auf ein Feld und meldet am Schluss zurück, dass man die ganze Woche quittiert hat. Darum habe ich aufgehört die Kontrolle und Abgabe zu quittieren, ich will nicht das mein Name am falschen Ort steht.	Fehlerhafte Rückmeldungen beim Kontrollvisum	Care Coach > Herausforderung > Elektronisches Visum	
	Ich finde die Schulungen waren zu früh. Das Online Learning war verständlich, aber wir mussten es zu früh absolvieren und dann vergisst man alles, bis man es dann wirklich braucht. Aber auch mit der Schulung	Verständliche Schulung, zu früh. Einführung vor Ort hat gefehlt	Care Coach > Herausforderung > Schulung	

	ist das System nicht attraktiv. Ein bisschen mehr Einführung wäre gut gewesen. Konkret Fragen stellen zu können.			
<b>Interview 1</b>	Den Bedarf eines Medikaments kann man nur am Laptop melden, nicht am Handy.	Bedarfmeldung nur am Laptop möglich	IT-Infrastruktur	<b>IT-Strukturen</b>  <b>Zusammenfassung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zu wenige Laptops vorhanden</li> <li>- E-Mails nur vom eigenen Account erfassbar, führt dazu, dass die Antworten übersehen werden / an falschen Account gesendet werden.</li> </ul>
	Man braucht eigentlich für alles einen Laptop, aber die brauchen alle.	Zu wenige Laptops		
	Ein Problem ist die Synchronisierung der Smartphones, die schlecht funktioniert, Doppelabgaben von Medikamenten somit möglich	Synchronisationsfehler Smartphone führen zu Fehlern		
<b>Interview 5</b>	Wenn ich E-Mails schreibe, mache ich das über meinen Account. Auch wenn ich dann reinschreibe, dass die Antwort auf den WG-Account erfolgen soll, wird das manchmal nicht gemacht und die Antwort erst durch mich gesehen.	Antworten werden teilweise übersehen, da an falsche E-Mailadresse	IT-Infrastruktur	
<b>Interview 6</b>	Ein weiteres Problem ist, dass wir zu wenige Laptops haben, die Bestellung wird dann auch am Smartphone	Zu wenige Laptops vorhanden, daher meist richten mit Smartphone	IT-Infrastruktur	

	gemacht, denn die anderen den Laptop nutzen für die Dokumentation.			
--	--	--	--	--

## Anhang D – Kategorien Memos

Überkategorie	Subkategorie	Memo
<b>Medikamente richten</b>	<b>Ablauf</b>	Beschreibungen von Zeiten.  Beschreibungen von Handlungen während des Richtens.  Beschreibung von periodischen Aktivitäten.
	<b>Zeitmanagement</b>	Beschreibung der Dauer der Tätigkeit.  Beschreibungen der benötigten Zeit.
	<b>Ablenkung</b>	Beschreibung von Herausforderungen in Bezug auf Unruhe oder Ablenkungen.
	<b>Stationszimmer</b>	Beschreibung der Infrastruktur im Stationszimmer.
	<b>Ressourcen</b>	Beschreibung in Bezug auf die verfügbaren Ressourcen.
	<b>Bestände Verwaltung</b>	Beschreibung in Bezug auf die Bestände.  Beschreibung in Bezug auf die Bestellungen.
<b>Medikamentenkontrolle</b>	<b>Ablauf</b>	Beschreibungen von Zeiten.  Beschreibungen von Handlungen während des Richtens.  Beschreibung von periodischen Aktivitäten.
	<b>Zeitmanagement</b>	Beschreibung der Dauer der Tätigkeit.  Beschreibungen der benötigten Zeit.
	<b>Ablenkung</b>	Beschreibung von Herausforderungen in Bezug auf Unruhe oder Ablenkungen.
	<b>Fehlende / falsche Medikamente</b>	Beschreiben von fehlenden Medikamenten.  Beschreibungen wenn Medikamente nachgerichtet werden mussten.  Beschreibung wenn Medikamente von anderen Bewohnern genommen werden mussten.
	<b>Doppelspurigkeit</b>	Beschreibung von mehrfachen Handlungen bei der Kontrolle.

<b>Medikamente verteilen</b>	<b>Parallele Verantwortlichkeiten</b>	Beschreibung der parallelen Tätigkeiten. Beschreibung von pflegerischen Tätigkeiten während des Verteilens.
	<b>Stress</b>	Beschreibung von Stressgefühlen.
	<b>Einnahmekontrolle</b>	Beschreibung des Vorgehens der Einnahmekontrolle. Beschreibungen, wenn Einnahmekontrolle nicht erfolgen konnte.
	<b>Personalressourcen</b>	Beschreibungen der Team Zusammensetzung im Dienst. Beschreibung der personellen Ressourcen. Beschreibungen in Bezug auf Ausfälle.
	<b>Viele Abgabeorte</b>	Beschreibung des Abgabeorts. Beschreibung von verschiedenen Abgabeorte. Beschreibung von nicht Antreffen der Bewohner an vorgesehenem Abgabeort.
	<b>Delegation</b>	Beschreibung von Delegationen an andere Teammitglieder.
	<b>Wege</b>	Beschreibung der vorkommenden Wege während des Verteilens.
<b>Medikamentensicherheit</b>	<b>Vergangene Medikamentenfehler</b>	Beschreibung vergangener Fehler jeglicher Art.
	<b>Interview 6</b>	Mir passiert, dass ich die Medikamentenbecher mit Namen beschriftet habe und zwei Bewohner mit dem gleichen Namen vertauschte. Als der Bewohner das Medikament im Mund hatte konnte ich es noch aufhalten und habe ihm alle Tabletten aus dem Mund nehmen.
	<b>Auslöser für Fehler</b>	Beschreibung von Auslösern für Fehler Beschreibung von Verdachtsäusserungen, die eventuell Fehler ausgelöst haben.
<b>Polymedikation</b>	<b>Nebenwirkungen</b>	Beschreibung von erlebten Nebenwirkungen bei Bewohnern. Beschreibung von Nebenwirkungen, die auftreten können.

	<b>Gründe &gt; Evaluation</b>	<p>Beschreibung, dass der Grund für die Polymedikation die seltene Evaluation sein kann.</p> <p>Beschreibung, dass Evaluationen stattfinden.</p>
	<b>Gründe &gt; allgemein</b>	<p>Beschreibung der unklaren Verantwortung.</p> <p>Beschreibung, dass Bewohner diese selbst auch auslösen.</p> <p>Beschreibung des zu seltenen Stoppens von nicht mehr nötigen Medikamenten.</p>
	<b>PIM-Liste</b>	<p>Beschreibung des Wissens über die Liste der ungeeigneten Medikamente.</p> <p>Beschreibung des Wissens über Medikamente die ungeeignet sind für Bewohner.</p>
	<b>Verschreibungskaskaden</b>	<p>Beschreibung des Verständnisses über die Verschreibungskaskaden.</p> <p>Beschreibung, dass Verschreibungskaskaden bestehen, oder nicht bestehen.</p>
<b>Zusammenarbeiten</b>	<b>Apotheke</b>	<p>Beschreibungen der Interaktionen mit der Apotheke.</p> <p>Beschreibung der Zusammenarbeit mit der Apotheke.</p>
	<b>Apotheke &gt; Kommunikation</b>	<p>Beschreibung der Kommunikationswege mit der Apotheke.</p> <p>Beschreibung der Reaktionszeit.</p>
	<b>Apotheke &gt; Lieferung</b>	<p>Beschreibung der Lieferzeitpunkte.</p> <p>Beschreibung von Problemen mit Lieferungen.</p> <p>Beschreibung von Notfalllieferungen.</p>
	<b>Hausärzte</b>	<p>Beschreibung der Zusammenarbeit mit Hausärzten.</p> <p>Beschreiben von Herausforderungen in Bezug auf die Zusammenarbeit mit Hausärzten.</p>
	<b>Hausärzte &gt; Kommunikation</b>	<p>Beschreibung der Kommunikationswege.</p>

	<b>Hausärzte &gt; ungenügende Unterstützung</b>	Beschreibung der wahrgenommenen Unterstützungen durch die Hausärzte.
	<b>Hausärzte &gt; Zeitspanne zur Antwort</b>	Beschreibung der Reaktionszeiten.
	<b>Team</b>	Beschreibungen in Bezug auf die Zusammenarbeit.  Beschreibungen in Bezug auf die Kommunikation im Team.
<b>Care Coach</b>	<b>Ausserzeitliche Medikamente</b>	Beschreibung von verschiedenen Darstellungen im Care Coach.
	<b>Bestellungen</b>	Beschreibung des Bestelltools.  Beschreibung des Ablaufs innerhalb von Care Coach.  Beschreibungen von Herausforderungen innerhalb des Bestelltools im Care Coach.
	<b>Reservemedikation</b>	Beschreibungen in Bezug auf die Reservemedikationsabgaben im Care Coach.
	<b>Herausforderungen</b>	Beschreibung jeglicher Herausforderungen in Bezug auf das Medikamententool im Care Coach.  Beschreibungen von ungenügender Schulung.
<b>IT-Infrastruktur</b>	<b>IT-Infrastruktur</b>	Beschreibungen in Bezug auf die Infrastrukturen im IT-Bereich.  Beschreibung von Fehlern aufgrund von IT-Strukturen.