



Zürich, 31. Januar 2019

# Pilotprogramm progress! Sichere Medikation in Pflegeheimen

Zusammenfassung des Schlussberichts zum Grundlagenprojekt (Dezember 2016 -  
Dezember 2018)



## Kontakt

Stiftung Patientensicherheit Schweiz, Asylstrasse 77, 8032 Zürich

[www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch)

Julia Boysen, Geschäftsführerin, [boysen@patientensicherheit.ch](mailto:boysen@patientensicherheit.ch)

Hinweis: Wir verwenden in diesem Text manchmal männliche, manchmal weibliche Bezeichnungen. Selbstverständlich sind immer beide Geschlechter eingeschlossen.



## Executive Summary

---

### Einleitung

Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz führt seit 2012 nationale Programme, genannt progress!, zur Förderung der Patientensicherheit durch. Die Pilotprogramme sind Teil der nationalen Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) initiiert und massgeblich finanziert. Patientensicherheit Schweiz ist verantwortlich für die Entwicklung und Umsetzung der Programme.

Das vierte Programm progress! Sichere Medikation in Pflegeheimen hat das übergeordnete Ziel, unerwünschte Arzneimittelereignisse bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Alters- und Pflegeinstitutionen (nachfolgend Pflegeheime) in der Schweiz zu reduzieren. Im Fokus stehen zwei zentrale Problemfelder der Medikationssicherheit bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern: die Polymedikation (synonym Polypharmazie) und der Einsatz potenziell inadäquater Medikamente.

Polymedikation bedeutet, dass einer Person gleichzeitig viele (üblicherweise fünf oder mehr) Medikamente verordnet werden. Je mehr Medikamente angewendet werden, desto höher ist das Risiko für arzneimittelbezogene Probleme wie Wechsel- und Nebenwirkungen. Studien haben gezeigt, dass Polymedikation mit ungeplanten Hospitalisierungen und einer höheren Sterblichkeit im Zusammenhang steht. Ein hoher Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner von Schweizer Pflegeheimen sind polymediziert: So zeigte eine Analyse der Helsana-Krankenkasse, dass die Bewohner über 65 Jahre im Jahr 2016 durchschnittlich 9.3 Medikamente anwendeten.

Polymedikation steht im Zusammenhang mit der Verschreibung von potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM). PIM sind Arzneimittel, bei denen das Risiko für unerwünschte Wirkungen bei älteren Menschen häufig den Nutzen übersteigt. Dazu zählen viele Psychopharmaka wie Neuroleptika und Benzodiazepine, aber auch eine ganze Reihe anderer Medikamente wie manche nichtsteroidale Antirheumatika. Patienten mit PIM haben mehr unerwünschte Arzneimittelereignisse und werden häufiger in ein Spital eingewiesen. PIM sollten bei älteren Menschen daher möglichst vermieden werden. Die Helsana-Analyse zeigte, dass Pflegeheimbewohner deutlich häufiger von der Verordnung eines PIM betroffen sind als die gleichaltrige allgemeine Bevölkerung. Im 2016 wurde bei vier von fünf Bewohnern mindestens einmalig ein PIM verrechnet. Mehr als die Hälfte der Bewohner hatten einen – besonders risikoreichen – Langzeitgebrauch.

Im Programm progress! Sichere Medikation in Pflegeheimen werden Verbesserungsmassnahmen für diese Problembereiche entwickelt, mit Pilotbetrieben getestet und anschliessend die Hilfsmittel und „Lessons Learned“ bei den relevanten Zielgruppen verbreitet.

Das Programm teilt sich auf in ein Grundlagenprojekt (Dezember 2016 - Dezember 2018) und ein Vertiefungsprojekt (Januar 2019 - Juni 2021). Im Folgenden werden die Aktivitäten und wichtigsten Resultate aus dem Grundlagenprojekt zusammengefasst dargestellt. Nähere Angaben sind den Anhängen zu entnehmen, die mit dieser Zusammenfassung auf der Website von Patientensicherheit Schweiz veröffentlicht werden.



### Aktivitäten des Grundlagenprojekts

Das Grundlagenprojekt hatte folgende Arbeitsphasen und -inhalte:

1. Aufbau Strukturen und Netzwerk, u.a. Zusammenstellung einer interdisziplinären Fachbegleitgruppe.
2. Bestandsaufnahme: Es wurden die aktuelle Forschungsliteratur und -projekte gesichtet, eine Online-Befragung bei Pflegedienstleitungen durchgeführt, sowie Haus- und Heimärzte zur Thematik befragt.
3. Abstraktion: Die in der Bestandsaufnahme gewonnenen Informationen wurden aufgearbeitet und analysiert, mit dem Ziel, ein Verbesserungsmodell als Grundlage für die im Vertiefungsprojekt zu erprobenden Verbesserungsmassnahmen und Umsetzungshilfen zu entwickeln.
4. Interventionskonzept: Basierend auf den vorherigen Arbeitsschritten wurde das Interventionskonzept des Vertiefungsprojekts entwickelt.
5. Begleitende Kommunikationsmassnahmen, u.a. Versand eines Programmflyers an alle Schweizer Pflegeheime, Fachpublikationen, Referate

### Resultate

#### *Erkenntnisse der Bestandsaufnahme*

Folgende Schlussfolgerungen wurden für die Gestaltung der Verbesserungsmassnahmen und Umsetzungshilfen im Vertiefungsprojekt abgeleitet:

- a. Die Verbesserungsmassnahmen müssen, unter Berücksichtigung der Beispiele aus nationalen und internationalen Studien und Forschungsprojekten, im Programm teilweise neu entwickelt werden.

Die Sichtung der Literatur und Projekte hat gezeigt, dass es weder eine evidenzbasierte Intervention noch ein definiertes Interventionspaket gibt, das als direkte Vorlage für das Programm übernommen werden könnte. Zugleich liefern die Literatur und Forschungsprojekte wichtige Inputs für die Ausgestaltung der Massnahmen und für konkrete Umsetzungshilfen. Erfahrungen, Resultate und Tools aus Schweizer Projekten, vor allem aus dem Projekt OLD-NH des Nationalen Forschungsprogrammes 74<sup>1</sup>, sind dabei von besonderem Interesse.

- b. Im Vertiefungsprojekt sollte eine multimodale Intervention bestehend aus verschiedenen Massnahmen („Bundle-Intervention“) zum Einsatz kommen.

Organisationen der Gesundheitsversorgung sind komplexe Systeme. Um diese Komplexität abzubilden, scheint für die Erreichung von Verbesserungszielen die Umsetzung mehrerer paralleler Massnahmen am

---

<sup>1</sup> <http://www.nfp74.ch/de/projekte/stationaere-versorgung/projekt-bugnon>



## Executive Summary

---

vielversprechendsten. Die von uns gesichteten internationalen Übersichtsarbeiten bestätigen den multimodalen Ansatz, um Medikations-Outcomes wie die Anzahl verschriebener Medikamente und die Angemessenheit der Therapie zu verbessern.

- c. Der lokalen Anpassung der Massnahmen muss im Vertiefungsprojekt genügend Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Die Bestandsaufnahme untermauert die hohe Heterogenität in der Schweizer Pflegeheimlandschaft. Die Heterogenität ist einerseits durch die Diversität der kantonalen Vorschriften geprägt, andererseits bestehen auch innerhalb der Kantone grosse strukturelle Unterschiede bei der ärztlichen und pharmazeutischen Betreuung der Heime. Bei der Gestaltung der Verbesserungsmassnahmen müssen diese Unterschiede berücksichtigt werden – es gibt nicht eine einheitliche Lösung für alle.

- d. Um die Realität der Pflegeheimlandschaft in der Schweiz abzubilden, ist es wichtig, die verschiedenen Arztmodelle im Vertiefungsprojekt berücksichtigen zu können.

Das in den Heimen jeweilig bestehende Arztmodell hat einen grossen Einfluss darauf, wie die Medikationsprozesse und Tools gestaltet werden müssen.

Es lassen sich drei Modelle ausmachen:

- Im „Heimarztmodell“ werden die Bewohnerinnen und Bewohner hauptsächlich von *einer* heiminternen Ärztin (oder einem Ärzteteam) oder *einer* Ärztin, die ihre Praxis ausserhalb des Heimes hat, betreut. Diese Ärztin ist im Heim angestellt bzw. hat einen Vertrag mit dem Heim (Heimärztin).
- Im „Belegarztmodell“ (auch Hausarztmodell genannt) werden die Bewohner ausschliesslich durch verschiedene externe niedergelassene Hausärzte betreut.
- Im „Mischmodell“ werden die Bewohner eines Heimes verschiedentlich betreut: durch externe Hausärzte und/oder durch Heimärzte.

Die Zusammenarbeit mit vielen verschiedenen Hausärzten, also das Belegarztmodell, birgt besondere Herausforderungen. Sowohl für die Heime als auch für Hausärzte, die Bewohnende in verschiedenen Institutionen betreuen, besteht ein erhöhter Koordinierungsbedarf und es ist schwieriger, die Prozesse zu vereinheitlichen. Hinzu kommt, dass ohne vertragliche Bindungen die Heime wenig Handlungsspielraum haben, das Verordnungsverhalten der Ärzte zu beeinflussen oder Anreize dafür zu setzen. Daher braucht es für die verschiedenen Arztmodelle unterschiedliche Interventionskonzepte, wobei gemeinsame Grundsätze resp. Mindeststandards berücksichtigt werden sollen.

- e. Zielgruppe der Verbesserungsmassnahmen darf nicht nur das Heimpersonal sein, sondern es müssen gleichermassen externe Ärzte, welche die Heimbewohner betreuen, einbezogen werden. Die Rolle der Apotheker ist je nach Setting und bereits vorhandenen Strukturen lokal zu definieren.



## Executive Summary

---

Die verschreibenden Ärztinnen und Ärzte tragen einen wesentlichen Teil der Verantwortung für die Medikation von Heimbewohnern. Ein Schwerpunkt des Vertiefungsprojektes muss daher auf denjenigen Massnahmen liegen, mit denen die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Heimpersonal und externen Ärzten bei der Verordnung und Überwachung der Medikation verbessert werden können.

f. In der Bestandsaufnahme wurden folgende prioritäre Handlungsfelder identifiziert:

- Förderung von geregelten, strukturierten Prozessen bei der Überprüfung und Überwachung der Medikation. Die Medikation sollte zu verschiedenen Zeitpunkten im Medikationsprozess strukturiert geprüft werden (z.B. bei der Verordnung eines neuen Medikaments, bei der regelmässigen Visite, nach geplanten Intervallen); diese Prüfung kann je nach Situation unterschiedlich ausführlich sein. Die aufwändigste Form ist der Medication Review, bei dem die ganze Medikation systematisch geprüft und kritisch hinterfragt wird, um Optimierungspotenzial zu identifizieren.
- Förderung von Wissen und Sensibilisierung zu den Themen gute Verschreibungspraxis und Deprescribing<sup>2</sup> bei geriatrischen Patienten, PIM und ihre Risiken, häufige Nebenwirkungen. Nicht nur die Fachpersonen, auch Bewohnende und ihre Angehörigen sollten sensibilisiert werden.
- Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegepersonal und Apothekern, beispielsweise durch die Etablierung von Austauschgefässen und der klaren Definition von Prozessen, Verantwortlichkeiten und Vereinbarungen.
- Etablierung, Bekanntmachung und Implementierung von Hilfsmitteln, beispielsweise PIM-Tools, Checkliste für die Medikationsüberprüfung, Deprescribing-Guidelines, Clinical Decision Support Module.

### *Ergebnis der Abstraktion: Wirkungsmodell*

Das Wirkungsmodell zeigt die Wirkungslogik der Massnahmen auf, die idealerweise im Vertiefungsprojekt zur Anwendung kommen würden. Die einzelnen Spalten stellen dar, mit welchen Mitteln und Massnahmen bei welchen Zielgruppen welche Veränderungen erreicht werden sollen. Wichtige Rahmenbedingungen, die neben der eigentlichen Intervention die Umsetzung beeinflussen können, sind dabei zu berücksichtigen (oranger Kasten). Zudem lassen sich aus dem Wirkungsmodell die Evaluationsfragen ableiten (grüne Kästen).

---

<sup>2</sup> Deprescribing ist das Vorgehen des kontrollierten Absetzens oder Reduzierens von Medikamenten.

## Executive Summary

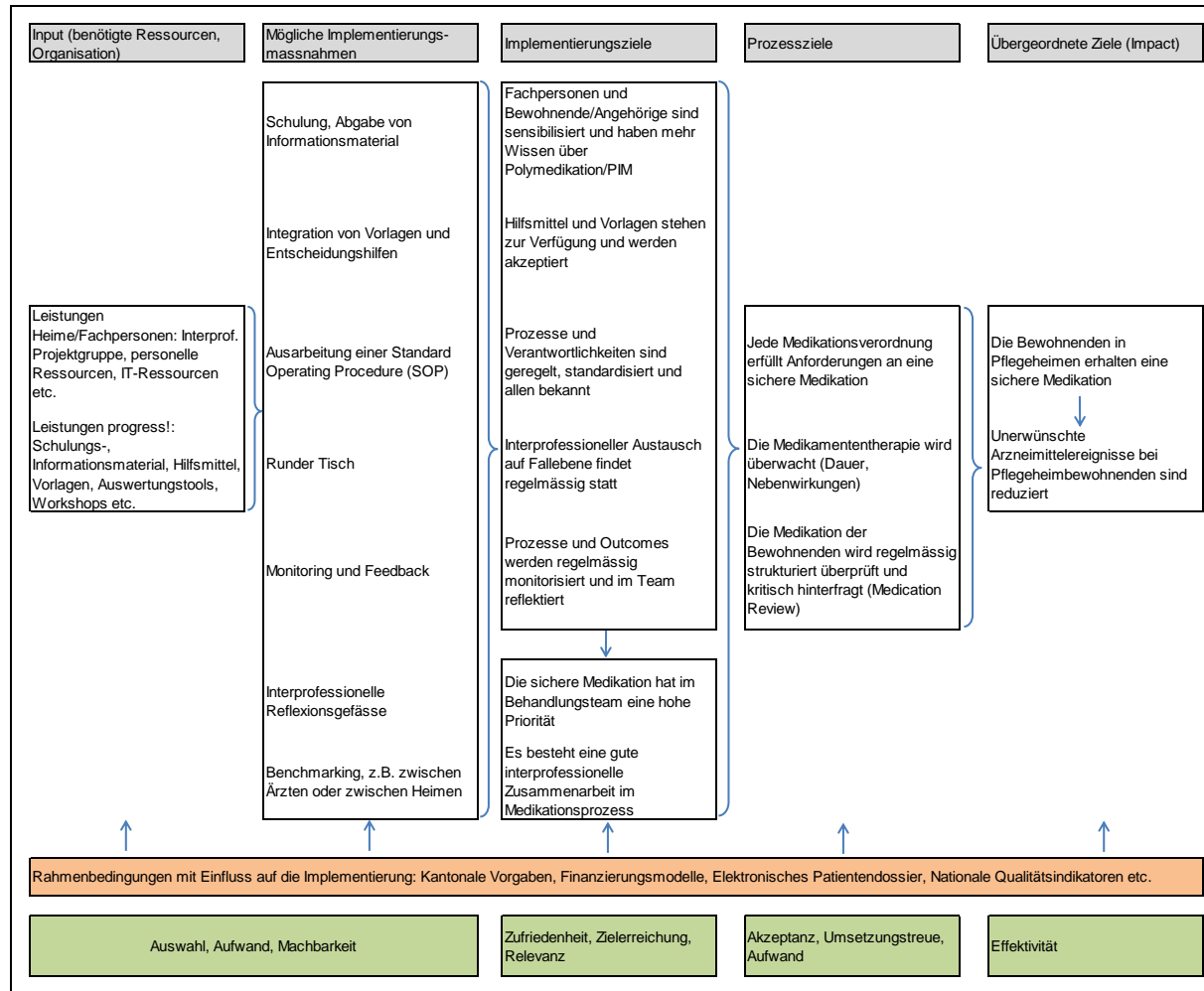


Abbildung: Wirkungsmodell progress! Sichere Medikation in Pflegeheimen



## Executive Summary

---

### *Entwicklung eines Interventionskonzepts: Grundpfeiler des Vertiefungsprojekts*

#### 1. Zielsetzung

Mit dem Vertiefungsprojekt verfolgt Patientensicherheit Schweiz das Ziel, Verbesserungsmassnahmen für die Problemfelder Polymedikation und PIM in Pflegeheimen kontextgerecht zu entwickeln bzw. anzupassen, die Verbesserungsmassnahmen in ausgewählten Heimen zu pilotieren und deren Machbarkeit und Wirksamkeit zu überprüfen.

Aufgrund der gesammelten Erfahrungen sollen Empfehlungen und Hilfsmittel – eventuell wieder in Form einer Toolbox – für die Verbesserung der Problemfelder erstellt werden. Durch die Verbreitung der Ergebnisse und Produkte werden nach Programmabschluss Pflegeheime und Fachpersonen, die Menschen in Pflegeheimen betreuen, die Möglichkeit erhalten, eigene Verbesserungsmassnahmen zu ergreifen.

Frühzeitig während des Projekts sollen mit Stakeholdern und geeigneten Partnern mögliche Unterstützungsmechanismen für eine nachhaltige Überführung der Projektergebnisse in die Routine diskutiert werden. Ein Beispiel wäre die Konzipierung eines Weiterbildungsangebots in Zusammenarbeit mit den Pflegeheim-Dachverbänden und ärztlichen Fachgesellschaften.

Die konkreten inhaltlichen Ziele (übergeordnete, Prozess- und Implementierungsziele) sind im Wirkungsmodell dargestellt (siehe oben). Da es sich um umfangreiche und komplexe Ziele und Themen handelt, muss für das Vertiefungsprojekt eine Einschränkung getroffen werden. Diese Einschränkung erfolgt in der Phase der Detail-Entwicklung.

#### 2. Verbesserungsmassnahmen

Unter den Verbesserungsmassnahmen werden im Projekt zwei Arten von Massnahmen subsummiert:

- *Soll-Prozesse*, die durch die Prozessziele abgebildet sind (Sichere Medikationsverordnung, Therapieüberwachung, Medication Review). Für die Soll-Prozesse werden im Projekt Qualitätsstandards festgelegt und deren Umsetzung überprüft.
- *Implementierungsmassnahmen* (in der Implementierungsforschung auch als Implementierungsstrategien bekannt), welche sich von den Implementierungszielen ableiten und die konsequente Umsetzung der Soll-Prozesse unterstützen sollen.

#### 3. Evaluation

Ziel der Evaluation ist es, Wissen zur Machbarkeit, zur Umsetzung und zur Wirksamkeit der Verbesserungsmassnahmen zu generieren.

Im Rahmen der Detail-Entwicklung werden die Evaluationsfragen (vgl. Wirkungsmodell) eingegrenzt und präzisiert. Im Vordergrund werden dabei die Messung der Umsetzungstreue und Anwendbarkeit der Verbesserungsmassnahmen sowie der Wirksamkeit (Polymedikation, PIM, ggf. weitere Outcomes wie Stürze, Hos-



## Executive Summary

---

pitalisationen) stehen. Sekundär soll die Akzeptanz erhoben werden. Für die Messungen werden geeignete Indikatoren definiert. Die Wirkungsindikatoren sollen mindestens einmal am Anfang und einmal am Ende des Projekts gemessen werden (Vorher-Nachher-Messung). Zudem ist vorgesehen, dass einige ausgewählte Prozess- und/oder Wirkungsindikatoren während der Pilotierungsphase gemessen werden und von den Projektgruppen als Standortbestimmung im Sinne der PDCA-Methode genutzt werden.

### 4. Rekrutierung

Wie oben erläutert, sind wir zum Schluss gekommen, dass es für den Projekterfolg wichtig ist, sowohl Pflegeheime als auch externe Hausärzte, die Bewohnende in Heimen betreuen, direkt im Projekt einzubeziehen. Für die Rekrutierung der einzelnen Arztpraxen und zur Durchführung der Verbesserungsmassnahmen ist geplant, mit Ärztenetzen zu kooperieren. Zunächst sollen gezielt in einzelnen Kantonen geeignete Organisationen angesprochen werden, um sie als Projektpartner zu gewinnen. Anschliessend werden in diesen Pilotregionen und über diese Organisationen die Heime und die einzelnen Ärzte rekrutiert. Für die Projektteilnahme werden zwei Pilotregionen und insgesamt bis zu zehn Pflegeheime angestrebt.

### 5. Vorgehensplan

Das Vertiefungsprojekt hat drei wesentliche Arbeitsphasen:

- a) Phase I: Rekrutierung der Projektpartner und Detail-Entwicklung der Verbesserungsmassnahmen und der Evaluation (z.B. Festlegung der Qualitätsstandards, Erstellung der Umsetzungshilfen und der Auswertungstools)
- b) Phase II: Pilotierung mit Vorher-Nachher-Messungen
- c) Phase III: Erstellung und Verbreitung der Produkte und Empfehlungen

Nach jetzigem Zeitplan soll die Praxisphase des Projekts bis Ende 2020 abgeschlossen werden und die aus dem Projekt gewonnenen und aufbereiteten Hilfsmittel und Empfehlungen sollen dreisprachig bis Mitte 2021 veröffentlicht werden.

## Fazit

Die im Vergleich zu den anderen progress!-Programmen aufwändigere Grundlagenphase war wichtig, um sich einen guten Überblick zu verschaffen und die Weichen für ein erfolgreiches Vertiefungsprojekt zu legen. Denn im Verlauf des Grundlagenprojekts bestätigte sich, dass dieses Programm einige Besonderheiten und eine erhöhte Komplexität aufweist.

Die dezentrale Gestaltung der Systeme und die grosse Heterogenität in der Schweizer Pflegeheimlandschaft im Hinblick auf die Medikationsprozesse sind eine Besonderheit dieses Settings. Sie erschweren die Definition von standardisierten Massnahmen, die flächendeckend eingeführt werden können. Hinzu kommt, dass es keine überzeugende Studienevidenz für einzelne Verbesserungsmassnahmen oder Massnahmenpakete





## Executive Summary

---

gibt. Im Gegensatz zu den anderen progress!-Programmen gibt es also keine evidenzbasierte Intervention, auf deren Grundlage das Programm aufgebaut werden kann. Vielmehr müssen die Verbesserungsmaßnahmen im Verlauf des Programms definiert werden, was mehr konzeptionellen Aufwand bedeutet.

Auch zeigen sich in diesem Setting besondere Herausforderungen struktureller Natur. Zum einen sind wir häufig auf die Aussage gestossen, dass die ärztliche Grundversorgung in Heimen Optimierungspotenzial aufweise. Zum Beispiel fehle es an regelmässigen Visiten der Hausärzte und es seien mehr geriatrische geschulte Ärzte notwendig in den Heimen. Häufig werden auch unterschiedliche (elektronische) Dokumentationssysteme genutzt, was den Informationstransfer erschwert. Zum anderen nimmt die Anzahl von Menschen mit Demenz in Alters- und Pflegeheimen kontinuierlich zu, was die Heime vor besondere Herausforderungen stellt, beispielsweise bei der Rekrutierung von qualifiziertem Personal. Um bei Begleitsymptomen der Demenz (z.B. psychotischen Symptomen und Verhaltensstörungen) nicht-medikamentöse Ansätze anzuwenden und damit die Gabe von Neuroleptika und weiteren Psychopharmaka reduzieren zu können, sind aber zwingend ausreichende Personalressourcen in den Heimen notwendig. Solche strukturellen Herausforderungen können mit dem progress!-Programm zwar aufgezeigt, aber nicht aufgelöst werden.

Zusammenfassend halten wir fest, dass das Grundlagenprojekt des Programms progress! Sichere Medikation in Pflegeheimen Handlungsbedarf und Lösungsansätze bei der Medikationssicherheit bei Schweizer Pflegeheimbewohnenden aufgezeigt hat. Mit der systematischen Vorarbeit der letzten Jahre steht nun eine umfangreiche Wissensbasis zur Verfügung, auf deren Grundlage die Verbesserungsmaßnahmen im Vertiefungsprojekt praxisnah ausgearbeitet und getestet werden können. Patientensicherheit Schweiz ist überzeugt, dass auf diese Weise ein Beitrag zur Erhöhung der Patientensicherheit bei dieser vulnerablen und schützenswerten Bevölkerungsgruppe geleistet werden kann.