CURAVIVA

Schweizerischer Apothekerverband
pharmaSuisse

Leitfaden «Medikamentenversorgung in Pflegeinstitutionen»

Der Leitfaden gibt einen Überblick zu den Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Zusammenhang mit der Medikamentenversorgung in den Pflegeinstitutionen, und zwar sowohl mit Blick auf die Apotheker:innen als auch innerhalb der Mitarbeitenden der Pflegeinstitution selbst. Zudem wird der Blick auf nichtmedikamentöse Alternativen und aktuelle Forschungs- und Umsetzungsprojekte gerichtet.

Inhalt

1.	**Rollen der Apotheker:innen und ihrer Teams**	**2**
1.1	Gesetze, Weisungen und Normen	2
1.2	Medikamentenversorgung	2
1.3	Bereitstellung der Medikamente	4
1.4	Vernichtung nicht verwendeter Medikamente	5
1.5	Lieferengpässe	5
1.6	Erweiterte Pharmazeutische Dienstleistungen	6
1.7	Medikationssicherheit, Polypharmazie und potenziell inadäquate Medikamente	6
2.	**Verabreichung und Umgang mit Medikamenten durch Pflegende**	**8**
2.1	Handlungskompetenzen Gesundheitsfachpersonen	8
2.2	Verwechslungen vermeiden	9
2.3	Betriebsinterne Vorgaben, Guidelines, Standards, Richtlinien im Umgang mit Medikamenten	9
2.4	Visite und interprofessionelle Gespräche zur Medikation	10
3.	**Nichtmedikamentöse Dimension von Pflege und Betreuung**	**10**
4.	**Forschungs- und Umsetzungsprojekte**	**11**
4.1	Medizinische Qualitätsindikatoren	11
4.2	Nationales Implementierungsprogramm – datengestützte Qualitätsentwicklung in der stationären Langzeitpflege (NIP-Q-UPGRADE)	11
4.3	Nationales Forschungsprogramm «Gesundheitsversorgung» (NFP 74)	12
5.	**Quellen**	**13**

1. Rollen der Apotheker:innen und ihrer Teams

1.1 Gesetze, Weisungen und Normen

Die Organisationsformen der Medikamentenversorgung in der Langzeitpflege liegen in der Verantwortung der Kantone. Es fehlt an einem klaren (kantonalen, eidgenössischen) Überblick über die Gesetzgebung zu Medikamenten und Versorgungssystemen. Das Heilmittelgesetz (HMG), das Betäubungsmittelgesetz (BetmG) und die entsprechenden Verordnungen sowie die Arzneimittel-Bewilligungsverordnung (AMBV) bilden die Rechtsgrundlage in der Langzeitpflege. Gleichzeitig gibt es verschiedene Empfehlungen, um die Medikamentenversorgung und eine sichere Medikation zu gewährleisten.[1]

1.2 Medikamentenversorgung

Die Versorgung mit Medikamenten in Langzeitpflegeinstitutionen folgt in der Regel einem von zwei Modellen: dem Typ «ambulant» oder dem Typ «Spital», welche in der Folge kurz charakterisiert werden.

Das Versorgungsmodell «ambulant»: Im Rahmen des «ambulanten» Systems werden Medikamente auf ärztliche Verordnung patientenspezifisch bezogen. Das heisst, jede:r Bewohnende verfügt über eigene Medikamenten-Packungen. Theoretisch besteht freier Wettbewerb unter den Lieferanten, bei welchen es sich um öffentliche Apotheken, Arztpraxen im Selbstdispensationsgebiet (SD) oder Spitalapotheken handeln kann, wobei jedoch oft geographische Gegebenheiten eine wichtige Rolle spielen. Die freie Wahl des Medikamentenbezugsortes für Patient:innen, die in vielen Kantonen gesetzlich vorgegeben ist, muss dabei berücksichtigt werden.

Werden die Medikamente über eine öffentliche Apotheke bezogen, validiert diese das Rezept und rechnet die bezogenen Medikamente in der Regel gemäss individuellem Versicherungsvertrag und der Leistungsorientierten Abgeltung (LOA) ab. Im Fall der Selbstdispensation wird vergleichbar über die Arztpraxis patientenbezogen abgerechnet. Leistungen für die Institution – z.B. jährliche Stationsbegehungen, Schulungen und klinisch-pharmazeutische Dienstleistungen – sind individuell mit der Institution zu vereinbaren und zu verrechnen.

Die Institution verfügt in der Regel nicht über eine Bewilligung (Detailhandelsbewilligung oder Bewilligung zum Führen einer Institutionsapotheke). Die Verantwortung für den Medikationsprozess in der Institution liegt im ambulanten Modell nicht bei einer Fachtechnisch verantwortlichen Person (FvP), z.B. beim/bei der Apotheker:in. Entsprechend ist die Institution für die Gestaltung des Medikationsprozesses und dessen Abbildung in einem Qualitätsmanagementsystem verantwortlich.

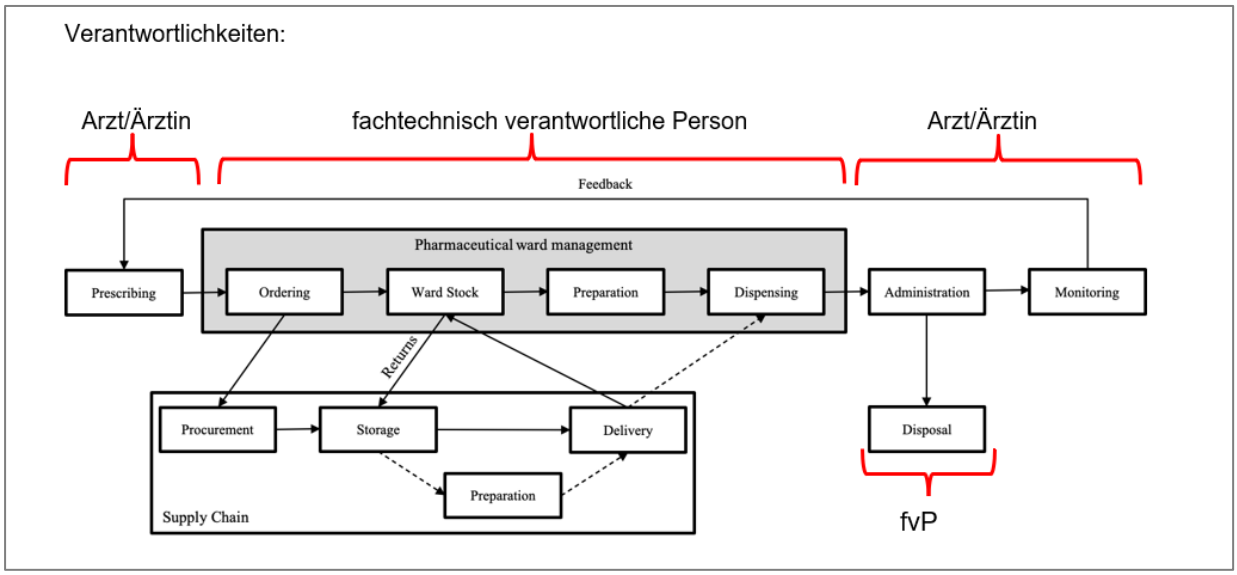
Die Möglichkeit zur Bewirtschaftung einer Notfallapotheke wird durch die Kantone unterschiedlich gehandhabt. In einigen Kantonen ist eine konsiliarische pharmazeutische Betreuung vorgeschrieben.

Das Versorgungsmodell «Spital»: Ärztlich verordnete Medikamente werden zentral und nicht patientenspezifisch gelagert. Die Institution benötigt entsprechend eine kantonale Bewilligung, abhängig vom jeweiligen Kanton in Form einer Detailhandelsbewilligung oder einer Bewilligung zum Führen einer Institutionsapotheke. Eine FvP – je nach kantonaler Gesetzgebung ein Arzt/eine Ärztin oder ein:e Pharmazeut:in – leitet die Apotheke. Die Institution unterliegt der Aufsichtspflicht der kantonalen Behörden. Die FvP ist

[1] Z.B.: Regeln der Guten Abgabepraxis für Heilmittel» (KAV, 2009), Richtlinien der Dienststelle für Gesundheitswesen zur Handhabung von Arzneimitteln in Institutionen (Kanton Wallis, 2019).

für den gesamten Medikationsprozess in der Institution – resp. dessen Gestaltung – verantwortlich, mit Ausnahme der Teilprozesse der Verschreibung, der Verabreichung und des Monitorings, welche in die ärztliche Verantwortung fallen (und teilweise an die Pflege delegiert werden können).

Was die **Verantwortlichkeiten im Medikationsprozess** betrifft, gibt die folgende Darstellung nach Mozzetti (2020) einen Überblick:



Die FvP ist für die Ausgestaltung des Qualitätsmanagementsystems zuständig. Anhaltspunkte zu den notwendigen Kapiteln im QMS liefern die Regeln der Guten Abgabepraxis (GAP) der Kantonsapothekervereinigung (KAV, 2009).

Da die Bestellung und Lieferung nicht patientenspezifisch erfolgt, kann die Institution von Grossisten, direkt von der pharmazeutischen Industrie, einer öffentlichen Apotheke, einem Spital oder einer zentralen Einkaufsstelle beliefert werden. Die detaillierte Abrechnung erfolgt durch das Heim, während die Vergütung in Form von Pauschalen entrichtet wird. Interne Kosten gehen zu Lasten der Institution, ebenso die Zusammenarbeit mit der Zuständigen FvP.

Die Zusammenarbeit mit Apothekerinnen und Apothekern als FvP wird unterschiedlich gestaltet. Die Entschädigung erfolgt im Stundenlohn, als Pauschale oder in Festanstellung. Die Zusammenarbeit wird in einem Vertrag festgehalten, dessen integraler Bestandteil einerseits ein Pflichtenheft ist und andererseits die fachliche Weisungsbefugnis der FvP, die optimalerweise auch im Organigramm der Institution abgebildet ist.

Die Ausgestaltung der Zusammenarbeit sowie des Qualitätsmanagementsystems ist in der Regel nicht in den kantonalen Vorgaben im notwendigen Detailgrad vorhanden. Hier empfiehlt es sich, die Regeln der GAP sowie die relevanten Positionspapiere der KAV der Schweiz beizuziehen (siehe Auflistung unten). Im Positionspapier P002 «Aufgaben und Verantwortlichkeit der Fachtechnisch verantwortlichen Person (FvP) einer Institution im Bereich der Heilmittel» sind die Anforderungen an die FvP ersichtlich. Zudem enthält dieses einen Mustervertrag.

In der Regel wird eine regelmässige Präsenz durch die FvP in der Institution vorausgesetzt. Die Best-Practice-Empfehlungen zum Aufbau des Qualitätsmanagementsystems sind im Positionspapier P006 «Anforderungen an die Qualitätssicherung in Betrieben» festgehalten.

Da die Regelungen in den Kantonen unterschiedlich sind, müssen jeweils die regionalen Vorgaben konsultiert und bei der Ausgestaltung des Qualitätsmanagementsystems berücksichtigt werden. Der Kanton Luzern verlangt beispielsweise auch für die patientenspezifische Lagerung eine Bewilligung zum Führen einer Institutionsapotheke, wenn die patientenbezogenen Medikamente zentral gelagert werden.

Die Kantonsapothekervereinigung (KAV) hat eine Reihe von Positionspapieren zur pharmazeutischen Betreuung in den Pflegeinstitutionen verfasst, die für die Gestaltung der Medikationsversorgung beigezogen werden können. Die folgende Übersicht gibt die wesentlichen Positionspapiere wieder, jedoch ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

A. Liste der Positionspapiere der Kantonsapothekervereinigung KAV, welche für die pharmazeutische Betreuung von Institutionen von Bedeutung sind / Liste des prises de position de l'APC qui sont relevantes pour l'assistance pharmaceutique en EMS

1) Regeln der Guten Abgabepraxis für Heilmittel GAP V01, 14.09.2009 / Règles de bonnes pratiques de remise de médicaments V01, 14.09.2009
2) P0006 Anforderungen an die Qualitätssicherung in Betrieben V01, 29.10.2015 / Interprétation technique 0006 – Système d'assurance de qualité dans les entreprises V01, 29.10.2015
3) P0024 Lagerung von Heilmitteln: Überwachung der vorgegebenen Temperaturen V01, 16.11.2022 / P0024 – Stockage de produits thérapeutiques : surveillance des températures prescrites V01, 29.06.2023
4) P0019 Umgang mit Arzneimitteln in Spitälern und Institutionen mit Fokus auf das Stationsmanagement V01, 10.11.2020 / 0019_Maniement_des_medicaments_dans_les_hopitaux_et_les_institutions_en_mettant_l_accent_sur_la_gestion_dans_les_unite_vfi_V01_f.pdf
5) P0007 Empfehlungen zum Off label use von Arzneimitteln V02, 01.06.2016 / Interprétation technique 0007 – Recommandations de l'association des Pharmaciens cantonaux concernant l'off-label use de médicaments V02, 24.07.2006

B. **Liste der Positionspapiere der Kantonsapothekervereinigung Nordwest- und Zentralschweiz KAV-NWCH, welche für die pharmazeutische Betreuung von Institutionen von Bedeutung sind / Liste de prises de positions de l'APC Suisse du Nord-Ouest et Suisse centrale, qui sont pertinentes pour l'assistance pharmaceutique en EMS:** *(uniquement en langue allemande)*

1) P 002.02 Aufgaben und Verantwortlichkeit der fachtechnisch verantwortlichen Person (FvP) einer Institution im Bereich der Heilmittel V02, 23.05.2016
2) H 013.01 Abgabe und Anwendung von Arzneimitteln aus einer "Notfallapotheke»in Schulen, Betrieben (z.B. Hotels, Ladengeschäften), Ferienlagern, Vereinen etc. V01, 08.09.2014

1.3 Bereitstellung der Medikamente

Die Bereitstellung der Medikamente erfolgt entweder in Mehrweg- oder Einweg-Dispensern, manuell, semiautomatisiert (z.B. Barcode-gestützt) oder automatisiert (z.B. Schlauchblister) in der Institution oder in der Apotheke, für einen oder mehrere Tage.

In den letzten Jahren hat sich bei der Organisation ein Task-Shifting (Übergabe von Aufgaben an einer andere Berufsgruppe) oder Task-Splitting (Teilung der Aufgaben) abgezeichnet: wurden früher

Medikamente vor allem durch Pflegefachpersonen und Fachangestellte Gesundheit (FaGe) in den Institutionen gerichtet, kommt zunehmend pharmazeutisches Personal zum Einsatz. Dies können Fachfrau/-mann Apotheke EFZ in der Institution (zentral in der Institutionsapotheke oder dezentral auf den Stationen) oder in der Apotheke selbst sein.

Bei Bewohnenden der Langzeitpflege müssen die Kosten für eine Verblisterung in der Regel – zumindest gemäss aktueller Leistungsorientierte Abgeltung (LOA IV) – durch die Institution gedeckt werden. Ausserdem hat der Schweizerische Verein der Amts- und Spitalapotheker (GSASA) einen Leitfaden zum Pharmazeutischen Stationsmanagement entwickelt, der auf Anfrage bei der GSASA erhältlich ist.

Die verschiedenen Optionen zur Bereitstellung haben unterschiedliche Vor- und Nachteile und sollten hinsichtlich Wünsche an die Organisation des Medikationsprozesses, den Skill- und Grade-Mix des Personals, Ökonomie, Effizienz und Sicherheit durch die FvP gemeinsam mit der Institution ausführlich diskutiert werden, bevor der Entscheid für ein System gefällt wird.

1.4 Vernichtung nicht verwendeter Medikamente

Gemäss den Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) sind nicht verwendete Medikamente zu vernichten (vgl. WHO, 1999). Die Art und Weise der Vernichtung liegt in der Verantwortung der Kantone und ist von Kanton zu Kanton unterschiedlich (Verordnung über die Vermeidung und die Entsorgung von Abfällen vom 4.12.2015, Art. 13).

In Bezug auf Alters- und Pflegeinstitutionen ist auf Bundesebene nicht explizit geregelt, was mit Medikamenten geschehen soll, die einer Bewohnerin oder einem Bewohner verschrieben wurden, jedoch aufgrund einer Änderung der Behandlung, des Ablaufs der Haltbarkeitsdauer oder wegen Ablebens nicht verwendet werden. In einer Stellungnahme erwähnt die KAV (2020, vgl. 9. Medikamentenrückgaben), dass *«patienteneigene Medikamente das Eigentum des Patienten sind (auch bei Verstorbenen) und nicht ohne ausdrückliche Zustimmung weitergegeben werden dürfen. Sie dürfen auch nicht an Angehörige weitergegeben werden, da der Arzt sie dem Patienten unter Berücksichtigung seiner Krankheit verschrieben hat (ausgenommen frei verkäufliche Arzneimittel)»*. Es ist Aufgabe der/des fachverantwortlichen Apothekerin/Apothekers der Alters- und Pflegeinstitution, die Medikamentenrückgabe zu verwalten.

Einige Kantone legen die Verantwortlichkeiten für nicht verwendete Medikamente in Pflegeinstitutionen in ihrem gesetzlichen Rahmen fest, wie beispielsweise der Kanton Waadt: *«Die Patienten namentlich verschriebenen Medikamente, die aufgrund einer Behandlungsänderung, des Ablebens oder der Haltbarkeitsdauer nicht verwendet werden, werden dem liefernden Apotheker zurückgegeben»* (vgl. Règlement sur les établissements sanitaires et les établissements apparentés de droit privé dans le Canton de Vaud, Art. 30 Abs. 6).

1.5 Lieferengpässe

Vor dem Hintergrund eines weltweiten Mangels an bestimmten Medikamenten (vgl. Bundesamt für Gesundheit, BAG, 2023) sind die Apothekenteams täglich auf der Suche nach Alternativen zu nicht verfügbaren üblichen oder neu verschriebenen Heilmitteln. Die gefundene Alternative kann eine Änderung der Behandlung erforderlich machen, beispielsweise einen Wechsel der Klasse des Blutdrucksenkers oder eine andere Darreichungsform eines Schmerzmittels. In solchen Fällen ist eine Zusammenarbeit mit dem Pflegeteam und den behandelnden Ärzt:innen erforderlich, um die Sicherheit der Patientin oder des Patienten zu gewährleisten.

Medikamentenlieferengpässe sind nicht nur eine Herausforderung logistischer Art, sondern auch ein Risiko für die Medikationssicherheit: Der ständige Wechsel von Produkten, Darreichungsformen und Dosierungen begünstigt Medikationsfehler. Ein:e Apotheker:in als Ansprechperson kann die mit dem Medikationsmanagement betrauten Fachpersonen in der Institution entlasten und Abklärungen mit der Ärzteschaft übernehmen.

1.6 Erweiterte Pharmazeutische Dienstleistungen

Verschiedene Publikationen haben gezeigt, dass erweitere pharmazeutische Dienstleistungen, die über die reine Medikamentenlieferung hinausgehen, die Medikationssicherheit erhöhen können. Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist ein entscheidender Erfolgsfaktor für einen sicheren Medikationsprozess.

Die Tätigkeiten von pharmazeutischen Fachpersonen in den Institutionen selbst gewinnen deshalb an Bedeutung. Diese umfassen erweiterte logistische Aufgaben (Bestellung, Einlagerung, Verfalldatenkontrolle, Betäubungsmittelkontrolle, etc.) sowie klinisch-pharmazeutische Dienstleistungen inkl. Schulungen. Dies unterstreicht das Positionspapier P0019 «Umgang mit Arzneimitteln in Spitälern und Institutionen mit Fokus auf das Stationsmanagement» (KAV, 2020). Der Schweizerische Verein der Amts- und Spitalapotheker (GSASA) hat einen begleitenden Leitfaden verfasst («Richtlinie Pharmazeutisches Stationsmanagement»), der auf Anfrage verfügbar ist.

Während klinisch-pharmazeutische Dienstleistungen, wie der systematische Medikationsabgleich an Schnittstellen (Materialien für Patient:innen, stiftung patientensicherheit, o.D.) und Medikationsanalysen (Sichere Medikation in Pflegeheimen, stiftung patientensicherheit, o.D.), unter Einbezug von Pharmazeut:innen im interprofessionellen Team im Akutspital zunehmend etabliert sind, entwickeln diese sich im Langzeitpflegebereich eher langsam. Eine der grössten Herausforderungen ist dabei die Entschädigung aller beteiligten Berufsgruppen.

In den Kantonen Freiburg, Wallis und Waadt gibt es bereits seit vielen Jahren eine innovative Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal, Ärzt:innen und Apotheker:innen. Diese Zusammenarbeit hat nicht nur einen Kostenspareffekt bewirkt, sondern auch bezüglich Sicherheit und Wirksamkeit der Therapien zu Verbesserungen geführt. Die oder der für die Institution zuständige Apotheker:in analysiert den jährlichen Medikamentenverbrauch und gibt im Rahmen eines Jahresberichts Empfehlungen zur Verbesserung der Therapien ab. Dieser Bericht dient als Grundlage für die Organisation von interprofessionellen Qualitätszirkeln mit Vertreter:innen der drei Berufsgruppen, um die Sicherheit und Wirksamkeit der Therapien innerhalb der Institution zu verbessern. Diese kantonalen Projekte umfassen auch die Organisation von interprofessionellen Fortbildungstagen, an denen spezifische Empfehlungen vermittelt und umgesetzt werden, um die Qualität der Therapien zu verbessern.

1.7 Medikationssicherheit, Polypharmazie und potenziell inadäquate Medikamente

Aufgrund physiologischer Veränderungen sind ältere Menschen besonders anfällig für Probleme im Zusammenhang mit Medikamenten. Eine verminderte Nierenfunktion kann beispielsweise zu einer erhöhten Konzentration von Wirkstoffen im Körper führen und unerwünschte medikamentöse Neben- und Wechselwirkungen verursachen.

Tox Info Suisse erhielt im Jahr 2016 500 Anrufe von Pflegeinstitutionen. Meistens ging es dabei um Verwechslungen von Medikamenten oder Dosierungsfehler (Alder, 2017). Komplexität und Umfang der

Therapiepläne bringen das Pflegepersonal an die Grenzen seiner Fähigkeiten und erhöhen die Medikationsrisiken.

Im Folgenden wird die Medikationssicherheit in der Langzeitpflege aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet, darunter die Polypharmazie und die potenziell inadäquate Medikation (PIM).

Polypharmazie

Polypharmazie wird als die gleichzeitige Einnahme von mindestens fünf chronischen Medikamenten definiert. Sie betrifft insbesondere geriatrische Patient:innen, da Polypharmazie mit zunehmendem Alter parallel zur Multimorbidität ansteigt (Neuer-Jehle, 2016). Ab dem Alter von 60 Jahren leiden 50 Prozent der Bevölkerung an mindestens drei chronischen Krankheiten. Unter Schweizer Patient:innen über 85 Jahre sind über 85 Prozent polymorbid (Coutaz, 2022).

20 Prozent der Bevölkerung leiden unter fünf oder mehr Komorbiditäten (Boudon et al., 2017). Ein hypothetischer Fall hat gezeigt, dass die richtliniengerechte Therapie einer geriatrischen Person, die an fünf typischen Alterskrankheiten leidet, zur Einnahme von zwölf verschiedenen Medikamenten führt (Breil, 2016). Die Anzahl der potenziellen Wechselwirkungen steigt exponentiell mit der Anzahl der Medikamente. So erhöht jedes zusätzliche Medikament das Risiko von Nebenwirkungen um 8,6 Prozent (Viktil, 2007).

Laut einer Studie (Schneider et al., 2019) über die Verschreibung von Medikamenten an über 65-Jährige, die 2016 bei Helsana versichert waren, lag der Anteil der Personen mit Polypharmazie bei 85,5 Prozent der Bewohner:innen von Alters- und Pflegeinstitutionen. Dies entspricht durchschnittlich 9,3 Medikamenten pro Tag – das sind rund vier mehr als bei der über 65-jährigen Bevölkerung, die zu Hause lebt.

Dieser Unterschied lässt sich durch mehrere Ursachen erklären:

1. Multimorbidität, die bei Bewohnenden von Alters- und Pflegeinstitutionen häufiger auftritt (oft Grund für den Eintritt in die Institution)
2. Verschreibungskaskade, d. h. neue Medikamente werden verschrieben, um die Nebenwirkungen der ursprünglich verschriebenen Medikamente zu bekämpfen (Locca et al., 2008)
3. Verschreibungen gegen akute Erkrankungen, die abgesetzt werden sollten, aber dennoch über die akute Phase hinaus beibehalten werden (Leendertse, 2013)
4. mehr Möglichkeiten, Medikamente zu verschreiben, die für die Primär- und Sekundärprävention indiziert sind (Haefeli, 2011)

Polypharmazie bleibt für die Patient:innen nicht ohne Folgen und erhöht insbesondere das Risiko von Krankenhausaufenthalten aufgrund von Nebenwirkungen (Wastesson et al., 2023).

Potenziell inadäquate Medikation

Um die Behandlungssicherheit zu verbessern, wurden Listen potenziell inadäquater Medikationen (PIM) erstellt (Holt, 2010). Die Priscus-Liste (Deutschland) und die Beers-Liste (USA) enthalten Medikamente, die bei älteren Menschen vermieden werden sollten. Es gibt noch weitere Listen, wie die NORGEP-H-Liste (Norwegen) oder die STOPP/START-Kriterien (Irland). Inadäquate Medikamente haben ein ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis und sollten durch sicherere Alternativen ersetzt werden. Die Verschreibung von potenziell inadäquaten Medikamenten kann erhebliche negative Folgen haben, unter anderem das Auftreten von kognitiven Störungen, geistiger Verwirrung und Schwindel, der zu Stürzen führen kann.

Eine Studie (Reich et al., 2014) mit Daten der Helsana hat gezeigt, dass 22,5 Prozent der ambulant behandelten Personen über 65 Jahre mindestens eine PIM erhalten haben. Eine andere Studie (Blum et al., 2021) mit mehr als 2000 Personen über 70 Jahren, die an mehr als drei Krankheiten litten und mehr als fünf Medikamente einnahmen, ergab, dass 86 Prozent von ihnen potenziell inadäquate Medikamente einnahmen, mit einem Durchschnitt von 2,75 PIM pro Person.

Man muss davon ausgehen, dass der Anteil an PIM in Alters- und Pflegeinstitutionen noch höher ist. In der Schweiz wurde laut Daten der Helsana im Jahr 2016 79,1 Prozent der Bewohner:innen von Alters- und Pflegeinstitutionen mindestens einmal ein potenziell inadäquates Medikament verschrieben. Noch beunruhigender ist, dass die wiederholte Verschreibung einer solchen inadäquaten Medikation bei mehr als der Hälfte der Bewohner:innen mindestens dreimal beobachtet wurde (Schneider et al., 2019). Eine Studie aus dem Jahr 2018 untersuchte die täglichen Dosen von PIM (Defined Daily Dose, DDD), die Bewohner:innen von Alters- und Pflegeinstitutionen zu sich nahmen. Dabei zeigte sich, dass PIM fast ein Drittel der gesamten täglichen Medikamentendosen ausmachten (Cateau et al., 2021). Neben der Polypharmazie gelten Verschreibungen von potenziell inadäquaten Medikamenten als Hauptrisikofaktor für arzneimittelassoziierte Probleme (Leendertse et al., 2013). Sie können die Mortalität und die Morbidität erhöhen, aber auch die Kosten im Gesundheitswesen negativ beeinflussen (Breil, 2016). Schätzungsweise 20 Prozent der vermeidbaren Kosten im Gesundheitswesen sind auf Überbehandlungen zurückzuführen (Barber, 2009).

2. Verabreichung und Umgang mit Medikamenten durch Pflegende

2.1 Handlungskompetenzen Gesundheitsfachpersonen

Die Handlungskompetenzen der ausgebildeten Gesundheitsfachpersonen im Umgang mit Medikamenten sind klar geregelt und in den jeweiligen Bildungsplänen dokumentiert (Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ, Fachfrau/Fachmann Betreuung Betagte EFZ sowie im Rahmenlehrplan Pflege HF).

Diplomierte Pflegefachpersonen auf Stufe Höhere Fachschule (HF) / Fachhochschule (FH) tragen unter anderem die fachliche Verantwortung für die Ausführung medizinisch- technischer Aufgaben, welche ihnen auf ärztliche Verordnung delegiert wurden. Die Handlungskompetenzen auf Stufe EFZ (eidgenössischen Fähigkeitszeugnis) beinhalten das Richten und Verabreichen von Medikamenten.

Einige Betriebe übertragen ihren Mitarbeitenden die Verantwortung für medizinaltechnische Verrichtungen, auch wenn diese dafür rein formal nicht qualifiziert sind. Dazu gehört auch der Umgang mit Medikamenten.

Damit die Rechtslage eindeutig ist, müssen Mitarbeitende im Rahmen der Kompetenzen eingesetzt werden, die sie in reglementierten und ankerkannten Ausbildungen in der Schweiz und im Ausland erworben haben.

Das Delegieren und Ausführen von medizinaltechnischen Verrichtungen, die nicht in einer reglementierten Ausbildung erlernt wurden, ist illegal. Institutionen, die sich lediglich auf Weiterbildungskurse abstützen, bewegen sich in einem rechtlichen Graubereich, auch wenn die Weiterbildung in einem Fachkurs bei einem Bildungsanbieter absolviert wurde. Und auch dann, wenn die Kompetenzerweiterung mit flankierenden Massnahmen begleitet wird.

Bereichsleitungen sind verantwortlich für die Kompetenzvergabe. Verhält sich die Bereichsleitung nicht gesetzeskonform, haftet die Institutionsleitung oder die Trägerschaft der Institution.

Auf der Website von ARTISET (o.D.) sind Fachinformationen und Arbeitsinstrumente zum Thema «Kompetenzerweiterung medizinaltechnische Verrichtungen» dokumentiert

2.2 Verwechslungen vermeiden

Verwechslungen sind unbedingt zu vermeiden. Daher empfiehlt CURAVIVA immer die **6-R-Regel** beim Richten, Verteilen und beim Verabreichen von Medikamenten anzuwenden:

1. Richtige:r Patient:in
2. Richtiges Arzneimittel
3. Richtige Dosierung (oder Konzentration)
4. Richtige Applikation (auch Applikationsart)
5. Richtige Zeit (richtiger Zeitpunkt)
6. Richtige Dokumentation

2.3 Betriebsinterne Vorgaben, Guidelines, Standards, Richtlinien im Umgang mit Medikamenten

Für den Umgang mit Medikamenten bestehen in Alters- und Pflegeinstitutionen strikte Weisungen für alle Gesundheitsfachpersonen durch betriebsinterne Vorgaben.

Beispiel eines Inhaltsverzeichnisses einer internen Weisung (VIVA Luzern AG, 2013) können folgende Inhalte sein:

1. Einleitung mit Zielen, Geltungsbereich und erforderliche Qualifikationen
2. Definition Arzneimittel
3. Praxis der Arzneimittelverordnung
4. Dokumentation
5. Arzneimittelbestellung
6. Aufbewahrung von Arzneimitteln auf der Abteilung
7. Aufbewahrung von Betäubungsmitteln auf der Abteilung
8. Kontrolle und Reinigung des Arzneimittelschranks inkl. Betäubungsmittelabteil
9. Richten von Arzneimittel
10. Kontrolle gerichteter Arzneimittel
11. Verabreichen von Arzneimittel
12. Vorgehen bei Unregelmässigkeiten, Fehlverabreichungen
13. Literatur
14. Anhang der mitgeltenden Dokumente:

a) Meldung Zwischenfall im Umgang mit Arzneimitteln
b) Meldung Fehlbestand Arzneimittel
c) Kontrollblatt Medikamente richten und kontrollieren
d) Aufbewahrungsvorschriften für Arzneimittel nach Anbruch der Packung
e) Controlling im Umgang mit Arzneimittel

Die Vorgaben richten sich nach dem Bundesgesetz über die Betäubungsmittel, der Heilmittelverordnung, der systematischen Rechtssammlung der Kantone und den Regeln der guten Abgabepraxis für Heilmittel der Kantonsapothekervereinigung (KAV, 2009).

2.4 Visite und interprofessionelle Gespräche zur Medikation

Nebst dem Einhalten der erforderlichen Qualifikationen und den betrieblichen Vorgaben im Umgang mit Medikamenten spielt die Kommunikation zwischen dem Arzt- und Pflegedienst eine wichtige Rolle. Die interprofessionelle Zusammenarbeit und der Dialog zur Medikation sind im Verantwortungsbereich beider Berufsgruppen. Die Lebensqualität der Bewohnenden hängt massgebend von einer optimalen Medikation ab.

3. Nichtmedikamentöse Dimension von Pflege und Betreuung

Pflege und Betreuung von Menschen mit Unterstützungsbedarf in Alters- und Pflegeinstitutionen sind eng verbunden mit der Erhaltung und Förderung der individuellen Lebensqualität der Bewohnenden. CURAVIVA hat ein Lebensqualitätskonzept entwickelt, das die Mehrdimensionalität von Lebensqualität verdeutlicht. Die Betreuung und Pflege orientiert sich entsprechend am Menschen, an seinen Bedürfnissen und Wünschen und wägt die einzelnen Massnahmen mit Blick darauf ab (CURAVIVA Schweiz, 2014).

Nicht medikamentöse Massnahmen zur Steigerung von Wohlbefinden, Gesundheit und Teilhabe an den Aktivitäten des täglichen Lebens sind in den heutigen Pflegeinstitutionen wichtige Elemente im Pflege- und Betreuungsalltag. Dabei ist etwa an die Physio-, die Aktivierungs- oder die Ergotherapie, die psychologische Unterstützung und die Seelsorge zu denken. Ebenso werden u.a. Musik- und Aromatherapie, Wickel und Kinästhetik zur Steigerung der Lebensqualität eingesetzt. Ein weiteres Themengebiet sind bauliche und innenarchitektonische Massnahmen, welche die physische Umwelt von Menschen mit Unterstützungsbedarf ansprechend und bedürfnisgerecht gestalten. Ein Beispiel aus diesem Gebiet ist der Einsatz spezifischer Lichtkonzepte, die den natürlichen Tages- und Nachtrhythmus der Bewohnenden stimulieren.

Das Verfolgen nichtmedikamentöser Ansätze und der Einsatz nichtmedikamentöser Therapien ist gerade für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung von grosser Bedeutung: Menschen mit Demenz zeigen häufig herausforderndes Verhalten, das mit dem Begriff «verhaltensbezogene und psychologische Symptome einer Demenz» respektive der englischen Abkürzung BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) umschrieben wird. Angst, Agitation, Depression oder Aggression sind entsprechende Beispiele. Der prioritäre Einsatz von nicht-medikamentösen Massnahmen im Umgang mit nichtkognitiven Symptomen ist in der Fachwelt allgemein anerkannt.

Da das Entstehen von BPSD multifaktoriell ist, können die systematisch auslösenden Faktoren bei der Person mit BPSD selbst, bei den Betreuungspersonen oder in der Umgebung verortet sein. Hier hilft die verstehende Diagnostik, um den Ursachen und Auslösern des Verhaltens auf den Grund zu gehen. Was die nichtmedikamentösen Massnahmen betrifft, lassen sich diese analog zu den Einflussfaktoren einteilen in Massnahmen, welche die Person mit BPSD direkt adressieren, die Umgebung verändern (z. B. Vermeiden von Reizüberflutung und Überforderung, Tagesrhythmus festlegen) oder die Betreuungspersonen betreffen (z. B. Training in Kommunikation mit Personen mit Demenz, strukturierte Problemlösungsverfahren, verstehende Diagnostik, Fallbesprechungen). Im Leitfaden «Beurteilung und Therapie verhaltensbezogener und psychologischer Symptome bei Menschen mit Demenz» (CURAVIVA Schweiz 2021; derzeit in Überarbeitung) finden sich nicht nur Hilfestellungen für ein strukturiertes Vorgehen zur Abklärung und Behandlung von BPSD, sondern auch eine Übersicht über die häufigsten eingesetzten nichtmedikamentösen Massnahmen bei Personen mit BPSD und der bestehenden wissenschaftlichen Evidenz.

4. Forschungs- und Umsetzungsprojekte

4.1 Medizinische Qualitätsindikatoren

Auf Basis von Artikel 59a des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) sind die Pflegeinstitutionen in der Schweiz verpflichtet, den zuständigen Bundesbehörden Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, um medizinische Qualitätsindikatoren (MQI) zu überwachen.

Die Messung der MQI ist das Ergebnis jahrelanger Vorbereitung. CURAVIVA war als Teil eines interdisziplinären und interprofessionellen Ausschusses in diesen Prozess massgeblich involviert.

Seit 2019 werden schweizweit sechs MQI in vier Bereichen erhoben: Mangelernährung, bewegungseinschränkende Massnahmen, Polymedikation und Schmerz. Weiterführende Informationen sind den Faktenblättern der einzelnen MQI zu entnehmen, welche auf der Website von CURAVIVA zu den MQI zur Verfügung gestellt werden (siehe CURAVIVA, o.D.). Das Thema Medikamentenversorgung wird im Speziellen im Faktenblatt «Polymedikation» behandelt.

Das Bundesamt für Statistik (BFS) sammelt die Daten und stellt sie dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) zur Verfügung. Das BAG hat 2022 begonnen, erste Daten (2019/2020) zu veröffentlichen. Im Februar 2024 publizierte das BAG erstmals die Daten auf Ebene der Betriebe (2021; siehe BAG, 2024). Das BAG sieht voraussichtlich eine jährliche Publikation vor.

4.2 Nationales Implementierungsprogramm – datengestützte Qualitätsentwicklung in der stationären Langzeitpflege (NIP-Q-UPGRADE)

Das nationale Programm (NIP-Q-UPGRADE) unterstützt die Pflegeinstitutionen darin, ihre Pflegequalität kontinuierlich auf der Basis solider Daten weiterzuentwickeln. Qualitätsindikatoren stärken die Pflegequalität nachhaltig und erhöhen das Wohlbefinden der Bewohnenden. Im Programmfokus stehen die national gemessenen MQI. Das Programm wird mit implementierungswissenschaftlichen Ansätzen umgesetzt.

ARTISET mit dem Branchenverband CURAVIVA und senesuisse haben im Auftrag der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) die Gesamtleitung inne. Die Umsetzung startete im Februar 2023. Sie erfolgt in enger Zusammenarbeit mit dem Institut für Pflegewissenschaft (INS, wissenschaftliche

Programmleitung) der Universität Basel, dem Institut et Haute École de la Santé La Source (La Source) und der Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI). Zudem begleiten Expert:innen aus dem Praxisumfeld der MQI die Umsetzung und unterstützen die nationale Verankerung der Programmergebnisse.

Im NIP-Q-UPGRADE werden gemeinsam mit den Betrieben nachhaltige Lösungen für die Praxis entwickelt. Dabei stehen folgende Ziele im Fokus:

- Datenqualität verbessern
  - Prozesse der Datenerfassung und -verwaltung im Dialog bewerten und anpassen
- Pflegequalität unterstützen
  - Gemeinsam wirksame Massnahmen entwickeln, die von den Betrieben genutzt werden, um ihre Pflegequalität datengestützt zu stärken und weiterzuentwickeln
- Neue Indikatoren integrieren
  - Neue Indikatoren für die Weiterentwicklung der Pflegequalität untersuchen und für die Einführung vorbereiten

4.3 Nationales Forschungsprogramm «Gesundheitsversorgung» (NFP 74)

Insbesondere das Forschungsprojekt «Interprofessionelle Qualitätszirkel verbessern. Medikation in Alters- und Pflegeheimen» des inzwischen abgeschlossenen nationalen Forschungsprogramms NFP 74 «Gesundheitsversorgung» ist im vorliegenden Zusammenhang von Interesse: Ziel dieser Studie war die Entwicklung und Validierung eines interprofessionellen Ansatzes zur De-Prescription, mit dem die Medikation von Bewohnenden von Alten- und Pflegeinstitutionen optimiert werden kann. Die Auswirkungen dieses Ansatzes auf die Medikation, den allgemeinen Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Bewohner:innen wurden evaluiert. Details zum Projekt und zu den Forschungsergebnissen sind der Website des Forschungsprojektes zu entnehmen (FNS, o.D.).

5. Quellen

ARTISET (o.D.). Berufsbildung: Fachinformationen und Arbeitsinstrumente zur Kompetenzerweiterung (8.5.2025).

Alder, K. (2017). Vergiftungsrisiko in Altersheimen steigt, in NZZ am Sonntag vom 29. Januar 2017 (8.5.2025).

Barber, ND. et al. (2009). Care homes' use of medicines study: prevalence, causes and potential harm of medication errors in care homes for older people. In Qual Saf Health Care. 2009 Oct;18(5):341-6. doi: 10.1136/qshc.2009.034231 (8.5.2025).

Blum, M.R. et al. (2021). Optimizing Therapy to Prevent Avoidable Hos pital Admissions in Multimorbid Older Adults (OPERAM): cluster randomised controlled trial. In BMJ 2021;374:n1585. doi: 10.1136/bmj.n1585 (8.5.2025).

Boudon, A. et al. (2017). Polymorbidität und Polypharmazie. In Schweiz Med Forum 2017;17(13):306-312. doi: 10.4414/smf.2017.02899 (8.5.2025).

Breil, D., Conzelmann, M. (2016). Arzneicocktail im Alter: Was macht Sinn? In Praxis 105(9):509-516. doi: 10.1024/1661-8157/a002347 (8.5.2025).

Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2024). Medizinische Qualitätsindikatoren (8.5.2025).

Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2023). Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (8.5.2025).

Cateau, D., Bugnon, O., Niquille, A. (2021). Evolution of potentially inappropriate medication use in nursing homes: Retrospective analysis of drug consumption data. In Res Social Adm Pharm. 2021 Apr;17(4):701-706. doi: 10.1016/j.sapharm.2020.05.032. Epub 2020 Aug 12. PMID: 32798051 (8.5.2025).

Coutaz, M. (2022). Syndromes gériatriques et polypharmacie prescrire ou proscrire, il faut choisir. In Rev Med Suisse, 2022/802 (Vol.8), p. 2048–2052. DOI: 10.53738/REVMED.2022.18.802.204 (8.5.2025).

CURAVIVA (o.D.). Medizinische Qualitätsindiktoren (8.5.2025).

CURAVIVA Schweiz (2014). Lebensqualitätskonzeption. Für Menschen mit Unterstützungsbedarf (8.5.2025).

CURAVIVA Schweiz (2021; Hrsg.). Leitfaden: Beurteilung und Therapie verhaltensbezogener und psychologischer Symptome bei Menschen mit Demenz (8.5.2025).

Haefeli, W. E. (2011). Polypharmazie. In Schweiz Med Forum 2011;11(47):847–852. doi: 10.4414/smf.2011.07686 (8.5.2025).

Holt, S. et al. (2010). Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS- Liste. In Dtsch Arztebl Int. 2010 Aug;107(31-32):543-51. doi: 10.3238/arztebl.2010.0543 (8.5.2025).

Kanton Wallis (2019). Richtlinien der Dienststelle für Gesundheitswesen zur Handhabung von Arzneimitteln in Institutionen.

Kantonsapothekervereinigung (KAV, 2009). Regeln der guten Abgabepraxis für Heilmittel (8.5.2025).

Kantonsapothekervereinigung (KAV, 2020). Umgang mit Arzneimitteln in Spitälern und Institutionen mit Fokus auf das Stationsmanagement (8.5.2025).

Leendertse, AJ et al. (2013). Preventing Hospital Admissions by Reviewing Medication (PHARM) in Primary Care: An Open Controlled Study in an Elderly Population. In J Clin Pharm Ther. 2013 Oct; 38(5):379-87. doi: 10.1111/jcpt.12069 (8.5.2025).

Locca, JF et al. (2008). Pharmacological Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) in Nursing Homes: Development of Practice Recommendations in a Swiss Canton. In J Am Med Dir Assoc. 2008 Jul;9(6):439-48. doi: 10.1016/j.jamda.2008.04.003 (8.5.2025).

Mozzetti, A. (2020). Guideline Pharmaceutical Ward Management, PSM. Masterarbeit. ETH Zürich.

Neuner-Jehle, S. (2016). La polypharmacie : une nouvelle épidémie. In Rev Med Suisse 2016; 12: 942-7 (8.5.2025).

patientensicherheit schweiz (o.D.). Materialien für Patient:innen (8.5.2025).

patientensicherheit schweiz (o.D.). Sichere Medikation in Pflegeheimen (8.5.2025).

Reich, O. et al. (2014). Potentially Inappropriate Medication Use in Older Patients in Swiss Managed Care Plans: Prevalence, Determinants and Association with Hospitalization. In PLoS One. 2014 Aug 19;9(8):e105425. doi: 10.1371/journal.pone.0105425 (8.5.2025).

Schneider, R. et al. (2019). Drug prescription patterns, polypharmacy and potentially inappropriate medication in Swiss nursing homes: a descriptive analysis based on claims data. Swiss Med Wkly. 2019 Sep 30;149:w20126. doi: 10.4414/smw.2019.20126. PMID: 31568557 (8.5.2025).

Schweizerischer Nationalfonds (SNF, o.D.). Interprofessionelle Qualitätszirkel verbessern Medikation in Alters- und Pflegeheimen (8.5.2025).

Viktil, K. et al. (2007). Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. In Br J Clin Pharmacol. 2007 Feb; 63(2): 187–195. doi: 10.1111/j.1365-2125.2006.02744.x (8.5.2025).

VIVA Luzern AG (2013). Handbuch. Beispiel eines Inhaltsverzeichnisses, angelehnt an die Richtlinie Umgang mit Arzneimitteln. Nicht veröffentlicht.

Wastesson et al. (2017). An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: a narrative review. In Expert Opinion on Drug Safety, 17:12, 1185-1196 (8.5.2025).

World Health Organization (WHO, 1999). Principes directeurs applicables aux dons de médicaments (8.5.2025).

Herausgeber
CURAVIVA, Branchenverband der Dienstleiser für Menschen im Alter, Bern

Autorinnen
1. Rollen der Apotheker:innen und ihrer Teams
1) Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse, Bern: Martine Ruggli und Anja Schmutz, Apothekerinnen
2) Unisanté-Apotheke, Lausanne: Dr. Anne Nuquille Charrière, stellvertretende Chfapothekerin, Leiterin der Forschungsabteilung
3) Universität Basel, Departement Pharmazeutische Wissenschaften: Prof. Dr. phil. II Carla Meyer-Massetti, Fachapothekerin für Spitalpharmazie FPH, Research Associate Klinische Pharmazie und Epidemiologie

2. Verabreichung und Umgang mit Medikamenten durch Pflegende
Ursula Arn, ARTISET
Marianne Geiser, CURAVIVA Schweiz (heute ARTISET)

3. Nichtmedikamentöse Dimension von Pflege und Betreuung
Anna Jörger, CURAVIVA

4. Forschungs- und Umsetzungsprojekte
Verena Hanselmann, CURAVIVA

Zitierweise
CURAVIVA (2025), Leitfaden: Medikamentenversorgung in Pflegeinstitutionen. Hrsg.: CURAVIVA

Online: curaviva.ch

Auskünfte/Informationen
E-Mail: info@curaviva.ch

© CURAVIVA, 2025