

Tagung «eMedikation»: Arzneimittelsicherheit in Pflegeinstitutionen

Digitale Prozesse schaffen mehr Sicherheit

Über 130 Fachleute aus Spitälern, Heimen, Verwaltung und Institutionen – eine Top-Vertretung – zeigten sich hoch zufrieden über die Tagung «eMedikation» in Bern, die sehr gehaltvolle Vorträge brachte und wertvolle Infos vermittelte. Die von der eHealth Consulting GmbH, Dr. Eberhard Scheuer, geleitete Tagung stiess auf besten Anklang. Über die zunehmende Bedeutung von Arzneimittelsicherheit in Pflegeheimen sprach Nationalrat Dr. med. Ignazio Cassis, Präsident CURAVIVA Schweiz, in seiner Keynote.



Dr. med. Ignazio Cassis,
Nationalrat und Präsident von CURAVIVA Schweiz

Informatik Inselspital Bern, über «Management der Austrittsmedikation», Tony Schaller, medshare GmbH, über «Standardisierung als notwendige Voraussetzung zur Vernetzung – IHE bietet sich als roter Faden an» und Felix Schneuwly, Head of Public Affairs, comparis AG, über «eMedikation – Einfluss auf Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit».

Nationalrat Dr. med. Ignazio Cassis, Präsident CURAVIVA Schweiz, schilderte die Alters- und Pflegeheimbranche als höchst interessantes Gebilde, bereit innovativ und aktiv einen qualitativ hochwertigen Beitrag an die Gesundheitsversorgung zu leisten.

Die Alters- und Pflegeheimbranche

In der Schweiz gibt es über 1600 Alters- und Pflegeinstitutionen. Hier arbeiten rund 114'000 Mitarbeitende und hier leben rund 116'000 BewohnerInnen. 2011 leisteten die Alters- und

Pflegeinstitutionen 31.9 Mio. Pflageetage (=2.4 Mal mehr als sämtliche in Spitälern und Kliniken erbrachten Pflageetage). Im Durchschnitt werden pro Bewohner/in und Tag 115 Minuten Pflege gemäss KVG geleistet (=60.4 Mio. Stunden direkte Pflageleistung). Die Menschen sind beim Eintritt in eine Alters- oder Pflageinstitution immer älter (heute: 85 Jahre) und pflagebedürftiger (Multimorbidität). Die Aufenthaltsdauer in Pflageinstitutionen wird dadurch immer kürzer und die Pflageintensität immer höher. Schliesslich gibt es immer weniger Alters- und mehr Pflageinstitutionen.

Bis ins hohe Alter zuhause

Interessant ist die Statistik des Lebensorts nach Alter (ab 65 Jahren). Von den 80- bis 84-Jährigen wohnen immer noch 80% (Männer) und knapp 70% (Frauen) in den eigenen Wänden. Selbst bei den über 94-Jährigen sind es noch 27,7% resp. 8,5% (vgl. Abb. 1).

Er verwies auf die erhöhten Sicherheitserwartungen im Lichte zunehmender Multimorbidität. Herausforderungen der Kindermedikation beleuchtete Dr.phil.nat. Priska Vonbach, Leiterin Pharmazeutischer Dienst am Kinderspital Zürich. Sie referierte über die speziellen Anforderungen an Kinder- und Jugendlichen-gerechte Medikamentendosen. Dr. Stefan Schweizer, Apotheker, ID Suisse AG, zeigte die Vorteile der elektronischen Verordnung zum IT-gestützten Medikamentenmanagement und die damit verbundene erhöhte Sicherheit für Leistungserbringer und Patienten. Weitere wichtige Themen bildeten die Vorträge von Martin Lysser, Projektleiter Pflege-

Abb. 1: In Privathaushalten Wohnende ältere Menschen

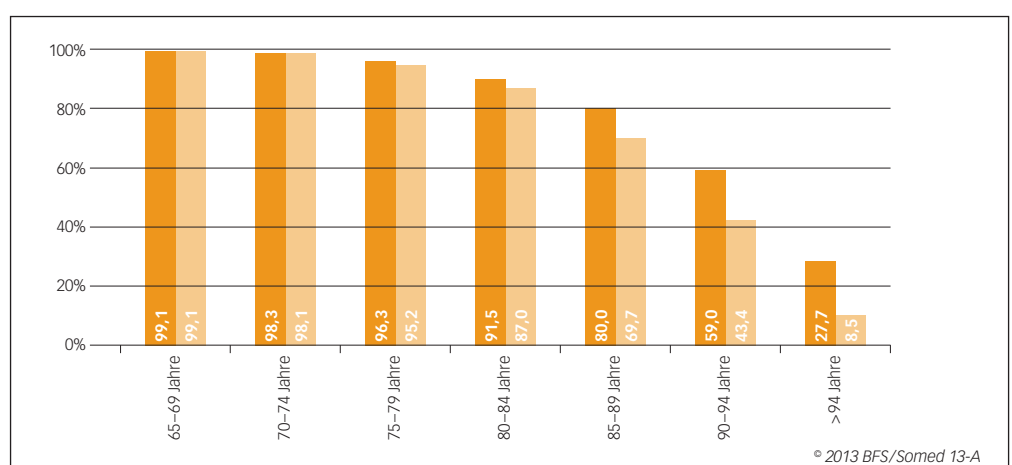
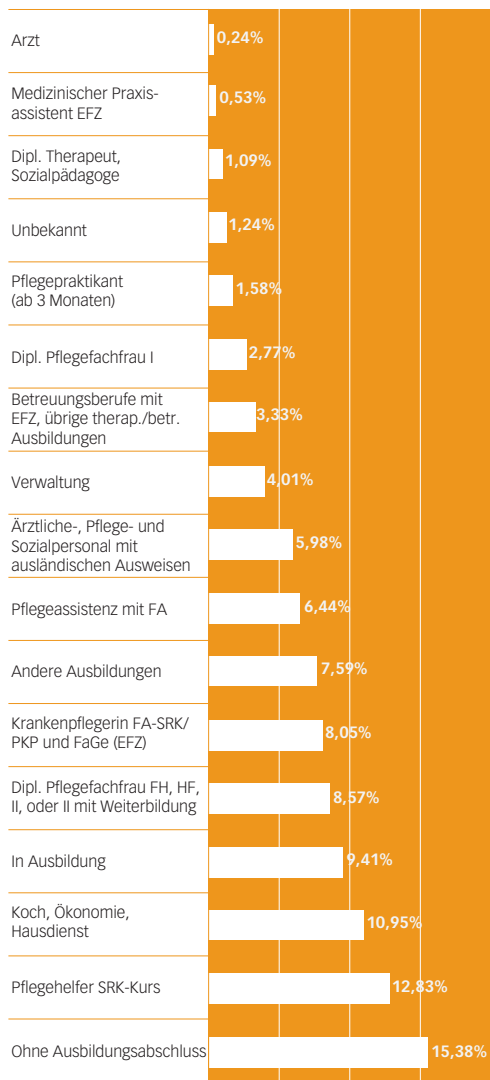


Abb. 2: Beschäftigte nach Ausbildungstyp



© 2013 BFS/Somed 13-A

Sehr heterogen präsentiert sich die Verteilung der Beschäftigten nach Ausbildungstyp. Rund die Hälfte ist in Ausbildung oder verfügt über kein Diplom, die andern gut 50% verteilen sich auf InhaberInnen unterschiedlichster Fachausbildungen (vgl. Abb. 2).

Die Kosten der Medikamente in Pflegestationen sind relativ bescheiden. Sie machen nur rund 1% der Gesamtkosten im Heim aus und betragen 2012 57,5 Millionen Franken. Das sind 495 Franken Kosten pro Klient oder SL-Kosten pro Pfl egetag von Fr. 1.87. Aber mehr Sicherheit ist trotzdem oberstes Gebot.

Arzneimittelsicherheit in Pflegeinstitutionen

Die Medikationssicherheit in Alters- und Pflegeinstitutionen ist von den BewohnerInnen, den Ärzten, der Pflege und den Lieferanten abhängig. Eine wichtige Rolle spielen Lagerung und Abgabe von Arzneimitteln, wofür ein hohes

Mass an Qualitätssicherung nötig ist. Dr. Ignazio Cassis schilderte die Herausforderungen in Pflegeinstitutionen wie folgt:

1. Je nach Pflegeinstitution sind eine Vielzahl von Ärzten unter demselben Dach im Einsatz (Hausärzte der Bewohnenden).
2. Die Therapieziele und -Massnahmen können sich angesichts der vorhandenen Vulnerabilität der Patienten schnell verändern.
3. Es gibt verschiedene Kanäle, wie Arzneimittel ins Heim gelangen.
4. Grosses Sortiment von Arzneimitteln und Generika: Entsprechend ist ein hohes Fachwissen gefragt.
5. Viele Bewohnende mit vielen Krankheiten (Multimorbidität) und entsprechende Multimedikation
6. Bewohnende nehmen teilweise die Arzneimittel nicht korrekt ein, oder verweigern die Einnahme.
7. Bewohnende kennen teilweise unerwünschte Wirkungen nicht oder können nur schlecht kommunizieren.

Daraus wird ersichtlich, dass der Arzneimitteltherapiesicherheit in Alters- und Pflegeheimen grosse Bedeutung zukommt. Im Artikel «Medication safety in nursing homes» drücken es Ulrich Jaehde und Petra A. Thürman wie folgt aus: «Heimbewohner sind aufgrund ihrer Multimorbidität, Polymedikation, Funktionseinbussen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und mangelnder Kommunikationsfähigkeit prädisponiert, unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) zu erleiden. Ein Charakteristikum ist die hohe Verordnungszahl von Psychopharmaka. Im Rahmen des BMG-geförderten Projektes «AMTS in Alten- und Pflegeheimen» wurde eine Inzidenz von ca. 8 UAE pro 100 Heimbewohnermonate ermittelt. Etwa ein Drittel der UAE hatte medizinische Konsequenzen, vor allem Krankenhauseinweisungen und zusätzliche Hausarzt-Visiten. Viele UAE sind auf Fehler im Medikationsprozess zurückzuführen. Hinzu kommen die Konsequenzen einer inadäquaten Kommunikation zwischen den Gesundheitsberufen. Strukturierte Interventionen sollten daher nicht nur für die Problematik sensibilisieren, sondern auch berufsgruppenübergreifendes Denken und Handeln fördern und unterstützen.»

Ärztliche Basisregelung in Pflegeinstitutionen

Klare Regeln erleichtern die Arbeit und erhöhen die Sicherheit:

- Die Mitwirkung der im Heim tätigen Ärztinnen bei der Qualitätssicherung ist dokumentiert.

- Die ärztlichen Verordnungen liegen schriftlich und von der Ärztin unterschrieben vor (als Eintrag in Pflegedokumentation oder als Bestätigung mündlicher Weisungen).
- Betäubungsmittel-Verordnungen sind nicht älter als drei Monate.
- Die Ärztin oder ihre Stellvertreterin ist während 24 Stunden erreichbar.

Die Medikamententherapie wird nach den fünf Kriterien (5R-Regel) durchgeführt:

- Richtiges Medikament
- Richtige Dosis
- Richtiger Patient
- Richtige Zeit
- Richtige Verabreichungsform

Grundlage für den Vergleich der Pflegequalität

Nationalrat Roland F. Borer (SO/SVP) reichte im März 2012 eine Motion zur Schaffung von Grundlagen für den Qualitätsvergleich ein.

Die Stellungnahme des Bundesrates fiel daraufhin eindeutig aus:

- Die Qualitätsstrategie des Bundes im schweizerischen Gesundheitswesen umfasst selbstverständlich die Pflege in den Alters- und Pflegeheimen. Im Konkretisierungsbericht zur Qualitätsstrategie vom 25. Mai 2011 hat der Bundesrat die Entwicklung von schweizweiten Qualitätsindikatoren in Pflegeheimen als einen Schwerpunkt unter den Aktivitäten in der Übergangsphase 2011–2014 bezeichnet.
- Die gesetzliche Grundlage für deren Erhebung und Publikation ist in Artikel 22a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) vorhanden. Weiter ist die Lancierung eines ersten nationalen Qualitäts- und Patientensicherheitsprogramms geplant. In dessen Rahmen ist die Verbesserung der Medikationssicherheit vorgesehen. Auch dies ist ein wesentliches Qualitätsthema in den Pflegeheimen.
- Bund und Kantone beteiligen sich im Rahmen einer Initiative des Verbandes der Heime und Institutionen der Schweiz (CURAVIVA) an Projektarbeiten. Dabei wird das Vorgehen für die flächendeckende Etablierung von Qualitätsindikatoren und die Publikation von Daten festgelegt. Dabei handelt es sich um eine ausschliesslich konzeptionelle Begleitung seitens des Bundes. Erst mit der Schaffung eines Institutes und einer Finanzierungsgrundlage über Beiträge der Versicherten, wie sie im Konkretisierungsbericht zur Qualitätsstrategie vorgeschlagen sind, wird der Bund eine aktivere Rolle einnehmen können.



- Weiter hat das BAG eine Konzept- und Machbarkeitsstudie für die Veröffentlichung von Betriebsvergleichen durch den Bundesrat nach Artikel 49, Absatz 8 KVG in Auftrag gegeben. Das Konzept soll auch die Pflegeheime umfassen. Ziel ist die Entwicklung eines Kennzahlensets zu Leistungen, Kosten und Qualität.
- Die bereits genannten Aktivitäten des Bundes fokussieren auf die Pflege nach KVG, welche aber nur einen Teil der Leistungen eines Pflegeheims umfasst. Für die Gesundheitsversorgung und damit auch für die Pflegeheime sind die Kantone zuständig. Die Erteilung einer Betriebsbewilligung fällt in deren gesundheitspolizeiliche Verantwortung. Den Kantonen obliegt auch die Kompetenz für die Planung der Pflegeheime nach Artikel 39, Absatz 2 KVG. Diesbezüglich sind die Kantone in der Pflicht, die Planung auf Basis der Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit vorzunehmen.

Angesichts dieser bereits eingeleiteten Massnahmen erachtet der Bundesrat die Anliegen der Motion im Rahmen der geltenden Kompetenzordnung als weitgehend erfüllt und beantragte eine Ablehnung der Motion.

Proaktive Kantone

In der Tat leisten gerade auch die Kantone viel zur Förderung der Qualität. Der Referent erwähnte das Beispiel Freiburg. Die pharmazeutische Betreuung in den Pflegeheimen als Freiburger Modell ist auf Erfolgskurs. Seit ihrer Einführung im 2002 konnte die pharmazeutische Betreuung der Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner des Kantons ihre Effizienz unter Beweis stellen. Das in der Schweiz einzigartige System ist das Ergebnis einer Zusammenarbeit zwischen der Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD), den Apothekerinnen und Apothekern, den Pflegeheimen, den Ärztinnen und Ärzten und santésuisse und ermöglichte namentlich eine Senkung der Arzneimittelkosten von 19,3% in den Pflegehei-

men. Im Verlaufe der Jahre bedeutet dies eine Einsparung von 6,5 Millionen Franken bei den Gesundheitskosten.

CURAVIVA-Projekt: «Medizinische Qualitätsindikatoren in der Langzeitpflege»

CURAVIVA will die Qualität weiter optimieren. Das Ziel: Erarbeitung gesamtschweizerisch gültiger Indikatoren der Pflegequalität. Projektpartner sind BAG, BFS, GDK und santésuisse. Unter anderem wird der Fokus auf «Polymedikation als medizinischer Qualitätsindikator in der Langzeitpflege» gelegt. Das bedeutet:

- Qualitätskriterien: Reduktion bestehender Polymedikation und Vermeidung von neu entstehender Polymedikation
- Variablen: Anteil an Bewohner mit mind. 5 Medikamenten/Wirkstoffen in 7 Tagen, komplette Medikationsliste sowie Medikation der 180 letzten Tagen durch Arzt oder Apotheker analysiert
- Auswertungsmethodik: Rate der Bewohner mit 5 und mehr Medikamenten und Medikationsliste, Anteil der 5+ Medikation und Medikamentenliste, Analyse 180 Tage sowie schliesslich Rate mit allen Variablen.

eHealth heisst klar eMedikation

Nationalrat Cassis plädierte eindeutig für das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier. Der Bundesrat hat den Entwurf des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier und die entsprechende Botschaft am 29. Mai 2013 ans Parlament überwiesen. Die Förderung elektronischer Gesundheitsdienste «eHealth» und insbesondere des elektronischen Patientendossiers ist ein wesentliches Element der Strategie «Gesundheit 2020» des Bundesrates. Mit dem elektronischen Patientendossier sollen die Qualität der Behandlungsprozesse verbessert,

die Patientensicherheit erhöht und die Effizienz des Gesundheitssystems gesteigert werden.

Die eMedikation erleichtert das Einhalten der hohen Qualitäts- und Sicherheitserfordernisse wesentlich. So werden Richtlinien wie «qualivista» effektiv unterstützt:

- Die Medikamentenverwaltung erfolgt gesetzeskonform, stellt im Bereich der Betäubungsmittel die Rückverfolgbarkeit sämtlicher Tätigkeiten sicher und ist in einem Medikamentenkonzept festgelegt.
- Die Bestellung, Lagerung, Verfalldatenkontrolle, Abgabevorbereitung, Abgabe an die Bewohnenden, Verabreichungskontrolle und der Umgang mit Reservemedikationen sind kompetenzgerecht geregelt und entsprechende Verantwortlichkeiten sind festgelegt.
- Alle Tätigkeiten der Medikamentenverwaltung werden ausschliesslich durch Pflegenden mit mindestens einer Ausbildung auf Sekundarstufe II (ohne AGS EBA) ausgeführt.
- Die Einhaltung der Medikamentenverwaltung wird mindestens 1x jährlich durch eine diplomierte Apothekerin kontrolliert und mit einem Prüfbericht nachgewiesen.
- Die Vorgaben zur Medikamentenverwaltung machen Aussagen dazu, wie deren Einhaltung und die Wirksamkeit auf die Leistungserbringung überprüft wird.

Klare Kriterien beachten

Last, but not least erwähnt der Referent die all-gemeingültigen Richtlinien zur Medikamenten-Verabreichung, wobei die Pflegefachperson bei der Durchführung der Medikamententherapie auf folgende Kriterien zu achten hat:

- Das Medikament ist vom Arzt schriftlich verordnet.
- Die Bewohnenden werden über Verabreichung, Wirkung und Nebenwirkung informiert.
- Das Medikament wird wie vom Arzt verordnet verabreicht.
- Die Wirkung/Nebenwirkung wird beobachtet und dokumentiert.
- Abweichungen von der verordneten Medikamententherapie (z.B. Verweigerung der Einnahme) werden dokumentiert und dem ärztlichen Dienst gemeldet.
- Regelmässige Rücksprachen mit dem behandelnden Arzt finden statt.
- Die 5 R-Regel wird eingehalten.
- Die verordneten Medikamente werden auf Verfalldatum/Konsistenz kontrolliert, rechtzeitig bestellt und korrekt entsorgt.

Text: Dr. Hans Balmer