
Faktenblatt zu Qualitätsindikatoren für die stationäre Langzeitpflege – Polymedikation

Wie ist der Qualitätsindikator zum Thema Polymedikation definiert?

Der nationale Qualitätsindikator „Polymedikation“ bedeutet, dass eine Bewohnerin / ein Bewohner 9 oder mehr Wirkstoffe (gemäss ITC-ASC) einnimmt.

Der Qualitätsindikator ist definiert als:

- Prozentualer Anteil an Bewohnenden, die in den letzten 7 Tagen 9 und mehr Wirkstoffe einnahmen.

Ausschlusskriterien: Es gibt keine Ausschlusskriterien für diesen Indikator.

Risikoadjustierung: Folgende Merkmale der Bewohnenden werden zur Risikoadjustierung verwendet: Pflegestufe, kognitive Einschränkung (gemessen durch die Cognitive Performance Scale CPS) und Alter.

Warum wird Polymedikation als Qualitätsindikator gemessen?

Dank dem medizinischen Fortschritt können heute viele Menschen trotz mehrerer chronischer Erkrankungen ein hohes Alter erreichen. Die Behandlung dieser multiplen chronischen Erkrankungen (Multimorbidität) beinhaltet in der Regel die Einnahme mehrerer Medikamente. Dies trifft im besonderen Masse auf die Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen zu.

Neben der positiven und erwünschten Wirkung, kann die Einnahme eines Medikamentes auch Nebenwirkungen haben. Mit der Einnahme von mehreren Medikamenten steigt die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von unerwünschten Arzneimittelreaktionen deutlich an. Zusätzlich können sich Medikamente gegenseitig in ihrer Wirkung beeinflussen. Diese Gefahr von Interaktionen steigt ebenfalls erheblich mit der Zahl der eingenommenen Wirkstoffe. Sehr unübersichtliche Medikamentenlisten beherbergen das Risiko, dass für die Situation der Bewohnerin oder des Bewohners nicht adäquate Medikamente verordnet werden. Die Polymedikation steht im Zusammenhang mit Stürzen, Mangelernährung und einer erhöhten Mortalität (s. Kasten).

Die Messung der Polymedikation und die nachfolgende systematische, idealerweise standardisierte Überprüfung der Medikamente unter Berücksichtigung der aktuellen Bedürfnisse der Bewohnenden durch das Behandlungsteam hilft, die medikamentöse Behandlung zu optimieren.

Mithilfe dieses Prozesses – insbesondere, wenn er regelmässig und systematisiert angewendet wird – verkleinert sich die Gefahr der Verschreibung von potenziell inadäquaten Medikamenten mit allen oben beschriebenen negativen Folgen, ohne dass eine Unterversorgung entsteht. Die Erfassung der Polymedikation kann so mithelfen, unerwünschte Arzneimittelreaktionen zu erkennen, unnötige und schädliche Wirkstoffe zu eliminieren und trägt so zur Lebensqualität der Bewohnenden bei.

Mit welcher Häufigkeit kommt Polymedikation in Alters- und Pflegeheimen vor?

Zwischen 21% und 40% der Bewohnenden in Schweizer Alters- und Pflegeheimen nehmen 9 oder mehr Medikamente ein. Die durchschnittliche Medikamenteneinnahme lag 2016 bei 9,3 Medikamenten pro Bewohner/Bewohnerin, 11% nahmen über 15 Medikamente ein.

Was sind mögliche Gefahren der Polymedikation?

- Unerwünschte Arzneimittelreaktionen
- Interaktionen zwischen Medikamenten
- Verminderte Medikamentenadhärenz
- Erhöhte Nebenwirkungsrate bei älteren Menschen bei bestimmten Medikamentengruppen (vgl. PIM oder PRISCUS-Liste)
- Vermehrte Hospitalisierungen und Notfallaufnahmen wegen Nebenwirkungen
- Erhöhtes Risiko für Stürze, Mangelernährung, Inkontinenz, Delir, reduzierter funktioneller Status
- Verminderte Lebensqualität
- Erhöhte Mortalität
- Erhöhtes Risiko für Medikamentenfehler (z. B. bei Verordnung, Richten, Verabreichung)
- Erhöhte Medikamentenkosten

Welche Faktoren beeinflussen die Polymedikation?

- Anzahl gleichzeitig vorliegender Erkrankungen: Polymorbidität
- Vor Kurzem erfolgte Entlassung aus Spital
- Gleichzeitige Behandlung durch mehrere Spezialisten
- Unklare Selbstmedikation

Es zeigt sich, dass Bewohnende, die jünger sind, geringere kognitive Einschränkungen haben, weniger Abhängigkeit in Aktivitäten des täglichen Lebens zeigen und eine kürzere Aufenthaltsdauer haben, eher von Polymedikation betroffen sind.

Was gilt es zu beachten bei der Messung der Qualitätsindikatoren?

Grundsätzlich ist die Erhebung der Daten in den Handbüchern/Erfassungsanleitungen der Instrumente geregelt, mit denen die Daten erhoben werden. Hier folgen ein paar Hinweise zur Messung.

- Für den Indikator werden die aktiven Wirkstoffe gezählt, nicht die Anzahl Medikamente
- Die Wirkstoffe werden gezählt, sobald sie eine relevante systemische Wirkung haben (z. B. oral, sublingual, rektal, per Inhalation, Injektionen, transdermal)
- Reservemedikamente, Depotpräparate und Impfungen werden gezählt, wenn sie im untersuchten Zeitraum von 7 Tagen verabreicht werden
- Als Basis für das Zählen von aktiven Wirkstoffen gelten die folgenden Regeln gemäss dem ltc-asc (long-term care – active-substance count), der in den INDEX-Datenbanken hinterlegt ist:
 - Für kein Medikament werden mehr als 2 Wirkstoffe gezählt. Gültige Angaben pro Medikament sind also
 - 1 = ein Wirkstoff
 - 2 = zwei oder mehr Wirkstoffe
 - Kombinationen von Wirkstoffen werden nur dann als 2 gezählt, wenn es sich um Wirkstoffe mit verschiedenem pharmakologischem Ansatz, welche auch einzeln gegeben werden können, handelt. Kombinationen von Wirkstoffen, welche die gewünschte Wirkung verstärken, werden als 1 gezählt
 - Vitaminpräparate (auch mehrere einzeln verabreichte Vitamine) und standardisierte Phytotherapeutika (d. h. eine quantifizierte Menge Wirkstoff ist ausgewiesen) zählen jeweils als 1 Wirkstoff
 - Abführmittel werden als 1 gezählt, auch wenn es sich um verschiedene Wirkstoffe mit unterschiedlichen Angriffspunkten handelt (z. B. Paragol und Feigensirup und Laxoberontropfen =1)
 - Infusionen und selten angewandte Medikamente wie Zytostatika oder Hormone werden als 1 gezählt
- Folgende Mittel werden nicht gezählt (Kodierung 0):
 - Lösungen wie NaCl, Aqua bidest., Ringer-Lösung
 - Desinfektionsmittel
 - Hautpflegemittel
 - Nicht standardisierte Phytotherapeutika (z. B. Tee, Wickel, Essenzen für Aromapflege)
 - Alle nicht unmittelbar dem Körper oral oder parenteral zugeführten Medikamente (z. B. Cremen, Salben, Spülmittel, Augentropfen, Ohrentropfen)
 - Wirkstoffe ohne eindeutige pharmakologische Wirkung (z. B. Tonika)
 - Mittel zur Wundbehandlung
 - Homöopathika (einzeln oder in Kombination)

Konkrete Beispiele, wie bestimmte Medikamente gezählt werden, können den Handbüchern/Erfassungsanleitungen der Instrumente entnommen werden.

Mögliche Massnahmen zur Reduktion von Polymedikation

Es gilt die Therapie den Bedürfnissen und Präferenzen der Bewohnenden anzupassen. Dabei liegt der Fokus auf der Funktionalität und der Lebensqualität und nicht auf der Lebensverlängerung. Das Einhalten aller Leitlinien zur Therapie der verschiedenen vorhandenen Krankheiten ist nur sehr begrenzt umsetzbar, da dies zur Polymedikation mit allen oben gezeigten Nachteilen führt. Es gilt auf der Basis einer sorgfältigen Abklärung zu erfassen, welche Gesundheitsprobleme für den Patienten im Vordergrund stehen und welche seine Lebensqualität am stärksten negativ beeinflussen. Zur Festlegung der Therapie gehört somit nach einem multidimensionalen geriatrischen Assessment das Erfragen der Präferenzen der Bewohnenden, die Festlegung der wichtigsten Behandlungsziele und die Einschätzung der Lebenserwartung. Basierend darauf kann ein Behandlungsplan festgelegt und mit den Bewohnenden besprochen werden.

Einflussfaktoren

Bewohnende

- Anzahl gleichzeitig vorliegender Erkrankungen: Polymorbidität
- Vor Kurzem erfolgte Entlassung aus Spital
- Gleichzeitige Behandlung durch mehrere Spezialisten
- Selbstmedikation
- Jüngere Bewohnende, geringere kognitive Einschränkungen, weniger Abhängigkeit in Aktivitäten des täglichen Lebens, kürzere Aufenthaltsdauer



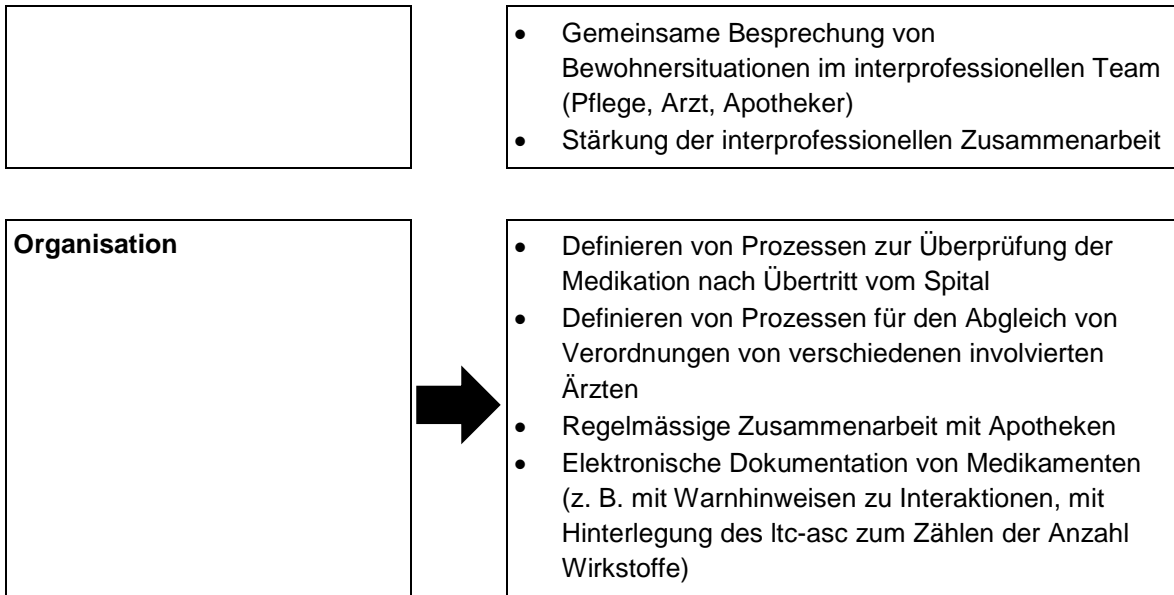
Massnahmen

- Strukturierter Prozess zur Therapieplanung auf Basis eines geriatrischen Assessments
- Klärung von Präferenzen und Behandlungszielen mit Bewohnenden resp. mit den vertretungsberechtigten Personen, wenn keine Urteilsfähigkeit vorliegt (vgl. Art. 373 ff. ZGB), Klären der erwarteten Lebensdauer
- Vorausschauende Planung (advance care planning) mit Bewohnenden und Angehörigen / vertretungsberechtigten Personen durchführen
- Realistische Wünsche der Bewohnenden in Bezug auf Funktionalität und Lebensqualität in der Therapieplanung berücksichtigen
- Anwendung etablierten Instrumenten zur Überprüfung der Medikamentenpläne (z. B.: PRISCUS, START/STOPP, FORTA-Liste)
- Medikationsreview / regelmässige Überprüfung der Medikationslisten im interprofessionellen Team (z. B. mit MAI: Medication Appropriateness Index, der anhand von 10 Fragen hilft, zu bewerten, ob der Einsatz eines Medikaments angebracht ist), Einbezug der Selbstmedikation
- Behandlungsplan mit Bewohnenden/Angehörigen besprechen

Involvierte Berufsgruppen



- Fort- und Weiterbildung über spezifische Themen der Pharmakotherapie in der Geriatrie inkl. Medikationsreview bei allen involvierten Berufsgruppen



Weiterführende Ressourcen

- Webseite CURAVIVA Schweiz: Themendossiers zu Medikamentenversorgung im Pflegeheim
- Ltc-asc: http://www.hcisolutions.ch/hciAssets/bin/de/benutzerhandbuecher/benutzerhandbuch_ltc-asc_careindex_de.pdf
- Erfassungsanleitung von BESA Care und Handbuch von Q-Sys (wobei die in diesem Faktenblatt präzisierten Neuerungen noch nicht im RAI-NH-Handbuch 2016 enthalten sind), Anleitung von Plaisir/Plex
- Empfehlung zum Umgang mit Polymorbidität und Polypharmazie:
 - Boudon, A., Riat, F., Rassam-Hasso, Y., Lang, P. O. (2017). Polymorbidität und Polypharmazie. *Swiss Medical Forum*, 17(13), 306–312.
 - Eckardt, R., Steinhagen-Thiessen, E., Kämpfe, S., Buchmann, N. (2014). Polypharmazie und Arzneimitteltherapiesicherheit im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47(4), 293–301. doi:10.1007/s00391-013-0562-0
 - Neuner-Jehle, S. (2013). Weniger ist mehr – wie Polypharmazie vermeiden? *Praxis*, 102(1), 21–27. doi:10.1024/1661-8157/a001161
- PRISCUS: <http://priscus.net/> unter Priscus_Liste
- START und STOPP: eine Beschreibung findet sich in der mediX Guideline Medikationssicherheit: https://www.medix.ch/media/guideline_medikationssicherheit_2016.pdf
- Patientensicherheit Schweiz, progress! Sichere Medikation in Pflegeheimen: <http://patientensicherheit.ch/de/themen/Pilotprogramme-progress--/progress---Pflegeheime.html>. Der auf der Webseite zugängliche Bericht beschreibt alle im Text erwähnten Listen und das MAI.

Bibliographie

- Alldred, D. P., Kennedy, M. C., Hughes, C., Chen, T. F., Miller, P. (2016). Interventions to optimise prescribing for older people in care homes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, Cd009095. doi:10.1002/14651858.CD009095.pub3
- Boudon, A., Riat, F., Rassam-Hasso, Y., Lang, P. O. (2017). Polymorbidität und Polypharmazie. *Swiss Medical Forum*, 17(13), 306–312.
- Eckardt, R., Steinhagen-Thiessen, E., Kämpfe, S., Buchmann, N. (2014). Polypharmazie und Arzneimitteltherapiesicherheit im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47(4), 293–301. doi:10.1007/s00391-013-0562-0
- Jokanovic, N., Tan, E. C. K., Dooley, M. J., Kirkpatrick, C. M., Bell, J. S. (2015). Prevalence and factors associated with polypharmacy in long-term care facilities: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(6), 535.e531–535.e512. doi:10.1016/j.jamda.2015.03.003
- Maher, R. L., Hanlon, J., Hajjar, E. R. (2014). Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opinion on Drug Safety*, 13(1), 57–65. doi:10.1517/14740338.2013.827660
- Neuner-Jehle, S. (2013). Weniger ist mehr – wie Polypharmazie vermeiden? *Praxis*, 102(1), 21–27. doi:10.1024/1661-8157/a001161
- O'Mahony, D., O'Sullivan, D., Byrne, S., O'Connor, M. N., Ryan, C., Gallagher, P. (2015). STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age and Ageing*, 44(2), 213–218. doi:10.1093/ageing/afu145
- Schneider, R., Schur, N., Reinau, D., Schwenkglens, M., Meier, C. R. (2017). *Helsana-Arzneimittelreport für die Schweiz 2017*. Heruntergeladen von: <https://www.helsana.ch/docs/arszneimittelreport-2017.pdf>
- Tamura, B. K., Bell, C. L., Inaba, M., Masaki, K. H. (2012). Factors associated with polypharmacy in nursing home residents. *Clinics in Geriatric Medicine*, 28(2), 199–216. doi:10.1016/j.cger.2012.01.004

Herausgeber

CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Menschen im Alter
Zieglerstrasse 53
Postfach 1003
3000 Bern 14

Kontakt: Daniel Domeisen, Leiter Gesundheitsökonomie, d.domeisen@curaviva.ch

Autorenschaft

Raphaëlle-Ashley Guerbaai, Dr. Franziska Zúñiga: Pflegewissenschaft, Departement Public Health, Medizinische Fakultät, Universität Basel
Dr. med. Gabriela Bieri-Brüning, Dr. med. Thomas Häsli: Kommission für Langzeitgeriatrie der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG)
Dr. med. Isabelle Amrhein: Pflegezentrum Lindenfeld, Suhr
Dr. med. Markus Anliker: Q-Sys
Elisabeth Schori, Laurent Zemp: BESACare

© CURAVIVA Schweiz, Version 3, Mai 2019