

Pilot-Projekt Simple-ID in den Pflegeheimen des Kantons Freiburg - Tätigkeitsbericht und Ergebnisse 2024

Léa Charnaux, Dr Sc. Florent Macé, Gordana Simic, Filipe Oliveira Gomes, Stéphanie Troxler, Tiffany Baechler, Dr Sc. Damien Cateau, Dre Sc. Anne Niquille

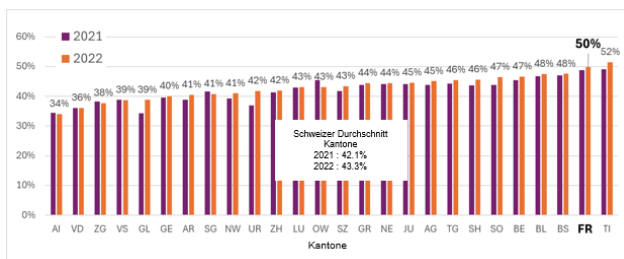
Unisanté, Universitätszentrum für Allgemeinmedizin und Gesundheitswesen, Abteilung für ambulante medizinische Behandlung – DDP, Pharmazeutische Abteilung
Institut für Pharmazeutische Wissenschaften der Westschweiz, Universität Genf, Universität Lausanne

Mai 2025

Einführung

Polymedikation und medikamentöse iatrogene Schädigung

Im Jahr 2022 haben 43.3% der Personen, die in einem Alters- und Pflegeheim (APH) in der Schweiz wohnen, in der untersuchten Woche mindestens neun verschiedene Medikamente konsumiert, wie aus dem neuesten Bericht des BAG "Medizinische Qualitätsindikatoren 2022" hervorgeht (1). Wie bereits im Jahr 2021 liegt der Kanton Freiburg in dieser Rangliste auf Platz 2°, mit 49.8% der Bewohnerinnen und Bewohner, die mindestens neun verschiedene medikamentöse Substanzen pro Woche konsumieren (siehe Abbildung 1).



Die Zahlen sind für das Jahr 2022 angegeben.

Abbildung 1 Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit mindestens 9 verschiedenen Medikamenten in der untersuchten Woche gemäss den Qualitätsindikatoren des BAG (1)

Personen werden im Allgemeinen ab fünf Medikamenten als polymedikamentiert eingestuft. Sie haben ein höheres Risiko für Nebenwirkungen als der Rest der geriatrischen Bevölkerung, die ihrerseits bereits ein höheres Risiko als die Allgemeinbevölkerung aufweist (2). Dies liegt daran, dass verschiedene altersbedingte physiologische Veränderungen die Empfindlichkeit älterer Menschen gegenüber den Wirkungen von Arzneimitteln erhöhen und

ihre Metabolisierung verändern, was wiederum ihre Ausscheidung über die Leber oder die Nieren beeinträchtigt (2).

Um diese Problematik anzugehen, hat das Sozialvorgesamt (SVA) des Kantons Freiburg beschlossen, zusammen mit der Eidgenössischen Qualitätskommission (EKQ) und der Generaldirektion für Gesundheit (Direction générale de la santé, DGS) des Kantons Waadt das von Unisanté geleitete Pilot-Projekt Simple-ID für drei Jahre mitzufinanzieren (3), mit Unterstützung der Vereinigung Freiburger Alterseinrichtungen und Spitex (VFAS), der Freiburger Apothekergesellschaft (FAPG), der Ärztesgesellschaft des Kantons Freiburg (MFÄF) sowie des Kantonsarztamts Freiburg (KAA).

Das Pilot-Projekt Simple-ID

Das Pilot-Projekt Simple-ID zielt auf die nachhaltige Integration von Leistungen zur Reduktion oder Beendigung von Medikationen («Entverschreibung») in die Routinepflege der APH ab. Diese Leistungen basieren auf einem interprofessionellen Ansatz und bestehen in einer Analyse der Medikation auf institutioneller Ebene und/oder bei bestimmten, speziell ausgewählten Bewohnerinnen und Bewohnern, um die Qualität der Verschreibung zu optimieren. Wie in Abbildung 2 dargestellt, hat jedes Mitglied des interprofessionellen Teams eine spezifische Rolle, um die unangemessene Medikation von Bewohnerinnen und Bewohnern zu unterbinden oder zu verringern.



Abbildung 2 Spezifische Rollen des an der Entverschreibung beteiligten Pflegepersonals

Zwei Leistungen, deren Wirksamkeit und Sicherheit zuvor im Rahmen von klinischen Studien objektiviert wurden(4) werden innerhalb dieses Projekts umgesetzt: Qualitätszirkel mit Fokus auf «Entverschreibung» (QZ) sowie individuelle Medikationsanalysen (MA).

Qualitätszirkel mit Schwerpunkt auf «Entverschreibung»

Der allgemeine Ablauf des QZ ist in Abbildung 3 dargestellt. Er besteht insbesondere aus einer interprofessionellen Diskussion, die von der Apothekerin oder dem Apotheker geleitet wird, in Anwesenheit von mindestens einer antwortenden Ärztin oder einem antwortenden Arzt des APH und einem Pflegekader, während derer der gesamte jährliche Verbrauch von potenziell ungeeigneten Medikamenten (PIM gemäss englischer Abkürzung) aller Bewohnerinnen und Bewohner mit den klinischen Empfehlungen verglichen wird, insbesondere im Hinblick auf die Nutzen-Risiko-Abwägung, diese abzusetzen.

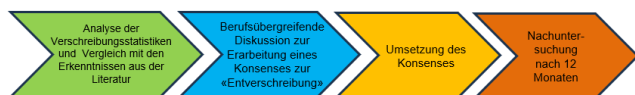


Abbildung 3 Allgemeiner Prozess eines Qualitätszirkels mit Fokus auf Entverschreibung

Die Diskussionen werden durch Daten zum Verbrauch von PIM unterstützt, die einen Vergleich zwischen den am Projekt teilnehmenden APH und eine Verfolgung der Entwicklung über die Jahre ermöglichen, um die unternommenen Verbesserungsbemühungen zu objektivieren. Diese Elemente stellen eine wichtige Unterstützung für die Änderung der Verschreibungsgewohnheiten dar, die mit dem Projekt angestrebt wird.

Das interprofessionelle Team legt Prioritäten und konkrete Prozesse für die Entverschreibung von PIM fest, die im folgenden Jahr systematisch umgesetzt werden, sowie die damit verbundenen quantitativen Ziele.

Die Moderation jeder QZ-Sitzung wird von der Weiterbildungsorganisation FPH in Offizinpharmazie mit 16.5 Punkten anerkannt.

Individuelle Medikationsanalysen

Die bei einigen Bewohnerinnen und Bewohnern durchgeführten MA werden nach einem für jedes teilnehmende APH angepassten Prozess durchgeführt (siehe Abbildung 4).



Abbildung 4 Prozess der Medikationsanalyse

Bis zu 10% der Bewohnerinnen und Bewohner können ausgewählt werden, und zwar nach festen Kriterien, d.h.

einer Anzahl von mindestens 5 Medikamenten und einer geschätzten Lebenserwartung von mehr als 6 Monaten, kombiniert mit Kriterien, die im Ermessen des jeweiligen interprofessionellen Teams liegen. Die erforderlichen Daten werden der Apothekerin oder dem Apotheker zur Verfügung gestellt, der/die eine strukturierte pharmakotherapeutische Analyse durchführt, um der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt und der Bezugspflegekraft der Bewohnerin oder des Bewohners die Möglichkeiten zur Verbesserung der Medikation aufzuzeigen. Auf diese Weise wird ein Therapieoptimierungsplan mit den durchzuführenden Änderungen und den spezifischen Folgemaßnahmen, die diese begleiten, erstellt. Dieser Plan sollte der Bewohnerin oder dem Bewohner oder ihrer therapeutischen Vertreterin resp. seinem therapeutischen Vertreter vor der Umsetzung mitgeteilt werden.

Die Erfüllung jeder MA wird von der Weiterbildungsorganisation FPH in Offizinpharmazie mit 5.5 Punkten anerkannt.

Implementierungsstrategien

Um eine optimale Umsetzung der oben beschriebenen Leistungen zu gewährleisten, konzentriert sich das Pilot-Projekt Simple-ID auf verschiedene Implementierungsstrategien, um den aus der Praxis hervorgegangenen Bedürfnissen gerecht zu werden.

Spezifische Schulungen

Ein E-Learning-Modul wurde für Apothekerinnen und Apotheker entwickelt, die mit der Einführung eines QZs betraut sind. Je nach ihrer Vorerfahrung haben sie die Möglichkeit, ein spezifisches Modul zur Organisation und Durchführung eines QZ zu absolvieren, zusätzlich zu einem eher klinischen Modul, das die Evidenz hinsichtlich Wirksamkeit und Sicherheit der «Entverschreibung» für 12 therapeutische Klassen von PIM zusammenfasst, die in den APH der Kantone Waadt und Freiburg am häufigsten verschrieben werden (5).

Um MA durchzuführen, muss die Apothekerin oder der Apotheker eine dreitägige, partizipative Präsenzschiulung absolvieren, in der ein Geriater und eine Apothekerin die mit dem hohen Alter verbundenen physiopathologischen Besonderheiten auffrischen. Dabei werden die klinische Argumentation sowie die Instrumente zur Identifizierung von PIM und zur Durchführung der strukturierten pharmakologischen Analyse vorgestellt, bevor sie aktiv an repräsentativen klinischen Fällen geübt werden. Die Implementierung des Prozesses auf der Ebene eines APH und seine Aneignung durch jedes interprofessionelle Team werden in Anwesenheit einer Apothekerin und einer Krankenschwester, die über mehrere Jahre Praxis in diesem Bereich verfügen, eingehend diskutiert. Schliesslich werden in einem praktischen Workshop zur interprofessionellen Zusammenarbeit, in welchen die Ärztinnen und Ärzte sowie die Pflegekräfte einbezogen werden, Kommunikationsinstrumente für komplexe Fälle von «Entverschreibung» angewendet.

Beide Schulungen werden im Rahmen des Pilot-Projekts Simple-ID angeboten, und für ihre Absolvierung werden Fortbildungspunkte vergeben.

Prozessbegleitung & Erfahrungstransfer

Eine Prozessbegleitung und ein Erfahrungstransfer ermöglichen es, die Apothekerinnen und Apotheker bei der Initiierung und Durchführung der Leistungen mit Lösungen aus der Praxis zu unterstützen. Diese Prozessbegleitung erfolgt in Form von Workshops per Videokonferenz, die von Unisanté-Apothekerinnen, welche die Leistungen selbst durchführen, organisiert und moderiert, eines kollaborativen Online-Forums, das den Austausch über klinische und organisatorische Fragen ermöglicht, sowie eines persönlichen Coachings auf Anfrage.

Web-Plattform

Im Rahmen des Pilot-Projekts wurde eine sichere Webplattform (6), die sogenannte SID-Plattform, entwickelt, um :

- den Zugang zum E-Learning und zur kollaborativen Kommunikationsplattform zu zentralisieren ;
- die Dokumentation und den Informationsaustausch innerhalb des interprofessionellen Teams über die Durchführung und Überwachung der Leistungen zu erleichtern ;
- die Zustimmung der Bewohnerinnen und Bewohner zur Weitergabe ihrer Daten zu dokumentieren ;
- die Daten zum Medikamentenverbrauch auf der Grundlage der Rechnungsstellung für das vorangegangene Kalenderjahr in de-identifiziert Form zu erheben ;
- die Visualisierung der Verbrauchsdaten von PIM durch APH zu ermöglichen ;
- den gleichen Verbrauch zwischen APH zu vergleichen und die über die Jahre erbrachten Verbesserungsbemühungen zu objektivieren, um zu dauerhaften Veränderungen der Praxis zu motivieren;
- die erbrachten und vollständig dokumentierten Leistungen zu verbuchen, um die Apothekerinnen und Apotheker angemessen zu vergüten.

Im Laufe des Jahres 2025 wird die SID-Plattform ein Dashboard anbieten, um die Nachverfolgung abgeschlossener oder laufender Aktivitäten zu erleichtern.

Bericht 2024

Die Ziele dieses ersten Jahresberichts sind:

- die im Kanton Freiburg im Jahr 2024 durchgeführten Aktivitäten zur «Entverschreibung» zusammenzufassen ;
- den Medikamentenverbrauch 2023 der Freiburger APH zu analysieren, die 2024 einen QZ durchgeführt haben ;
- die Vorschläge zur «Entverschreibung» zu beschreiben, die im Anschluss an die QZ und MA

implementiert wurden, sowie ihre Auswirkungen in den teilnehmenden Freiburger APH im Jahr 2024.

Methode

Im Kanton Freiburg durchgeführte Aktivitäten zur Aufhebung der «Entverschreibung» im Jahr 2024

Die Daten zu den Aktivitäten stammen aus der Nachverfolgung, die von den beiden vermittelnden Unisanté-Apothekerinnen durchgeführt wurde. Die Anzahl der am Pilot-Projekt teilnehmenden APH wird durch die Anzahl der von den beteiligten Personen des APHs (Apothekerinnen und Apotheker, Heimarztärztin und Heimarzt, Pflegekader, Direktor und Direktorin des APH) unterzeichneten Pflichtenhefte belegt.

Die Anzahl der in MA geschulten Apothekerinnen und Apotheker stammt aus den Anwesenheitslisten der Schulungen und die Anzahl der in QZ geschulten Apotheker oder Apothekerinnen aus der E-Learning-Plattform.

Die Anzahl der APH, die eine Leistung erbracht haben, wird aus der SID-Plattform entnommen.

Medikamentenverbrauch 2023 der Freiburger APH, die 2024 einen QZ durchgeführt haben

Die verfügbaren Daten zum Medikamentenkonsum 2023 der Freiburger APH wurden der SID-Plattform entnommen, wo sie von den Apothekerinnen und Apothekern, die 2024 einen QZ im APH durchgeführt haben, hochgeladen wurden.

Da die Dateien aus verschiedenen Apothekenbetriebssystemen stammen, ermöglicht eine von Unisanté entwickelte Vorverarbeitungsanwendung die Standardisierung des Formats der Medikamentendaten auf der Grundlage der Schweizer Referenzdaten zu Medikamenten (7).

Die PIM werden über eine Liste identifiziert, die nach dem NORGEP-NH-Konsens (8) und den expliziten Kriterien von BEERS (9) erstellt wurde, sowie über den Arzneimittelmarkt in der Schweiz. Die 12 besonders fokussierten Klassen sind diejenigen, deren hohe Prävalenz in der Praxis der waadtländischen und freiburgischen APH objektiviert werden konnte (5,10).

Auf der Grundlage der Daten zum Arzneimittelverbrauch werden zwei Indikatoren berechnet: die Verschreibungshäufigkeit (frequency of prescription oder FP) und die Anzahl der standardisierten Tagesdosen (Defined Daily Dose oder DDD) pro Bewohner-in im Durchschnitt eines Kalenderjahres. Die FP ist der prozentuale Anteil der Bewohnenden, die in dem betreffenden Kalenderjahr mindestens eine Packung des betreffenden Moleküls oder der betreffenden Klasse

erhalten haben, unabhängig von der Dosis und der Behandlungsdauer, an der Gesamtzahl der Bewohnenden.

DDD werden von der WHO für die Untersuchung des Arzneimittelverbrauchs auf der Grundlage der in der Hauptindikation verwendeten Dosis bei Erwachsenen definiert (11). Die Berechnung der Anzahl der DDD, die pro Bewohner-in in einem Jahr verbraucht werden, ermöglicht es, die Höhe der verwendeten Gesamtdosis zwischen verschiedenen Medikamenten oder Medikamentenklassen zu vergleichen. Beispielsweise kann so die Verwendung von 3 Gramm Paracetamol und 1,2 Gramm Ibuprofen verglichen werden. Ausserdem kann eine jährliche DDD von 182,5 eine Behandlung von einem Jahr mit der halben Standarddosis oder von sechs Monaten mit der vollen Dosis darstellen.

Die Verwendung der Daten zum Zweck der Bewertung der Pflegequalität wird durch das kantonale Datenschutzgesetz geregelt (12). Während Daten über den Medikamentenverbrauch auf der Ebene eines APH nicht als identifizierend gelten, wurden Daten über individuelle MA nur dann in die Analyse einbezogen, wenn eine Zustimmung zu ihrer Übermittlung und Verwendung von der betroffenen Bewohnerin oder dem betroffenen Bewohner oder ihrer oder seiner therapeutischen Vertreterin oder ihrem oder seinem therapeutischen Vertreter im Falle der Urteilsunfähigkeit unterzeichnet wurde.

Implementierte Vorschläge zur «Entverschreibung» und ihre Auswirkungen in den teilnehmenden Freiburger APH im Jahr 2024

Die wiedergegebenen Vorschläge stammen aus den QZ- und MA-Leistungen, die im Jahr 2024 durchgeführt und von den Apothekerinnen und Apothekern auf der SID-Plattform dokumentiert wurden. Der Verlauf der validierten Vorschläge nach einer MA wird von den überweisenden Krankenpflegern oder Krankenpflegerinnen hinsichtlich ihrer klinischen, organisatorischen oder wirtschaftlichen Auswirkungen nach 4 Monaten Nachverfolgung dokumentiert. Die Auswirkungen der QZ, die durch die Bewertung der Erreichung der nach 12 Monaten festgelegten Ziele zur Verringerung der Verschreibung gemessen werden, werden Gegenstand des nächsten Berichts sein.

Ergebnisse und Diskussion

Im Kanton Freiburg durchgeführte Aktivitäten zur «Entverschreibung» im Jahr 2024

Im Jahr 2024 waren 15 Freiburger APH in das Pilot-Projekt Simple integriert. Von diesen hielten elf im Laufe des Jahres 2024 eine QZ-Sitzung ab und sechs APH führten MA durch. Nur zwei APH führten beide Interventionen durch.

Die maximale Anzahl von MA, die 10% der Bewohnerinnen und Bewohner entspricht, wurde von vier dieser sechs APH durchgeführt. Insgesamt wurden 37 MA durchgeführt, d.h. durchschnittlich sechs MA pro Heim.

Was die Teilnahme an den Schulungen betrifft, so haben 20 Apothekerinnen und Apotheker (17 aus der Romandie und 3 aus dem deutschsprachigen Raum) das E-Learning zum QZ absolviert, seit es am 1. März 2024 für die französische Version und am 1. November 2024 für die deutsche Version online gestellt wurde. 15 Apothekerinnen und Apotheker nahmen an den dreitägigen Präsenzs Schulungen über MA teil, 14 davon in der ersten Sitzung am 30. Januar, 6. und 27. Februar 2024 und einer in der zweiten Sitzung am 29. Oktober, 7. November und 3. Dezember 2024.

Medikamentenverbrauch 2023 der Freiburger APH, die 2024 einen QZ durchgeführt haben

Zur Erinnerung: Der analysierte Medikamentenverbrauch ist derjenige der elf APH, die im Laufe des Jahres 2024 eine QZ-Sitzung abgehalten haben. Diese umfassen insgesamt 697 Betten für Langzeitaufenthalte.

Psychopharmaka stellen 2023 in den elf Freiburger APH, die einen QZ durchgeführt haben, die am häufigsten verschriebene Kategorie von PIM dar (vgl. Abbildung 5). Tatsächlich erhielten im Durchschnitt zwei Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner eine Verschreibung von Schlaftabletten, 60% eine Verschreibung von Antidepressiva und 45% eine Verschreibung von Antipsychotika. Es ist jedoch anzumerken, dass die verwendeten Dosen von Antipsychotika relativ gering waren (siehe Abbildung 6). Protonenpumpenhemmer (PPI) sind mit einem FP von 52% eine ebenfalls häufig verordnete Klasse. Unter den Arzneimitteln mit hohem Risiko für anticholinerge Nebenwirkungen (13), war Quetiapin im Jahr 2023 das am häufigsten verschriebene Molekül (FP von 20 %).

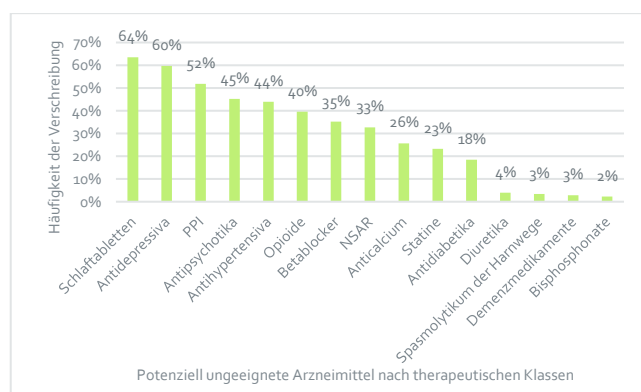


Abbildung 5 Verschreibungshäufigkeit der wichtigsten Klassen potenziell ungeeigneter Medikamente im Jahr 2023 (n = 11 APH)

Antidepressiva sind die Medikamentenklasse mit dem höchsten DDD pro Bewohner-in, nämlich 171, über das gesamte Jahr 2023, gefolgt von Antihypertensiva und PPI (siehe Abbildung 6) mit einer Anzahl von DDD von 136 bzw. 124.

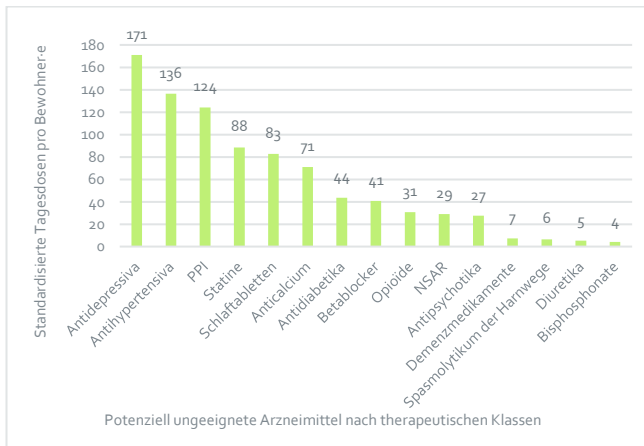


Abbildung 6 Durchschnittliche tägliche Standarddosen von potenziell ungeeigneten Medikamenten pro Bewohner-in im Jahr 2023, nach therapeutischer Klasse (n = 11 APH)

Implementierte Vorschläge zur «Entverschreibung» und ihre Auswirkungen in den teilnehmenden Freiburger APH im Jahr 2024

«Entverschreibung» aus QZ

Die in den QZ-Sitzungen erstellten Konsense zielten auf acht Medikamentenklassen ab (siehe Abbildung 7), wobei insgesamt 29 Strategien zur «Entverschreibung» implementiert wurden.

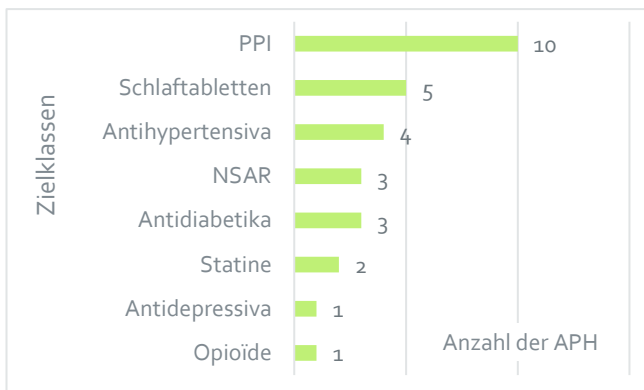


Abbildung 7 Therapeutische Klassen, die vorrangig abzusetzen sind, gemäß den 11 APH, die 2024 einen Qualitätszirkel durchgeführt haben

PPIs waren die therapeutische Klasse, auf die sich der Konsensus zur «Entverschreibung» aus den QZ am meisten konzentrierte. Diese Wahl ist insofern relevant, als es sich um die dritte Klasse mit der höchsten FP und der höchsten Anzahl von DDD pro Bewohner-in im Jahr 2023 in den teilnehmenden APH handelt, während die Indikationen für eine Langzeitbehandlung selten sind. Der durch das Pilot-Projekt Simple-ID vorgegebene Rahmen ermöglicht es, die Überwachung und das Management des Rebound-Effekts infolge Absetzen eines langfristig eingenommenen PPI durch die etablierten Konsense zu formalisieren.

Schlaftabletten sind die zweithäufigste Klasse, für die ein aus einem QZ hervorgegangener Konsensus zur «Entverschreibung» besteht (fünf APH), was angesichts ihrer hohen FP und der Anzahl der DDD in den teilnehmenden APH sowie des grossen Risikos, das sie für eine fragile Bevölkerung darstellen, ebenfalls kohärent erscheint.

In vier bzw. drei APH wurde auch ein Konsensus für blutdrucksenkende und blutzuckersenkende Medikamente erzielt. Die Relevanz der Neubewertung dieser Behandlungen beruht auf dem Prinzip der Senkung der Blutdruck- und Blutzuckerziele bei gebrechlichen Personen, bei denen die Herz-Kreislauf-Prävention weniger wichtig ist als z. B. die Sturzprävention.

Trotz einer hohen FP und einer der höchsten Anzahl an DDD wurden Antidepressiva nur in einem einzigen Konsensus aufgenommen. Diese mangelnde Berücksichtigung kann darauf zurückzuführen sein, dass es den Pflegefachpersonen schwerfällt, diese Art der Behandlung, die bei einer Mehrheit der institutionalisierten Personen gerechtfertigt sein kann, in Frage zu stellen, aber auch auf die geringe Wahrnehmung des Risikos, das mit dieser Medikamentenklasse verbunden ist.

Einige Klassen wie Demenzmedikamente, Anticholinergika oder Bisphosphonate mit einer niedrigen FP wurden verständlicherweise nicht von den QZ angesprochen.

Bevor eine aus einem Konsensus hervorgegangene Massnahme zur «Entverschreibung» umgesetzt werden kann, ist eine individuelle Analyse erforderlich. Die Auswirkungen von QZ können erst dann beurteilt werden, wenn die Daten über den Medikamentenverbrauch in den 12 Monaten nach der QZ-Sitzung vorliegen. Diese Daten werden Unisanté nach und nach zur Verfügung gestellt, um ihre Auswirkungen auf die Verwendung von PIM zu messen. Es sei darauf hingewiesen, dass eine QZ-Sitzung alle neun Monate wiederholt werden kann, mit dem Ziel, drei weitere Klassen von PIM anzusprechen.

In komplexen Fällen in Bezug auf die medikamentöse Behandlung und/oder die klinische Situation erfordert die Beurteilung der Angemessenheit der Medikation bestimmter Bewohnerinnen oder Bewohner die Durchführung von individuellen MA zusätzlich zu den QZ.

Individuelle Medikationsanalysen

Die Rate der aus den 2024 durchgeführten MA in den teilnehmenden freiburgischen APH hervorgegangen Vorschläge, die bestätigt wurden, beträgt 76% (siehe Abbildung 8). Dieser Anteil ist sehr hoch, insbesondere im Vergleich zu den 62%, die in den APH des Kantons Waadt im Jahr 2023 erzielt wurden^a (10). Dieser Unterschied könnte durch eine bessere Qualität und Vollständigkeit der Informationen erklärt werden, die innerhalb des interprofessionellen Teams im Vorfeld der Diskussion des Änderungsplans übermittelt werden, da die Anzahl der Vorschläge, die pro Bewohner oder Bewohnerin in den Freiburger APH im Jahr 2024 gemacht wurden, durchschnittlich 3,9 betrug, gegenüber 5,4 in den APH im Kanton Waadt im Jahr 2023, die von 1 bis 8 reichten.

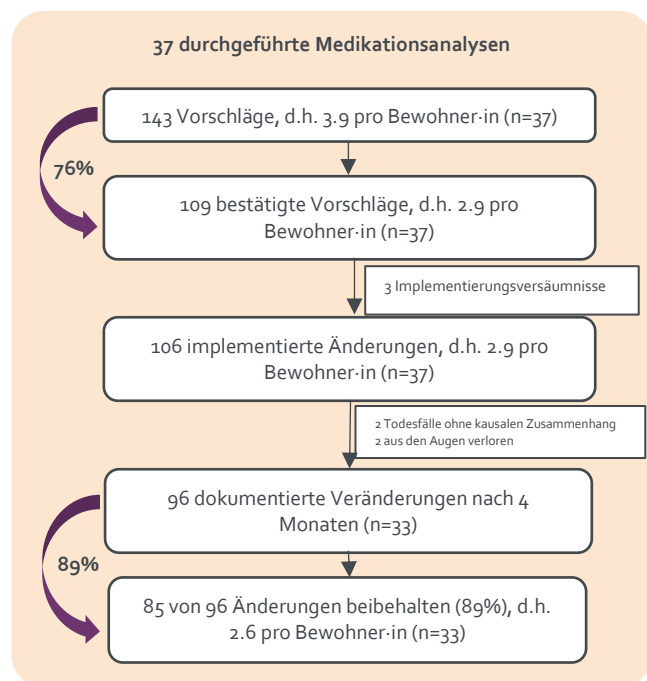


Abbildung 8 Verlauf der Vorschläge und Änderungen, die aus den Medikationsanalysen hervorgegangen sind

Vorschläge zur «Entverschreibung», die das Absetzen von Medikamenten und die Verringerung der Dosis ungeeigneter Medikamente umfassen, machen 78% der im Jahr 2024 implementierten Änderungen aus (siehe Abbildung 9).

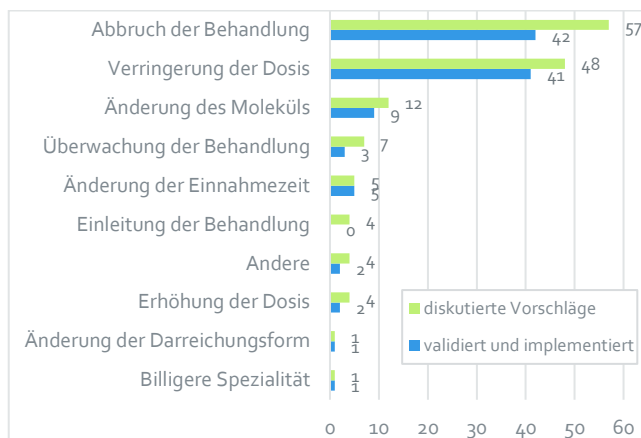


Abbildung 9 Anzahl der diskutierten sowie validierten und implementierten Vorschläge pro Typ im Rahmen der 37 durchgeführten Medikationsanalysen

Die mit den validierten Vorschlägen angestrebten Verbesserungen standen im Zusammenhang mit der Sicherheit der Medikation (60/109 Fälle) und/oder ihrer Wirksamkeit (64/109 Fälle). Die Wirtschaftlichkeit wurde ebenfalls parallel zu den Massnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und/oder Wirksamkeit angestrebt (30/109 Fälle), war aber nur selten der einzige Grund für die Änderung (5/109 Fälle).

Zwei Vorschläge für einen Behandlungsabbruch bei einer Person und ein Vorschlag für einen Molekülwechsel bei einer anderen Person wurden, obwohl sie vom interprofessionellen Team validiert wurden, nicht implementiert, ohne dass ein objektiver Grund dafür dokumentiert worden wäre. Die Implementierungsrate von 98 % kann als aussergewöhnlich angesehen werden, wobei anzumerken ist, dass noch immer nur wenige APH beteiligt sind und dass es sich um die Early Adopters handelt, die grundsätzlich stärker durch den Prozess an sich motiviert sind (14).

Die Anzahl der pro Bewohnerin oder Bewohner implementierten Änderungen in den sechs Freiburger APH, die MA durchgeführt haben, liegt in der gleichen Grössenordnung wie in den 43 Waadtländer APH (2,9 vs. 2,8).

In Tabelle 1 sind die Moleküle aufgeführt, die in der verschriebenen Dosis als unangemessen eingestuft wurden und die entweder abgesetzt oder in der Dosis reduziert wurden, um ihre tatsächlichen oder potenziellen Nebenwirkungen zu verringern. Antipsychotika und Schlaftabletten sind die wichtigsten Klassen, die nach einer MA angestrebt werden, gefolgt von Analgetika, d. h. relativ häufige Klassen von unangemessenen Medikamenten, die wahrscheinlich einen individuelleren Ansatz zur Optimierung der Behandlung erfordern als die Klassen, die im Rahmen der QZ angestrebt werden.

^a Die Zahlen für 2024 für die APH im Kanton Waadt sind bis heute noch nicht bekannt.

ATC2	Aktiver Bestandteil
A01: Stomatologische Zubereitungen	Chlorhexidin
A02: Antazida	pantoprazol (2)
A04: Antiemetika und Antibrechmittel	Scopolamin
A06: Produkte gegen Verstopfung	Natriumlaurylsulfoacetat
A10: Antidiabetika	Empagliflozin, schnelles Insulin*.
A12: Mineralstoffergänzungen	Kalzium, Magnesium*
B01: Antikoagulantien, Thrombozytenaggregationshemmer, Thrombolytika	Acetylsalicylsäure (4)
B03: Antianämika	Folsäure (2)
C05: Vasoprotektoren	diosmine
C07: Betablocker	Bisoprolol
C09: Stoffe, die auf das Renin-Angiotensin-System wirken	Lisinopril
C10: Mittel, die den Lipidstoffwechsel verändern	Atorvastatin
D01: Antimykotika in der Dermatologie	Undecylensäure
D11: Andere dermatologische Zubereitungen	Finasterid
G03: Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems	tibolone
G04: Urologische Medikamente	Mirabegron, Tamsulosin
M01: Entzündungshemmende und antirheumatische Mittel	Ibuprofen
No2: Analgetika	Metamizol, Paracetamol (2 davon 1*), Pregabalin (2 davon 1*), Tramadol*.
No5: Psycholeptika	Clomethiazol, Haloperidol (3), Lorazepam, Melatonin, Quetiapin*, Zolpidem*.
No6: Psychoanaleptika	Escitalopram*, Trazodone*, Vortioxetin
R03: Medikamente gegen obstruktive Atemwegssyndrome	Salmeterol und Fluticason
R05: Zubereitungen gegen Husten und Erkältungen	dextromethorphan
Ro6: Systemische Antihistaminika	Bilastin

Jedes Molekül betrifft nur einen Fall, es sei denn, in Klammern ist eine höhere Zahl angegeben. Das Sternchen (*) kennzeichnet Moleküle, bei denen eine Rückkehr zur ursprünglichen Behandlung beschlossen wurde.

Tabelle 1 **Medikamente, die abgesetzt oder deren Dosis verringert wurde**

Die Information, ob die Änderungen der betroffenen Bewohnerin bzw. dem betroffenen Bewohner oder ihrer bzw. seiner therapeutischen Vertretung mitgeteilt wurden, wurde in 87 der 109 validierten Änderungen ausgefüllt, wobei 82 Änderungen mitgeteilt und 5 Änderungen nicht mitgeteilt wurden. Diese Zahlen zeigen eine sehr positive Tendenz hinsichtlich der Integration der Personen in den Prozess, auch wenn man die fehlenden Werte als nicht kommunizierte Vorschläge betrachten muss.

Während der viermonatigen Nachbeobachtungsphase starben zwei Personen, bei denen die Dosis um einen bzw. vier Wirkstoffe verringert worden war. Das medizinisch-pflegerische Team des betreffenden APH war der Ansicht, dass es keinen kausalen Zusammenhang zwischen den

Dosisreduktionen und den Todesfällen gab. Ein APH, die 2 MA durchgeführt hatte, gab die Informationen nach vier Monaten nicht an. Somit betrifft die Analyse der 4-Monats-Daten 33 Bewohnende.

Wie in Abbildung 8 dargestellt, wurden 89% der dokumentierten Änderungen nach vier Monaten beibehalten.

So wurden 11 Änderungen nach 4 Monaten nicht beibehalten. Sie betrafen 5 Absetzungen und 3 Dosisreduzierungen (Moleküle, die in Tabelle 1 mit einem Sternchen gekennzeichnet sind), 2 Dosissteigerungen und 1 Molekülwechsel.

Tabelle 2 zeigt die klinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen nach vier Monaten, die von den betreuenden Pflegefachpersonen definiert wurden. Da die verwendete Skala einfach sein sollte, waren nur die Optionen positiv, neutral und ablehnend möglich.

	Klinische Auswirkungen	Wirtschaftliche Auswirkungen
Abbruch der Behandlung (38)		
Positiv	17	25
Neutral	21	13
Molekülwechsel (7)		
Positiv	4	2
Neutral	3	3
Ablehnend	0	2
Änderung der Einnahmezeit (5)		
Positiv	4	0
Neutral	1	5
Verringerung der Dosis (32)		
Positiv	18	24
Neutral	11	5
Ablehnend	2	2
Fehlender Wert	1	1
Billigere Spezialität (1)		
Positiv	1	1
Überwachung der Behandlung (2)		
Positiv	1	0
Neutral	1	1
Ablehnend	0	1

Tabelle 2 **Bewertung der klinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen der nach 4 Monaten beibehaltenen Änderungen**

Die klinischen Auswirkungen wurden in der Mehrheit der Fälle als positiv bewertet. Bemerkenswert ist, dass 21 von 38 Behandlungsabbrüchen als neutral bewertet wurden, was zeigt, dass die «Entverschreibung» keine direkten klinischen Auswirkungen hatte, während sie gleichzeitig die Medikamentenbelastung und das Risiko von Nebenwirkungen verringerte.

Zwei Dosisreduktionen wurden von den betreffenden betreuenden Pflegefachpersonen als negativ bewertet. Im ersten Fall wurde nach Absetzen von Fluoxetin ein Zustand

von Unruhe und verbaler Aggression gemeldet, während der behandelnde Arzt eher davon ausging, dass dies mit einem Schmerzzustand zusammenhing, den er gesondert zu behandeln beschloss; im zweiten Fall ging es um eine Reduzierung von Paracetamol in der Grundbehandlung, die durch den Rückgriff auf Reservedosen ausgeglichen wurde.

Die wirtschaftlichen Auswirkungen wurden überwiegend als günstig eingestuft, insbesondere in den Fällen, in denen eine Entverschreibung erfolgte (49 von 70 Fällen). Die fünf Fälle, in denen die wirtschaftlichen Auswirkungen als ungünstig eingestuft wurden, betrafen einen Molekülwechsel (2), eine Dosisverringerung (2) und eine Überwachung der Behandlung, da die neue Behandlung teurer war als die vorherige und/oder Laboruntersuchungen im Zusammenhang mit den vorgenommenen Änderungen angeordnet wurden.

Die Bewertung der organisatorischen Auswirkungen erwies sich als nicht schlüssig. Nur in 42 von 85 Fällen wurde eine Punktzahl angegeben, wobei die organisatorischen Auswirkungen in all diesen Fällen als neutral bezeichnet wurden, mit einer Ausnahme, die als positiv eingestuft wurde. Wenn man sich jedoch die angefügten Detailinformationen ansieht, wird mehrfach darauf hingewiesen, dass das Richten von Medikamenten vereinfacht wird, was Zeit spart und das Risiko von Fehlern verringert. Auch die Vereinfachung des elektronischen Bewohnerdossiers wird mehrfach erwähnt.

Insgesamt muss die Unterstützung für die Dokumentation und die 4-Monats-Bewertung in den kommenden MA verstärkt werden.

Ausblick auf 2025

Die Initiierung des Pilot-Projekts, die Kommunikation, die administrativen Aspekte, die Schulung der Apothekerinnen und Apotheker, die Fertigstellung der SID-Plattform und der Rechnungsstellungsprozess erforderten ein grosses Engagement der kantonalen Partner, der interprofessionellen Teams vor Ort und des Projektteams. Die erstgenannte Leistung fand schliesslich im Mai 2024 statt.

Die in diesem ersten Projektjahr erbrachten Leistungen waren zahlreich und wurden in Übereinstimmung mit den von den Freiburger APH vorgeschlagenen Prozessen durchgeführt, die interprofessionellen Teams integrierend, die von den neuen Ansätzen im Gesundheitswesen motiviert sind. Als *early adopters* oder Erstanwender bezeichnet (14), werden sich diesen APH in den Jahren 2025 und 2026 weitere anschliessen, vielleicht mit einer gewissen Verzögerung. Daher müssen erhebliche Anstrengungen in Bezug auf die Kommunikation und die Unterstützung der Implementierung unternommen werden, insbesondere durch die Nutzbarmachung des Erfahrungsaustauschs der Early Adopters.

Die Ausbildung zur Durchführung von MA wird im späten Frühjahr 2025 zum ersten Mal in deutscher Sprache angeboten und wird gemeinsam mit der Gruppe für

pharmazeutische Primärversorgung des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Bern (BIHAM) organisiert. Die Ausbildung wurde bereits einer strukturellen Anpassung unterzogen, indem sie von drei Tagen Präsenzunterricht auf ein vorausgehendes E-Learning und zwei Tage Präsenzunterricht umgestellt wurde. Für den Herbst 2025 ist auch eine Durchführung in französischer Sprache geplant.

Zu beachten ist, dass die Einführung in den deutschsprachigen APH nicht ohne spezifische Herausforderungen einhergeht. Kulturell ist die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern in der Deutschschweiz weniger verankert, was sich durch eine andere Organisation des Systems der Grundversorgung erklären lässt. Die in der Westschweiz punktuelle, in der Deutschschweiz jedoch weit verbreitete ärztliche Dispensation von Medikamenten fördert die Zusammenarbeit nicht und verringert tendenziell die Zahl der Apotheken und damit die Verfügbarkeit von Apothekerinnen und Apothekern, die pharmazeutische Dienstleistungen im Zusammenhang mit rezeptpflichtigen Medikamenten erbringen.

Im ersten Quartal 2025 wurde eine Umfrage zur Zufriedenheit der vor Ort tätigen Gesundheitsfachkräfte durchgeführt, um die bestehenden Umsetzungsstrategien zu verfeinern, bestimmte Indikatoren zu messen und möglicherweise neuen Unterstützungsbedarf zu ermitteln.

Die Erhebung von Rückmeldungen der Bewohnenden oder ihren Vertreterinnen und Vertretern wurde ebenfalls im ersten Quartal 2025 begonnen. Ziel ist es, ihre Erfahrungen mit der «Entverschreibung», ihre Integration in den Prozess und die wahrgenommenen Auswirkungen auf ihre Lebensqualität zu bewerten.

Schliesslich stand die Interprofessionalität in APH erneut im Mittelpunkt des 17. Symposiums, das am 15. Mai 2025 stattfand und sich hauptsächlich mit Medikamenten und der Gebrechlichkeit von Bewohnerinnen und Bewohnern befasste.

Schlussfolgerung

Neben der Initiierung des Pilot-Projekts Simple-ID in den APH des Kantons Freiburg markiert das vergangene Jahr die Reaktivierung einer ehrgeizigeren pharmazeutischen Betreuung in APH, welche die Interprofessionalität mit dem klaren Ziel stärkt, die Qualität der Verschreibung zu verbessern und die medikamentöse iatrogene Schädigung zu verringern. Obwohl die Bemühungen um die Verbreitung und Aufrechterhaltung der Interventionen zur «Entverschreibung» nach wie vor gross sind, sind die bislang erzielten Ergebnisse ermutigend.

Abkürzungsverzeichnis

APH: Alters- und Pflegeheim ; DDD: Defined Daily Dose ; FP: Verschreibungshäufigkeit ; MA: Medikationsanalyse ; NSAR: Nicht-steroidale entzündungshemmende Medikamente ; PIM: Potenziell ungeeignete Medikamente ; PPI: Protonenpumpenhemmer ; QZ : Qualitätszirkel

Danksagungen

Wir möchten uns herzlich bei den Pflgeteams, Ärzten und Bezugsapotheken der Pflegeheime bedanken, die derzeit an dem Projekt beteiligt sind: Foyer La Rose des Vents in Broc, Foyer St Germain in Gruyères, Foyer St Joseph in La Roche, Foyer de Bouleyres in Bulle, Maison Bourgeoiale in Bulle, Home de la vallée de l'Intyamon in Villars-sous-Mont, Home du Gibloux in Farvagny, Home Vallée de la Jogne in Charmey, Les Bonnefontaines - Résidence Bourgeoiale in Freiburg, RSSBF - Les Fauvettes in Montagny-la-Ville, RSSBF - Les Lilas in Domdidier , RSSBF - Les Mouettes in Estavayer-le-Lac, Résidence Les Martinets in Villars-sur-Glâne, Résidence St Martin in Cottens, Villa Beausite in Freiburg.

Die Autorinnen und Autoren möchten auch den Mitgliedern des Lenkungsausschusses des Projekts für ihre zahlreichen Beiträge danken: S. Maillard, C. Bertelletto Küng, J. de Mooij, S. Berner, S. Zurcher.

Dank auch an A. Bourdin für sein aufmerksames Korrekturlesen.

Referenzen

1. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Medizinische Qualitätsindikatoren [cited 2025 May 25]. Available from: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-pflegeheimen/medizinische-qualitaetsindikatoren.html>.
2. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):230.
3. Unisanté. Nachhaltige Implementierung von interprofessionellen Diensten zur Rezeptentfernung für Bewohner von Pflegeheimen in verschiedenen Kantonen - Pilot-Projekt Simple-ID [cited 2025 May 25]. Available from: <https://www.unisante.ch/fr/formation-recherche/recherche/projets-etudes/mise-oeuvre-durable-services-interprofessionnels>.
4. Schweizerischer Nationalfonds (SNF). Projektsuche: Opportunities and limits of deprescribing for older people in nursing homes (OLD-NH) [cited 2025 May 25]. Available from: <https://data.snf.ch/grants/grant/167509>.
5. Cateau D, Bugnon O, Niquille A. Evolution of potentially inappropriate medication use in nursing homes: Retrospective analysis of drug consumption data. *Res Social Adm Pharm*. 2021;17(4):701-706.
6. Unisanté. SimpleID [cited 2025 May 25]. Available from: <https://simpleid.unisante.ch/>.

7. PharmIndex. HCI Solutions: Zuverlässige Stammdaten- und Medikations-lösungen für Apotheken [cited 2025 May 23]. Available from: <https://www.hcisolutions.ch/fr/produits/index/pharmindex.php>.
8. Nyborg G, Straand J, Klovning A, Brekke M. The Norwegian General Practice-Nursing Home criteria (NORGE-P-NH) for potentially inappropriate medication use: A web-based Delphi study. *Scand J Prim Health Care*. 2015;33(2):134-41.
9. By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2023;71(7):2052-2081.
10. Unisanté. Pharmazeutische Unterstützung in Alters- und Pflegeheim im Kanton Waadt – Tätigkeitsbericht 2023. Lausanne: Unisanté; 2024.
11. Norwegian Institute of Public Health, WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. International language for drug utilization research [cited 2025 May 25]. Available from: <https://atcddd.fhi.no>.
12. Gesetz über den Datenschutz (DSchG) vom 12.10.2023. Staat Freiburg [cited 2025 May 25]. Available from: https://bdlf.fr.ch/app/fr/texts_of_law/17.1.
13. Csajka C, Bremond C, Lang PO. Détecter et évaluer l'impact des médicaments anticholinergiques [Erkennen und Bewerten der Auswirkungen von Anticholinergika]. *Rev Médicale Suisse*. 2017;13(582):1931-7.
14. Rogers EM. Diffusion of innovations. 3. ed. New York, NY: Free Press [u.a.]; 1983.

Vorgeschlagenes Zitat

Charnaux L., Macé F., Simic G., Oliveira Gomes F., Troxler S., Baechler T., Cateau D., Niquille A. Pilot-Projekt Simple-ID in den Pflegeheimen des Kantons Freiburg - Tätigkeitsbericht und Ergebnisse 2024. Lausanne, Unisanté - Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2025 (Raisons de Santé: Les Essentiels 63) <https://doi.org/10.16908/rds-essentiels/63>