

---

## Faktenblatt «Medikamentenversorgung in Pflegeheimen»

---

Das Faktenblatt «Medikamentenversorgung in Pflegeheimen» bietet einen Überblick zu den Themen «Verordnung und Verschreibung», «Verabreichung und Umgang mit Medikamenten durch Pflegende», «Nichtmedikamentöse Dimension von Pflege und Betreuung» sowie zu den in der Schweiz aktuellen Forschungs- und Umsetzungsprojekten in den Bereichen potentiell inadäquate Medikation und Polypharmazie.

### 1. Verordnung und Verschreibung

*Autorinnen: Martine Ruggli und Anja Schmutz, pharmaSuisse*

#### Gesetze, Richtlinien und Standards

Die Organisationsformen der Medikamentenversorgung in der Langzeitpflege sind unter der Verantwortung der Kantone. Es gibt keine klare Übersicht (kantonal, eidgenössisch) zur Gesetzgebung bezüglich der Medikamente und der Versorgungssysteme. Das Heilmittelgesetz, das Betäubungsmittel-Gesetz und entsprechende Verordnungen sowie die Arzneimittel-Bewilligungsverordnung sind die gültigen Rechtsgrundlagen in der Langzeitpflege. Zusätzlich sind die kantonalen Gesundheitsgesetze und Verordnungen Teil der rechtlichen Grundlage. Zudem gibt es verschiedene Empfehlungen zur Sicherstellung der richtigen Medikationsversorgung und sicheren Medikation wie beispielsweise «Regeln der guten Abgabepaxis für Heilmittel der Kantonsapothekervereinigung Schweiz» (KAV, 2009), «Richtlinien für in Alters- und Pflegeheim tätige Ärztinnen und Ärzte» der Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG, 2013) oder die vom Kanton Wallis herausgegebene «Richtlinien der Dienststelle für Gesundheitswesen zur Handhabung von Arzneimitteln in Institutionen» (Kanton Wallis, 2017).

In der Mehrheit der Kantone wird in der Langzeitpflege das klassische ambulante System angewendet: Der Arzt verschreibt die Medikamente und das Heim wird entweder durch eine öffentliche Apotheke, die Spitalapotheker oder direkt durch den Selbstdispensation-Arzt (SD-Arzt) beliefert. Das Heim besitzt keine Detailhandelsbewilligung und hat entsprechend auch keine Heimapotheker. Jeder Bewohner hat seinen eigenen Arzt, der individuell Rezepte ausstellt. Die Abrechnung findet durch die Apotheke (nach «leistungsorientierter Abgeltung» - LOA) oder den selbstdispensierenden Arzt je nach individuellem Versicherungsvertrag des Patienten statt.

In anderen Kantonen gibt es in einigen oder in allen Pflegeheimen die sogenannte «Spitalform». Diese Heime besitzen eine Detailhandelsbewilligung und unterliegen der Aufsichtspflicht der kantonalen Behörden (Heilmittelkontrolle). Die Belieferung erfolgt direkt durch Grossisten, pharmazeutische Industrie, Apotheken, Spitäler oder Verkaufszentralen. Auch die Verrechnung der Medikamente läuft über das Pflegeheim. Die Führung und Leitung der Heimapotheker obliegt einem Apotheker mit anerkanntem Diplom oder einem selbstdispensierenden Arzt.

## Sicherheit

Die Komplexität und der Umfang der Therapiepläne bringt auch das Pflegepersonal an eine Grenze. Im Jahr 2016 erhielt *Tox Info Suisse* 500 Anrufe aus Pflegeheimen. Meist ging es dabei um die Verwechslung von Medikamenten oder um falsche Dosierungen (Alder, 2017). Die Medikationssicherheit in der Langzeitpflege wird in verschiedenen Kontexten angegangen. Neue Studien zeigen, dass eine «Medication review» durch den Apotheker einen wesentlichen Impact auf verschiedene Gesundheitsparameter wie zum Beispiel die Spital-Einweisung besonders bei älteren Patienten mit höheren Risiken hat (Leendertse et al, 2013).

In den Kantonen Freiburg, Wallis und Waadt findet eine innovative Zusammenarbeit zwischen Pflegefachfrauen, Ärzten und Apothekern schon seit Jahren statt. Mit dieser Zusammenarbeit konnte nicht nur eine bedeutende Auswirkung auf die Kosten nachgewiesen werden, sondern sie ermöglicht auch eine Thematisierung der Aspekte der Sicherheit und Wirksamkeit von Therapien. Der für die Einrichtung zuständige Apotheker analysiert den Jahresverbrauch der Medikamente im Heim und formuliert in einem jährlichen Bericht Empfehlungen zur Verbesserung der Therapien. Dies dient als Grundlage für die Organisation von interprofessionellen Qualitätszirkeln mit Vertretern aller drei Berufe, um die Sicherheit und Wirksamkeit der Therapien innerhalb der Einrichtung zu verbessern. Diese kantonalen Projekte erlauben auch die Organisation von interprofessionellen Fortbildungstagen, die es ermöglichen, spezifische Empfehlungen weiterzugeben und umzusetzen und damit die Qualität von Therapien zu verbessern. Zum Beispiel die Weitergabe von Guidelines für Pharmakotherapien zur Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen oder Demenz (Locca et al, 2008). Das Nationalfondsprojekt «Optimierung der Medikation in Alters- und Pflegeheimen» will noch weitergehen und feststellen, ob die Medikationsreduktion in diesen Einrichtungen möglich ist und für die komplexesten Fälle individuelle Medikationsprüfungen anbieten (NFP, 2017).

Zahlreiche Heime beschliessen, zur Verbesserung der Therapien die Vorbereitung der Wochen-Dosiersysteme für Medikamente extern zu vergeben. Im Arzneimittelmanagement ist das Fehlerpotenzial in mehreren Etappen gegeben: Verschreibung, Übertragen der Verordnung, Vorbereitung, Verabreichung an den Patienten. Das grösste Risiko besteht im Bereich der Verschreibung und der Übertragung der Verordnung in das Patientendossier durch das Pflegepersonal sowie später im Bereich der Verabreichung an den Patienten (Barber et al, 2009).

Eine substanzielle Anzahl Fehler kann vermieden werden, wenn der Arzt die Medikation direkt elektronisch im Patientendossier erfasst, wodurch natürlich keine Übertragungsfehler durch das Personal entstehen können. Ein gemeinsam genutztes pharmazeutisches Dossier ermöglicht dem Apotheker zu überprüfen, ob die Therapien adäquat sind. Zudem ermöglicht es auch – wenn gewünscht –, die Vorbereitung der Wochen-Dosiersysteme extern zu vergeben. Zahlreiche teilweise oder vollständig automatisierte Systeme sind schon jetzt verfügbar.

Vollständig automatisierte Systeme ermöglichen die Vermeidung von beinahe 100 Prozent aller Fehler bei der Vorbereitung von Medikamenten. Sie haben jedoch einen entscheidenden Nachteil: Sie bieten kaum Flexibilität, wenn eine Therapie an einem anderen Tag als dem, an dem das Wochen-Dosiersystem vorbereitet wird, geändert wird.

## Polypharmazie

Polypharmazie ist in der Literatur definiert als Langzeiteinnahme von mehr als vier Medikamenten. Besonders geriatrische Patienten sind davon betroffen, denn mit fortschreitendem Alter nimmt, parallel zur Multimorbidität, auch die Polypharmazie zu (Neuner-Jehle, 2016). Ab einem Alter von 60 Jahren leiden 50 Prozent der Bevölkerung an mindestens drei chronischen Erkrankungen, bei 20 Prozent sind es sogar fünf oder mehr Komorbiditäten (Boudon et al, 2017). Ein hypothetischer Fall hat aufgezeigt, dass die Guideline-konforme Therapie einer geriatrischen Patientin mit fünf alterstypischen Erkrankungen zur Einnahme von 12 verschiedenen Medikamenten führt (Breil, 2016). Mit der steigenden Anzahl Medikamente nimmt die Anzahl potentieller Interaktionen exponentiell zu. Jedes zusätzliche Medikament erhöht das Risiko um 8.6 Prozent, an unerwünschten Nebenwirkungen zu leiden (Viktil, 2007).

In Alters- und Pflegeheimen nehmen die Bewohner im Durchschnitt 12.8 Medikamente pro Tag ein, wobei die Spannweite zwischen 2 und 27 Medikamente pro Tag betragen kann (Rodondi & Nanchen, 2016). Gründe dafür sind: (1) neben der Multimorbidität, beispielsweise (2) Verschreibungskaskaden, wobei gegen Nebenwirkungen bestehender Therapien wieder neue Medikamente eingesetzt werden (Locca, et al, 2008): (3) Verschreibungen gegen akute Pathologien, welche häufig über die akute Phase hinaus weitergeführt werden (Leendertse, 2013) und auch (4) die zunehmenden pharmakologischen Möglichkeiten in der Primär- und Sekundärprävention (Haefeli, 2011).

## Potentiell inadäquate Medikation (PIM)

Geriatrische Patienten sind aufgrund von physiologischen Veränderungen besonders anfällig für medikamenten-assoziierte Probleme. Die Abnahme der Nierenfunktion kann beispielsweise zu einer erhöhten Wirkstoffkonzentration im Körper und entsprechend zu mehr Nebenwirkungen und Interaktionen führen. Um die Medikationssicherheit bei geriatrischen Patienten zu verbessern, wurden Listen mit potentiell inadäquaten Medikationen (PIM) erstellt (Holt, 2010). Die Priscus-Liste (Deutschland) und die BEERS-Liste (USA) beinhalten Arzneimittel, die bei geriatrischen Patienten vermieden werden sollen. Es gibt weitere Listen wie zum Beispiel die Liste NORGEP-H (Norwegen) oder die Kriterien START/STOP (Irland). Inadäquate Arzneimittel weisen ein negatives Nutzen-Risiko-Profil auf und sollten durch besser verträgliche Alternativen ersetzt werden. Die Verschreibung von potentiell inadäquaten Medikamenten kann gravierende Konsequenzen haben. Zu den Symptomen der Nebenwirkungen gehören unter anderem kognitive Störungen, Verwirrtheit und Schwindel.

Eine retrospektive Studie, die mit Daten der Helsana-Datenbank durchgeführt wurde, hat gezeigt, dass 22.5 Prozent der ambulanten Patienten älter als 65 Jahre mindestens ein PIM verschrieben wurde (Reich et al, 2014). In Alters- und Pflegeheimen muss davon ausgegangen werden, dass diese Zahl noch höher ist.

Die potentiell inadäquaten Verschreibungen gelten, neben der Polypharmazie, als Hauptrisikofaktoren für medikamentenassoziierte Probleme (Leendertse et al, 2013). Sie können ausserdem die Mortalität und Morbidität erhöhen und die Kosten im Gesundheitswesen entsprechend negativ beeinflussen (Breil, 2016). Es wird vermutet, dass 20 Prozent der vermeidbaren Kosten im Gesundheitswesen durch Überbehandlung entstehen (Barber, 2009).

## 2. Verabreichung und Umgang mit Medikamenten durch Pflegende

Autorin: Marianne Geiser, CURAVIVA Schweiz

### 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.

In der «[HR BOX](#)» von CURAVIVA Schweiz sind im Factsheet «[Kompetenzen](#)» die Quellen und die detaillierten Angaben zu den Qualifikationsprofilen, Handlungskompetenzen, Vergleiche und Gegenüberstellungen verschiedener Berufe und eine Tabelle zur Aufgabenzuteilung und zu medizintechnischen Verrichtungen zu finden (CURAVIVA Schweiz, 2017a).

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 anerkannten 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.

In der «[HR BOX](#)» von CURAVIVA Schweiz sind im Factsheet «[Kompetenzerweiterung](#)» viele detaillierte Angaben zum Thema dokumentiert (CURAVIVA Schweiz, 2017b).

## Verwechslungen vermeiden

Verwechslungen sind unbedingt zu vermeiden, daher empfiehlt CURAVIVA Schweiz immer die **5-R-Regel, respektive 6 R Regel** beim Richten, Verteilen und beim Verabreichen von Medikamenten anzuwenden:

1. Richtiger Patient / richtige Person
2. Richtiges Arzneimittel
3. Richtige Dosierung (oder Konzentration)
4. Richtige Applikation (auch Applikationsart)
5. Richtige Zeit (richtiger Zeitpunkt)
6. Richtige Dokumentation

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

Für den Umgang mit Medikamenten bestehen in Alters- und Pflegeheimen 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 Abgabepaxis für Heilmittel der Kantonsapothekervereinigung.

## 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

*Autorin: Anna Jörger, CURAVIVA Schweiz*

Die Pflege und Betreuung von Menschen mit Unterstützungsbedarf in Alters- und Pflegeinstitutionen ist eng verbunden mit der Erhaltung und Förderung der individuellen Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner. CURAVIVA Schweiz 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 Ansätze und Therapieformen 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 Bewohnerinnen und Bewohner stimulieren.

Das Verfolgen nichtmedikamentöser Ansätze und der Einsatz nichtmedikamentöser Therapien ist auch für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung von grosser Bedeutung: Die Demenzerkrankung beeinträchtigt einerseits die kognitiven Fähigkeiten, andererseits das Erleben und Verhalten. Bei letztgenanntem Aspekt wird auch von «herausforderndem Verhalten» (nichtkognitive Symptome) gesprochen. Angst, Depression oder Aggression sind entsprechende Beispiele. Der Einsatz von nicht-medikamentösen Ansätzen als prioritäre Massnahmen im Umgang mit nichtkognitiven Symptomen ist in der Fachwelt allgemein anerkannt. Für die Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz sind die oben bereits erwähnten Beispiele nichtmedikamentöser Ansätze und Therapien ebenfalls relevant. Hinzu kommen weitere, spezifische Ansätze und Therapieformen, etwa die basale Stimulation (Snoezelen), die Validation oder die Biografiearbeit. Die Fachbereiche Menschen im Alter und Erwachsene Menschen mit Behinderung von CURAVIVA Schweiz erarbeiten zusammen mit INSOS Schweiz im Rahmen der Umsetzung der Nationalen Strategie eine Übersicht zu den wichtigsten Ansätzen, Modellen und Konzepten zur Betreuung von Menschen mit Demenz in den Schweizer Institutionen. Das Ergebnis wird Ende 2017 auf der Website von CURAVIVA Schweiz als Informationsangebot («Demenz-Box») zur Verfügung stehen.

## 4. Forschungs- und Umsetzungsprojekte

### Medizinische Qualitätsindikatoren

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ist gesetzlich verpflichtet, medizinische Qualitätsindikatoren zu publizieren (Krankenversicherungsgesetz KVG, Art. 58-59). Geplant ist, dass ab 2019 in allen Pflegeheimen der Schweiz vier [medizinische Qualitätsindikatoren](#) erhoben werden (Gewichtsverlust, bewegungseinschränkende Massnahmen, Medikation/Wirkstoffe, Schmerz). CURAVIVA Schweiz war als Teil eines interdisziplinären Ausschusses bei deren Erarbeitung massgeblich involviert. Ab 2020 werden diese mit der «Statistik der sozialmedizinischen Institutionen» (SOMED) erfasst und anschliessend durch das BAG publiziert, also auch der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Erhoben wird zukünftig beim Indikator «Medikation/Wirkstoffe» der prozentuale Anteil an Bewohner/innen, die in den letzten 7 Tagen 9 und mehr Wirkstoffe einnahmen (CURAVIVA Schweiz, 2017c).

### Programme «Sichere Medikation» von Patientensicherheit Schweiz

Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz schliesst 2017 das Pilotprogramm «Sichere Medikation an Schnittstellen» (2014-2017) ab. Neu lanciert hat die Stiftung das Pilotprogramm «[Sichere Medikation in Pflegeheimen](#)» (2017-2019), um auch für Pflegeheime praxisnahe Hilfestellungen zu entwickeln, damit die Mehrfach-Medikation reduziert werden kann. CURAVIVA Schweiz ist im Pilotprogramm zur Medikation in Pflegeheimen in der Steuergruppe, der Fachbereich Alter in der Fachbegleitgruppe mit Fachpersonen aus Pflegeheimen vertreten. CURAVIVA Schweiz unterstützt zudem die von Patientensicherheit für den Herbst 2017 geplante Online-Befragung der Schweizer Pflegeheime. Durch die Befragung sollen bestehende Lösungsansätze, der Handlungsbedarf sowie Daten für die Schweiz ermittelt werden. Die Resultate sollen einen Überblick über die Medikationsprozesse in den Pflegeheimen schaffen und als Grundlage für die Entwicklung von Empfehlungen dienen.

### Nationales Forschungsprogramm «Gesundheitsversorgung» (NFP 74)

Das NFP 74 Gesundheitsversorgung will Erkenntnisse über die Struktur und Verwendung der Schweizer Gesundheitsversorgung gewinnen, um die konkreten Herausforderungen in der Behandlung von chronisch Kranken zu bewältigen. Im Rahmen des Forschungsprojekts «[Optimierung der Medikation in Alters- und Pflegeheimen](#)» (Leitung: Prof. Olivier Bugnon - Universitäten Genf und Lausanne) wird ein berufsübergreifendes Zusammenarbeitsmodell für das Deprescribing in Alters- und Pflegeheimen entwickelt. Es wird untersucht, wie sich das Modell auf die Medikation, den Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Betroffenen auswirkt. Weiter werden die finanzielle und organisatorische Machbarkeit und die Akzeptanz seitens der Betroffenen analysiert (SNF, 2017).

## 5. Quellen

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

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.

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

Breil, D. (2016). [Arzneicocktail im Alter: Was macht Sinn?](#) In Prim Hosp Care 2016;16(1):17–20. doi: 10.4414/phc-d.2016.01139.

CURAVIVA Schweiz (2014). [Lebensqualitätskonzeption](#). Für Menschen mit Unterstützungsbedarf. Zugriff am 14.07.2017 unter [www.curaviva.ch](http://www.curaviva.ch).

CURAVIVA Schweiz (2017a). [Kompetenzen](#). Factsheet der «HR-Box» von CURAVIVA Schweiz - Bereich Bildung. Zugriff am 14.07.2017 unter: [www.curaviva.ch](http://www.curaviva.ch).

CURAVIVA Schweiz (2017b). [Kompetenzerweiterung](#). Factsheet der «HR-Box» von CURAVIVA Schweiz - Bereich Bildung. Zugriff am 14.07.2017 unter: [www.curaviva.ch](http://www.curaviva.ch).

CURAVIVA Schweiz (2017c). [Medizinische Qualitätsindikatoren](#). Themendossier. online: [www.curaviva.ch/Fachinformationen](http://www.curaviva.ch/Fachinformationen) (-> Qualität / Lebensqualität). Zugriff am 18.08.2017 unter: [www.curaviva.ch](http://www.curaviva.ch).

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

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.

Kanton Wallis (2017). [Richtlinien der Dienststelle für Gesundheitswesen zur Handhabung von Arzneimitteln in Institutionen](#). Hrsg. vom Departement für Gesundheit, Soziales und Kultur Dienststelle für Gesundheitswesen am 15. März 2017. Zugriff am 13.07.2017 unter [www.vs.ch](http://www.vs.ch).

Kantonsapothekervereinigung Schweiz KAV (2009). [Regeln der guten Abgabep Praxis für Heilmittel](#). 14. September 2009, Version 1. Zugriff am 13.07.2017 unter [www.kantonsapotheker.ch](http://www.kantonsapotheker.ch).

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.

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.

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

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.

Rodondi, N., Nanchen, D. (2016). [Peut-on réduire la polypharmacie chez les patients multimorbides?](#) In Rev Med Suisse 2016; volume 12. 427-428.

Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG (2013). [Richtlinien für in Alters- und Pflegeheim tätige Ärztinnen und Ärzte](#). Zugriff am 13.07.2017 unter [www.sfgg.ch](http://www.sfgg.ch).

Schweizerischer Nationalfonds SNF (2017). [Optimierung der Medikation in Alters- und Pflegeheimen](#). Forschungsprojekt im Rahmen des NFP 74 «Gesundheitsversorgung». Zugriff am 13.07.2017 unter [www.nfp74.ch](http://www.nfp74.ch).

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.

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

**Herausgeberin**

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

**Autorinnen**

- Martine Ruggli, Apothekerin - Leiterin Interprofessionelle Zusammenarbeit, pharmaSuisse
- Anja Schmutz, Apothekerin - Abteilung Interprofessionelle Zusammenarbeit, pharmaSuisse
- Marianne Geiser, Ressortleiterin HR Pflege und Betreuung - Geschäftsbereich Bildung, CURAVIVA Schweiz
- Anna Jörger, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Fachbereich Menschen im Alter, CURAVIVA Schweiz

**Zitierweise**

Ruggli, M., Schmutz, A., Geiser, M., Jörger, A. (2017). Medikamentenversorgung in Pflegeheimen. Hrsg. CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Menschen im Alter, online: [www.curaviva.ch](http://www.curaviva.ch)

© CURAVIVA Schweiz, August 2017