

# Potenziell inadäquate Medikation bei älteren Personen im Kanton Wallis und im kantonalen Vergleich

Nicolas Vallon, Yves Eggli, Anne Niquille, Joachim Marti (Unisanté) unter Mitwirkung von Christophe Bagnoud (Groupe Mutuel)

November 2023

---

## Einleitung

Der Arzneimittelverbrauch in der Schweiz nimmt im Zuge der Alterung der Bevölkerung, der Zunahme chronischer Krankheiten und der Entwicklung und Erweiterung der medikamentösen Optionen zur Behandlung und Vorbeugung von Krankheiten erheblich zu. Immer mehr Patientinnen und Patienten, insbesondere ältere, nehmen täglich mehrere Medikamente ein, was ein erhöhtes Risiko für Wechselwirkungen zwischen Medikamenten, Nebenwirkungen, Medikationsfehler oder Nichtbefolgung der Behandlung mit sich bringt<sup>1</sup>. Die Angemessenheit bestimmter Verschreibungen wird regelmässig hinterfragt und es werden Listen erstellt, um Behandlungen mit einem ungünstigen Risiko-Nutzen-Verhältnis zu identifizieren. Nach den Beers-Kriterien, einer von der American Geriatrics Society veröffentlichten Liste von Medikamenten, die bei der älteren Bevölkerung vermieden werden sollten, wird beispielsweise die Verwendung von Anxiolytika, Sedativa und Hypnotika (Benzodiazepine, z. B. Xanax oder Z-Drugs - wie Zolpidem, die sich chemisch stark von Benzodiazepinen unterscheiden, aber ähnliche Wirkungen haben) für die ältere Bevölkerung nicht empfohlen<sup>2</sup>. Die Schweizerische Gesellschaft für Geriatrie empfiehlt im Rahmen des Programms smarter medicine und ihrer Top-5-Liste der zu vermeidenden Behandlungen: "Verwenden Sie bei älteren Erwachsenen keine Benzodiazepine oder andere sedativ-hypnotische Arzneien als Mittel der ersten Wahl gegen Schlaflosigkeit, Unruhezustände oder Verwirrtheit"<sup>a</sup>. Der Gebrauch von Benzodiazepinen über einen längeren Zeitraum ist besonders besorgniserregend. Denn er ist mit schwerwiegenden Nebenwirkungen verbunden wie Spitalaufenthalten<sup>3</sup>, Tod<sup>4-6</sup>, Abhängigkeit<sup>7, 8</sup>, Knochenbrüchen<sup>9</sup> und erhöhten Gesundheitsausgaben<sup>10, 11 12</sup>. In der Schweiz wird die Prävalenz der Verschreibung dieser Medikamente, d. h. der Anteil der Personen, die im Laufe des Jahres mindestens eine Verschreibung erhalten haben, im Alter von 60 Jahren auf 12.5 % und ab 85 Jahren auf 30 % geschätzt.<sup>13</sup> Ein zweites Beispiel ist der Gebrauch von Schmerzmitteln, der zunimmt<sup>14</sup>. Einige Analgetika

werden nach den Beers-Kriterien für die ältere Bevölkerung nicht empfohlen<sup>2</sup>.

Die Problematik der Verschreibung von potenziell inadäquaten Medikamenten, insbesondere bei der geriatrischen Bevölkerung, ist daher eine grosse Herausforderung für die öffentliche Gesundheit und wirft Fragen zur Qualität der Versorgung und zur Effizienz des Ressourceneinsatzes in unserem Gesundheitssystem auf. Ein erster wichtiger Schritt zur Entwicklung von Strategien und Massnahmen zur Verringerung dieses Phänomens ist die Messung seines Ausmasses. Vor diesem Hintergrund hat der Kanton Wallis Unisanté beauftragt, die Medikamenteneinnahme der älteren Bevölkerung zu untersuchen, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der potenziell inadäquaten Verschreibungen und der Polymedikation und mögliche Unterschiede in der Praxis innerhalb des Kantons und zwischen den Kantonen zu analysieren.

---

<sup>a</sup> <https://www.smartermedicine.ch/de/top-5-listen/geriatrie>

## Daten

Diese Studie basiert auf Rechnungsdaten, die von der Groupe Mutuel für 105'322 Versicherte ab 65 Jahren aus 9 Schweizer Kantonen im Jahr 2019 zur Verfügung gestellt wurden<sup>b</sup>. Rund 15'000 von ihnen wohnten im Wallis (46 % im Unterwallis, 49 % im Mittelwallis und 6 % im Oberwallis). 85 % der Versicherten hatten eine Höchstfranchise von 500 Franken (Tabelle 1).

		N	%
Geschlecht	F	58'564	55,6
	M	46'758	44,4
Alter	65-74	55'040	52,3
	75-89	44'126	41,9
	90+	6'156	5,8
Kanton	Wallis	14'952	14,2
	Unterwallis	6'838	
	Mittelwallis	7'263	
	Oberwallis	851	
	Andere Kantone	90'370	85,8
Franchise	300	56'196	53,4
	500	33'419	31,7
	>500	15'707	14,9
<b>Total</b>		<b>105'322</b>	

**Tabelle 1 Überblick über die Stichprobe**

## Methode

Die Analyse bezog sich auf die hier aufgelisteten Medikamente, mit Schwerpunkt auf zu vermeidende potenziell inadäquate Medikationen (PIM) (Tabelle 2) sowie auf die Verschreibung von Schmerzmitteln (Analgetika und Opioiden). PIMs werden hier nach der Beers-Kriterienliste definiert, die für Personen ab 65 Jahren gilt und nach dem NORGEP-NH-Ansatz, der speziell für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner ab 70 Jahren gilt. Dabei handelt es sich um Medikamente, deren Nachteile die Vorteile überwiegen und die durch alternative, weniger schädliche Therapien ersetzt oder "substituiert" werden könnten.

Die Ergebnisse wurden an die demografische Struktur der Bevölkerung angepasst, um die Kantone vergleichbar zu machen (Standardisierung).

Beschreibung	ATC Codes	Hinweise und Beispiele
Entzündungshemmende und antirheumatische Mittel	M01	NSAR, Ibuprofen oder Celecoxib
Topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen	M02	Diclofenac oder Capsaicin in topischer Form.
Muskelrelaxantien	Untergruppe von M03	Baclofen, Tizanidin, Tolperison, Botulinumtoxin und Suxamethonium.
Analgetika	N02	Paracetamol, Metamizol-Natrium oder Opioiden.
Opioiden	N02A	Tramadol, Morphin oder Fentanyl.
Antiepileptika	Untergruppe von N03	Pregabalin und Gabapentin.
Psycholeptika	N05	Antipsychotika, Anxiolytika und Hypnotika.
Antipsychotika	N05A	Quetiapin oder Lithium.
Benzodiazepine	N03AE, N05BA et N05CD	Diazepam, Clonazepam oder Lorazepam.
Z-Drugs	N05CF	Zopiclon und Zolpidem.
Kategorie "Co-Medikation Benzodiazepin und Opioid"	N02A, N03AE, N05BA et N05CD	Gibt an, ob im selben Jahr ein Opioid und ein Benzodiazepin (oder Z-Drugs) eingenommen wurden.
Antidepressiva	Untergruppe von N06A	Venlafaxin oder Duloxetin.
Kategorie "zu vermeidende PIM"		Alle Substanzen, die nach Beers- und NORGEP-Listen zu vermeiden sind.
Kategorie "neu zu bewertende PIM"		Alle Substanzen, die nach Beers- und NORGEP-Listen neu zu bewerten sind.

**Tabelle 2 Arten der untersuchten Medikamente**

<sup>b</sup> Aargau, Bern, Basel-Stadt, Freiburg, Genf, Neuenburg, Waadt, Wallis und Zürich

## Allgemeine Ergebnisse

Tabelle 3 zeigt die am häufigsten verschriebenen Medikamente in absteigender Reihenfolge der Gesamtbehandlungstage, berechnet nach der theoretischen therapeutischen Tagesdosis (*Defined Daily Dose*, DDD). Antidepressiva werden häufig über längere Zeiträume verschrieben. Benzodiazepine und Z-Drugs werden in grossen Mengen verschrieben, mit durchschnittlich etwa 4 bis 6 Packungen pro Konsument/-in pro Jahr, was auf eine langfristige Einnahme schliessen lässt. Entzündungshemmende Medikamente (Ibuprofen, Diclofenac) stellen kein Problem dar, wenn sie nur für kurze Zeit eingenommen werden, was häufig der Fall zu sein scheint (durchschnittlich 2 Packungen pro versicherte Person pro Jahr).

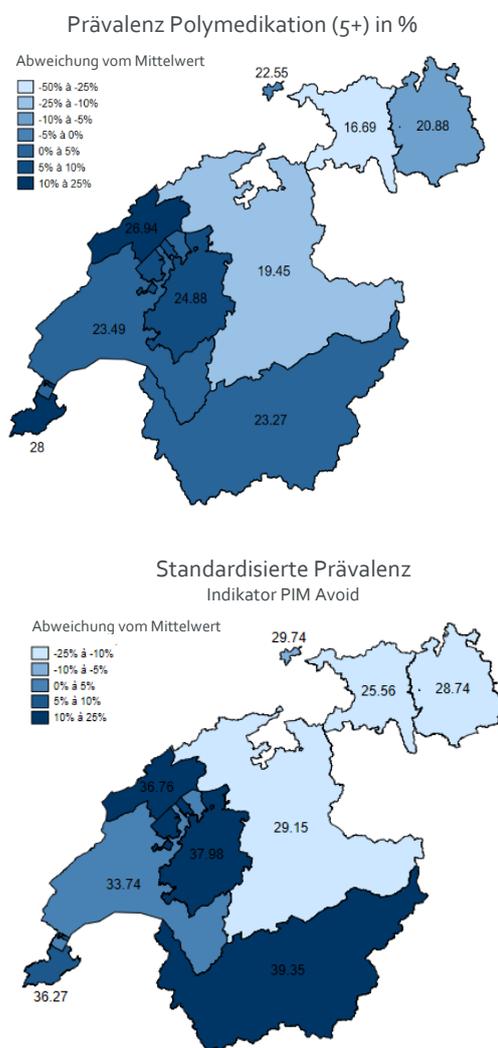
ATC Code	Substanzname	Art der Verschreibung	Anzahl Packungen pro behandelten Versicherten pro Jahr	Durchschn. Zahl Behandlungstage
No2BE01	Paracetamol	-	3.10	63
No6AB10	Escitalopram	Reevaluieren	3.38	>365
M01AX25	Chondroitin-sulfat	Zu vermeiden	2.42	227
No5CF02	Zolpidem	Zu vermeiden	5.63	191
No6AB04	Citalopram	Reevaluieren	3.98	>365
No6AX11	Mirtazapin	Reevaluieren	4.32	>365
No5BA06	Lorazepam	Zu vermeiden	4.32	100
No6AX16	Venlafaxin	Reevaluieren	4.90	>365
No6AB06	Sertralin	Reevaluieren	3.62	>365
M01AE01	Ibuprofen	Zu vermeiden	1.92	35
No6AB03	Fluoxetin	Reevaluieren	3.36	>365
M01AB05	Diclofenac	Zu vermeiden	2.01	66
No6AX21	Duloxetin	Reevaluieren	4.89	>365
No6AB05	Paroxetin	Zu vermeiden	3.20	>365
No3AX16	Pregabalin	-	5.12	98
No6AX05	Trazodon	Reevaluieren	4.97	135
No5BA12	Alprazolam	Zu vermeiden	3.85	171
No5CF01	Zopiclon	Zu vermeiden	5.05	227
No6AX25	Johanniskraut	Reevaluieren	2.45	315
No5BA04	Oxazepam	Zu vermeiden	4.75	86
M01AB11	Acemetacin	Zu vermeiden	2.14	66

**Tabelle 3 Menge der abgegebenen Medikamente**

Die Berechnungen können eine Behandlungsdauer von mehr als 365 Tagen ergeben, insbesondere bei Antidepressiva, die meist in grossen, billigeren Packungen abgegeben werden. Die Mengenangaben in den Erhebungen der Alters- und Pflegeheime geben die Anzahl der Tageseinnahmen an, berücksichtigen aber nicht, dass es sich bei Antidepressiva häufig um halbe Tabletten handelt, was eine Behandlungsdauer von > 365 Tagen erklärt.

## Polymedikation und PIM

23% der Wohnbevölkerung des Kantons Wallis erhielten im Jahr 2019 mindestens fünf verschiedene Medikamente. Damit liegt der Kanton im Mittelfeld der Westschweizer Kantone, die einen deutlich höheren Konsum aufweisen als die Kantone Aargau, Bern und Zürich (Abbildung 1). Bei den PIMs sind die gleichen Tendenzen zu beobachten, wobei die Prävalenzen in der Westschweiz höher sind als in der Deutschschweiz. Mit über 39 % der Versicherten, die mindestens eine zu vermeidende PIM erhalten haben, weist der Kanton Wallis die höchsten Werte auf. Die Prävalenzen berücksichtigen die demografischen Unterschiede (Alter und Geschlecht) zwischen den Kantonen (standardisierte Prävalenz, die nach Anpassung zwischen den Regionen vergleichbar gemacht wurde). Es sind die Abweichungen vom Mittelwert, die in den Abbildungen dargestellt sind.



**Abbildung 1 Polymedikation (mindestens 5 Medikamente im Jahr, standardisiert) und PIM**

Abbildung 2 zeigt, dass dieser Überschuss stark mit allen Substanzen zusammenhängt, die gegen Angstzustände oder als Schlafmittel verschrieben werden (Benzodiazepine, Z-Drugs, Clomethiazol).

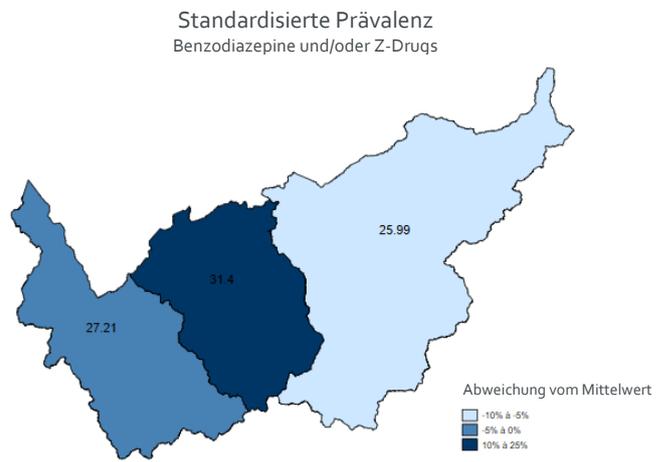
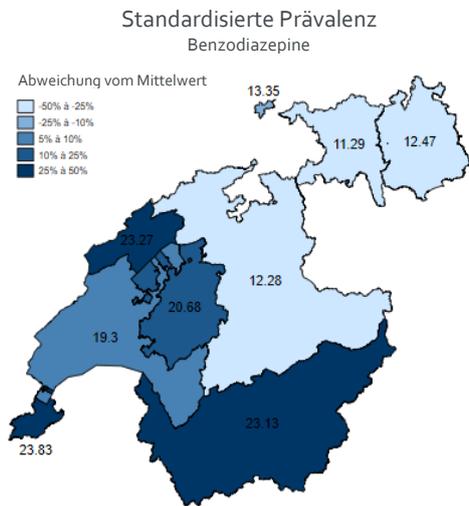


Abbildung 3 Prävalenz nach Regionen im Kanton Wallis

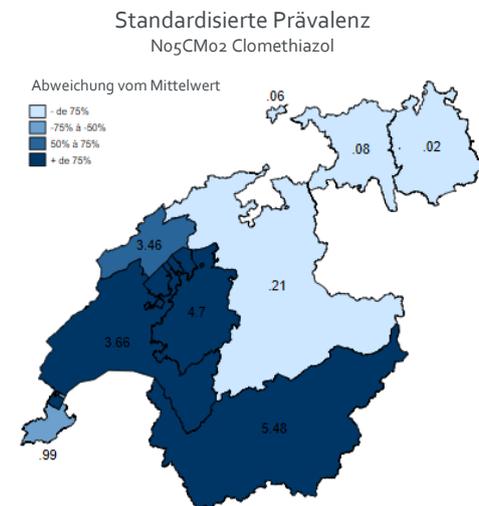
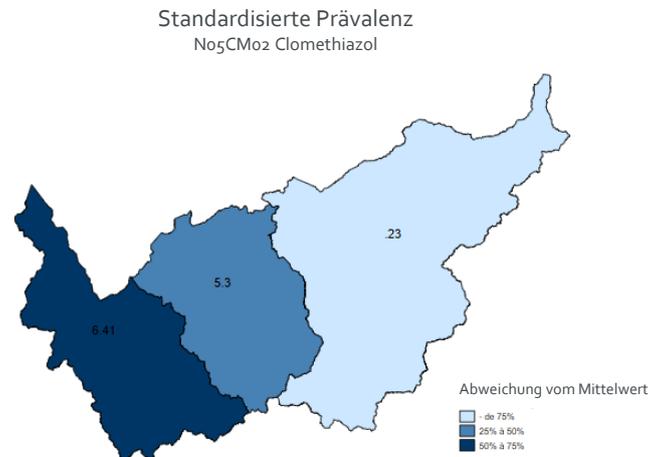
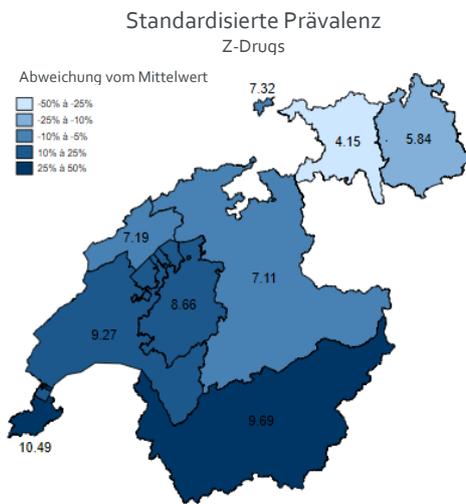


Abbildung 2 Benzodiazepine und ähnliche Substanzen

Konzentriert man sich auf den Kanton Wallis, so weisen die Oberwalliser Versicherten einen geringeren Konsum dieser Substanzen auf (Abbildung 3).

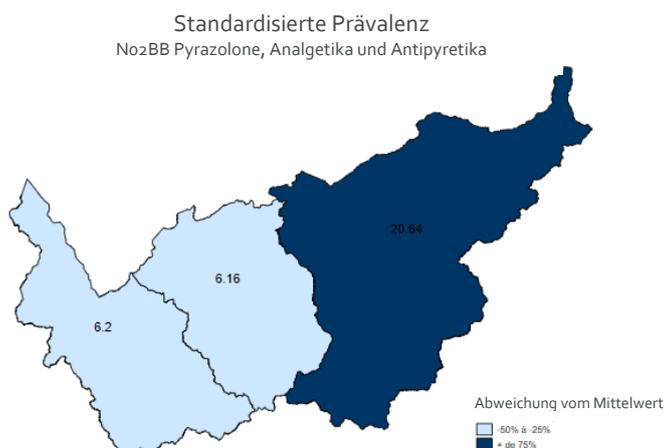
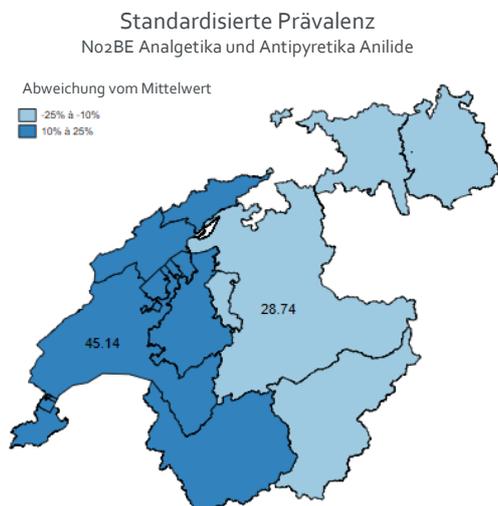
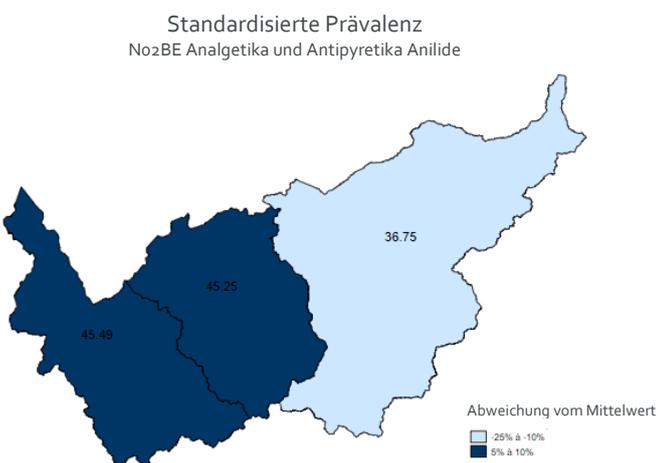
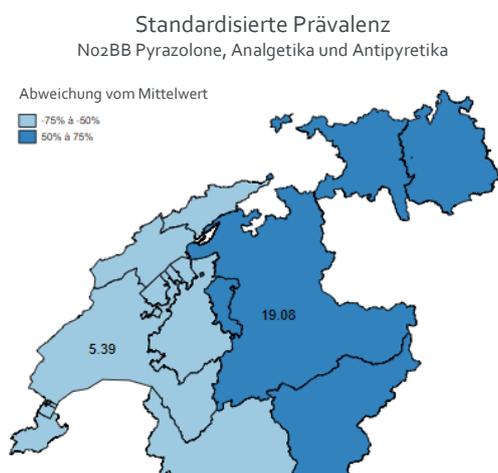
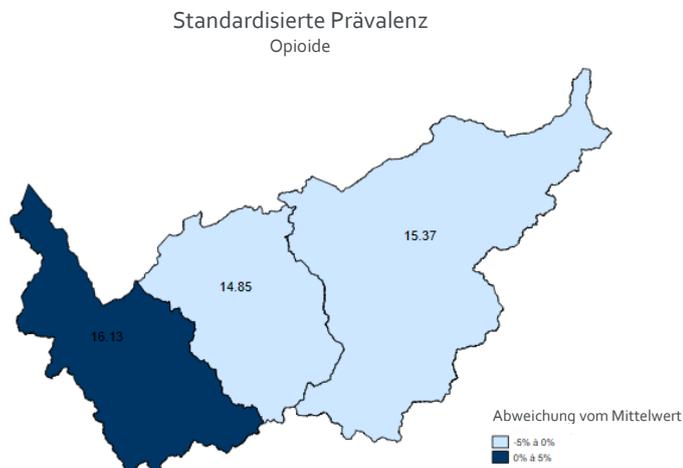
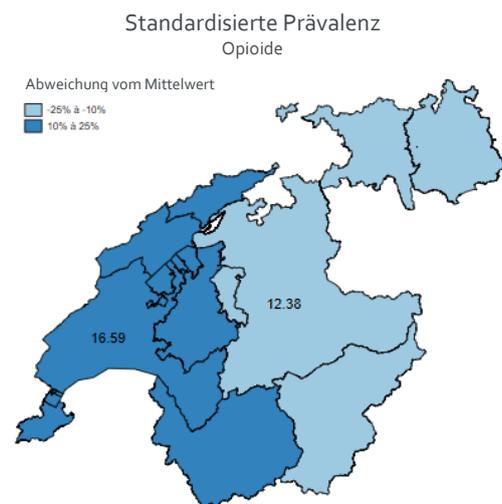
Die Daten ermöglichen es, Individuen zeitlich zu verfolgen und ihre Behandlungen zu analysieren. So wird ersichtlich, dass ein Spitalaufenthalt oder der Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim die Wahrscheinlichkeit erhöht, eine Behandlung mit Benzodiazepinen oder ähnlichen Substanzen zu beginnen. Beispielsweise beginnen fast 10 % der Personen, die in ein Alters- und Pflegeheim eintreten und vor ihrem Eintritt keine derartigen Substanzen konsumiert haben, in den ersten Monaten nach Eintritt eine solche Behandlung.

Bei der Bevölkerung im Alter von 75 Jahren und älter wurde bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Alters- und Pflegeheimen ein weitaus höherer Konsum dieser Substanzen beobachtet als in der Bevölkerung ausserhalb von Einrichtungen. Der Aufenthalt in einem Alters- und Pflegeheim erhöht auch das Risiko, Clomethiazol oder Quetiapin zu erhalten, bei denen es sich ebenfalls um **potenziell inadäquate** Langzeitmedikamente handelt. Während beispielsweise im Kanton Wallis rund 5 % der Bevölkerung im Alter von 75 Jahren und älter ausserhalb von Alters- und Pflegeheimen Clomethiazol verschrieben bekamen, lag dieser Anteil bei Bewohnern von Alters- und Pflegeheimen bei 40 %. In der Deutschschweiz hingegen ist die Verschreibung von Clomethiazol unabhängig vom Wohnort sehr selten.

# Behandlungen gegen Schmerzen

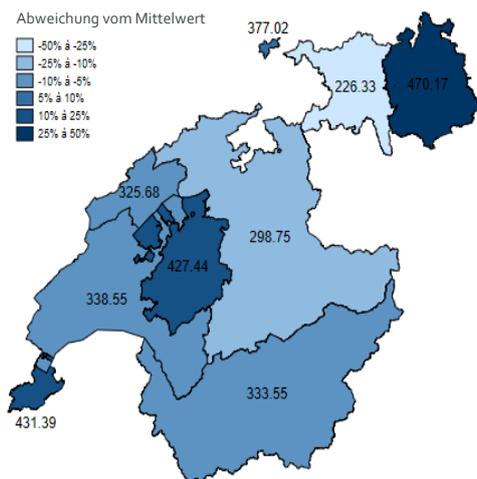
Es bestehen deutliche Unterschiede zwischen den Sprachregionen (Abbildung 4). Opioidtherapien werden in den französischsprachigen Regionen häufiger verschrieben, ebenso wie Paracetamol (Anilide). Umgekehrt wird Metamazol (Pyrazolone) in den deutschsprachigen Regionen häufiger verwendet. Die Frage der Indikation wird diskutiert, wobei Pyrazolone im Vergleich zu Paracetamol vielleicht eine stärkere schmerzlindernde Wirkung hat, dafür aber etwas mehr Risiken in Bezug auf Nebenwirkungen aufweist.

Unter den Opioiden gibt es mehrere Moleküle mit unterschiedlichen Wirkungen. Die Unterschiede zwischen den Kantonen ändern sich, wenn man die Behandlung in Form von Morphinäquivalenten vergleicht (Abbildung 5). Es gibt keine Erklärungen für diese Unterschiede, die auf einen übermäßigen Konsum dieser Medikamente oder eine unzureichende Behandlung für die Patientinnen und Patienten hinweisen könnten.



**Abbildung 4** Verschriebene Arten von Analgetika nach Sprachregionen

## Durchschnittliche MME Opiode



**Abbildung 5 Opioidgestützte Behandlungen (Morphin-Milligramm-Äquivalente MME)**

## Empfehlungen

Die in diesem Bericht vorgestellten Analysen weisen auf eine Überverschreibung bestimmter Medikamente in der Bevölkerung ab 65 Jahren in der Schweiz hin. Besonders ausgeprägt ist das Phänomen bei Anxiolytika, Sedativa und Hypnotika sowie in der Romandie. Die Determinanten dieser Verschreibungspraxis, insbesondere die Verhaltensfaktoren auf Seiten der Leistungserbringer und der Patientinnen und Patienten<sup>15</sup>, sind vielfältig und komplex und der vorwiegend beschreibende Charakter unserer Analysen lässt es nicht zu, direkt neue Empfehlungen zu formulieren.

Wir stellen hier jedoch eine Reihe Empfehlungen und Interventionsansätze vor, die aus der wissenschaftlichen Literatur und der Konsultation einer Expertengruppe<sup>c</sup> stammen und die wir nach ihrer Art und Kontext einordnen (medizinische Praktiken, Massnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit usw.). Wir erwähnen auch eine Reihe von Projekten und Initiativen, die in der Schweiz laufen und darauf abzielen, die Überverschreibung zu reduzieren.

### Leistungserbringer und Behandlungspfade

Die Leistungserbringer, die in den Behandlungspfad der älteren Bevölkerung involviert sind, teilen sich die Verantwortung für die Initiierung und/oder Überwachung der guten Verschreibungspraxis. Es gibt Massnahmen, die auf bestimmte Anbieter zugeschnitten sind und andere, die darauf abzielen, die Koordination zwischen den verschiedenen Akteuren zu verbessern. Generell gilt, dass eine bessere berufsübergreifende Begleitung der Verschreibungen braucht, insbesondere in der Übergangs-

## /Schnittstellenphase (Spital - SMZ, Zuhause - Alters- und Pflegeheim

- Im Kontext von Alters- und Pflegeheimen sowie im ambulanten Bereich besteht ein Ansatz darin, **interprofessionelle Qualitätszirkel (QZ)** (insbesondere Ärzte-Apotheker) auszubauen. Die Qualitätszirkel erleichtern insbesondere die Förderung von evidenzbasierten Richtlinien<sup>16</sup>, um die Neuverschreibungen von Benzodiazepinen und Z-Drugs zu verringern und bestehende Verschreibungen abzusetzen («Deprescribing»), Vorgehen zur Überprüfung der Medikation, Feedback an die Ärzteschaft zu den Verschreibungsdaten im Vergleich zu anderen Kantonen/Kollegen im Wallis. Dies geschieht insbesondere über Deprescribing-Werkzeuge (<https://deprescribing.org/fr/ressources-pour-les-patients-et-les-prestataires-de-soins-de-sante/deprescribing-algorithms/>).
- Die Implementierung, Verbreitung und Bewertung von Ansätzen wie "interprofessionelle Qualitätszirkel und Medikationsanalysen" sind Gegenstand eines Projekts, das von der **Eidgenössischen Kommission für Qualität** sowie den Kantonen Waadt und Freiburg unterstützt wird und im Oktober 2023 beginnt (*Sustainable implementation of high-quality Interprofessional Deprescribing services for nursing home residents in multiple cantons -The Simple-ID project*) und in dessen Rahmen **alle Alters- und Pflegeheime in der Schweiz teilnahmeberechtigt** sind.
- Einrichtung von Arbeitsgruppen, um die betreffenden **Verschreibungen bei der Entlassung aus dem Spital zu verringern oder ihre Dauer zu verkürzen** (Schulung von Assistenzärzt/innen; Mechanismen zum Absetzen der Medikamente bei der Entlassung; Förderung alternativer Behandlungsmethoden, auch nicht-medikamentöser Art; schriftlicher Plan für das weitere Vorgehen, wenn das Ende einer Packung erreicht ist; schriftliche Informationen für Patientinnen und Patienten über die Risiken dieser Medikamente, um sie dazu zu bringen, das Rezept nicht zu erneuern; usw.).
- Allgemeiner formuliert die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) **detaillierte Empfehlungen zum Thema Polymedikation** und schlägt einen Indikator zur Überwachung der Medikamenteninteraktionen vor: [https://www.sgaim.ch/fileadmin/user\\_upload/Qualitaet/Qualitaetsindikatoren/Q-Indikator\\_Nr.3\\_d.pdf](https://www.sgaim.ch/fileadmin/user_upload/Qualitaet/Qualitaetsindikatoren/Q-Indikator_Nr.3_d.pdf)
- Anreize für den Kanton, **einen verantwortlichen Arzt oder eine verantwortliche Ärztin in den Alters- und Pflegeheimen zu ernennen, der/die während der Ausbildung eine minimale Erfahrung (z.B. 6 Monate) in einer geriatrischen Abteilung** vorweisen kann. Damit einhergehend soll im Rahmen der FMH-

<sup>c</sup> Zusammensetzung Expertengruppe: Dr. Christian Ambord, ehemaliger Kantonsarzt, Dr. Martial Coutaz, Facharzt für Geriatrie, Spital Wallis. Dr. Michèle Jean, Fachärztin für Geriatrie, Spital Wallis, Dr. Rolf Koch, Facharzt für Geriatrie, Spital Wallis,

Dr. Grégoire Gex, Facharzt für Pneumologie, Spital Wallis, Dr. Morgane Jotterand, Assistenzärztin, DGW Wallis, Dr. Cédric Dessimoz, stellvertretender Kantonsarzt, DWG Wallis, Leslie Bergamin, Kantonsapothekerin, DGW Wallis, Dr. Eric Masserey, Kantonsarzt DGW Wallis, Dr. Stefanie Monod-Zorzi, UniSanté

Spezialisierung in Allgemeiner Innerer Medizin ein obligatorisches Praktikum von mindestens 6 Monaten in einer geriatrischen Abteilung gefördert werden.

- **Zeitdruck für Ärztinnen und Ärzte und in Alters- und Pflegeheimen (Betreuungsschlüssel) vermindern, damit genug Zeit für eine gute Verschreibungspraxis gewährleistet wird.**
- **Den Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim sorgfältig vorbereiten, um Ängste zu reduzieren (Anzeichen für den Verlust der Selbstständigkeit, Stress, Trennung).**
- **Verstärkte therapeutische Aufklärung von Patientinnen und Patienten und Angehörigen, insbesondere über die Risiken und Vorteile der betreffenden Behandlungen.** Dies erfordert ein gutes Verständnis für die Einstellung und Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten und Angehörigen in Bezug auf das Absetzen von Benzodiazepinen und Z-Drugs<sup>17</sup>.

## Therapeutische Alternativen

Eine Verringerung der Verschreibung von Anxiolytika, Sedativa und Hypnotika erfordert auch eine bessere Berücksichtigung von Ersatzstoffen bei den Behandlungsoptionen, insbesondere der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), die in den internationalen Empfehlungen als erste Behandlungsoption für Schlaflosigkeit genannt wird. Das Angebot der KVT ist noch relativ unbekannt und es handelt sich um eine sehr wirksame Lösung, um Schlaflosigkeit auf andere Weise zu behandeln oder Schlafmittel abzusetzen. Zu beachten ist, dass KVT auch bei hochbetagten Personen und als langfristige Strategie angeboten werden sollte, da die Literatur belegt, dass das Alter kein Hindernis für den Erfolg darstellt. Um in diese Richtung zu gehen, müsste:

- **KVT-Angebots im Kanton Wallis ausbauen, einschliesslich der Online-Betreuung (mehrere Monate Wartezeit auf KVT; gerechter Zugang).**
- Eine Forschungsgruppe in Quebec hat eine Broschüre zur **Entwöhnung älterer Personen von Schlaftabletten** herausgegeben und ihre hohe Wirksamkeit nachgewiesen: <https://criugm.qc.ca/outils/brochure-comment-obtenir-une-bonne-nuit-de-sommeil-sans-medicament/>
- Allgemein: Information der verschiedenen Akteure über die **Hilfsangebote zur Entwöhnung von Schlafmitteln ausbauen**. Ein Absetzen macht oft Angst, kann aber in fachkundigen Händen (z. B. Schlafzentrum) sicher und mit hoher Erfolgsquote durchgeführt werden.

## Massnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit und der Gesundheitspolitik

- **Informationskampagnen** für die (Allgemeinbevölkerung und gezielt Senioren) über die

Risiken, die mit dem Konsum von Anxiolytika, Sedativa und Hypnotika verbunden sind.

- Durchführung von **"allgemeineren" Kampagnen über Polymedikation und deren Risiken.**
- **Regelmässiges Erstellen und Veröffentlichung von Indikatoren** zu den betreffenden Verschreibungen im Sinne eines Monitoring-/Überwachungsansatzes für die öffentliche Gesundheit. Derzeit insbesondere über die neue Version des OBSAN-Atlas machbar: [https://www.versorgungsatlas.ch/indicator/\\_o21/a](https://www.versorgungsatlas.ch/indicator/_o21/a).
- Anreize für eine **Überprüfung der institutionellen Politik der Alters- und Pflegeheime im Hinblick auf nicht-medikamentöse Ansätze** schaffen.
- **Auf nationaler Ebene** sich für eine Änderung der Kostenübernahme bestimmter Substanzen entsprechend ihrem Risiko-Nutzen-Verhältnis einsetzen (vgl. Medizinischer Nutzen in Frankreich)<sup>18</sup>, die bis zur Einschränkung der Kostenübernahme gehen kann (vgl. Einschränkung der Kostenübernahme von Benzodiazepinen in den Niederlanden)<sup>19</sup>.
- Erleichterung der **Kostenübernahme für die Abstimmung von Medikamenten und Medikationsanalysen** durch Apothekerinnen und Apotheker.

## Beispiele für aktuelle Initiativen, Interventionen und Projekte

- Im Mittelwallis läuft ein Pilotprojekt, das die medizinische Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern eines Alters- und Pflegeheims durch Fachärztinnen und Fachärzte für Geriatrie des Spitalzentrums des französischsprachigen Wallis betrifft. Die Ziele bestehen darin, die medizinische Betreuung und Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner zu verbessern, den Mangel an Allgemeinmedizinern zu beheben, Spitalaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen, zur Weiterbildung und Unterstützung der Pflgeteams des Alters- und Pflegeheims beizutragen und gleichzeitig die Koordination der Leistungserbringer in der Langzeitpflege zu verbessern.
- Das Gesundheitsdepartement hat Pharmavalais im Jahr 2022 einen neuen Leistungsauftrag erteilt. Dieser Auftrag präzisiert unter anderem die Aufgaben, die den verantwortlichen Apotheker/innen der APH zugewiesen werden, insbesondere die Evaluierung der kantonalen Richtlinien im Zusammenhang mit den Medikamenten und deren Verwaltung. Die Rolle der verantwortlichen Apotheker/innen besteht darin, die Prozeduren zu erarbeiten, die die Arbeit der Apotheke des Alters- und Pflegeheims dokumentieren und die Einhaltung der Prozeduren zu überprüfen. Sie sorgen auch für die pharmazeutische Überwachung und Analyse der Verschreibungen.
- Im Rahmen des kantonalen Programms zur pharmazeutischen Unterstützung in Alters- und

Pflegeheimen im Kanton Waadt, das auf interprofessionellen Qualitätszirkeln basiert, wurde zwischen 2016 und 2021 ein Rückgang der Bewohnerinnen und Bewohner, die mindestens einmal ein Schlafmittel einnehmen, von 45 % auf 39 % beobachtet<sup>20</sup>.

- Eine randomisierte kontrollierte Studie, die im Rahmen des NFP74 in den Alters- und Pflegeheimen der Kantone Waadt und Freiburg durchgeführt wurde, hat gezeigt, dass dank der Qualitätszirkel mit dem Ziel des Deprescribing die Verwendung ungeeigneter Medikamente tendenziell zurückging, ohne dass dies signifikante Auswirkungen auf die Sicherheitsindikatoren hatte. In einer anschliessenden randomisierten Studie führten Medikationsanalysen zu einer signifikanten Verringerung der Dosierung inadäquater Medikamente<sup>21</sup>. Seitdem wurden Medikationsanalysen in das kantonale Programm zur pharmazeutischen Unterstützung in den Alters- und Pflegeheimen des Kantons Waadt aufgenommen.
- EU-Projekt BE-SAFE zur Reduzierung der Verschreibung von Beruhigungsmitteln und Hypnotika bei älteren Personen: <https://besafe-horizon.eu/en/home>

### Kasten 1 – Wichtigste Ergebnisse

- Die Analyse der Daten von 2019 von mehr als 100'000 Versicherten im Alter von 65 Jahren und älter aus neun Schweizer Kantonen zeigt potenziell problematische Verschreibungspraktiken auf. Besonders ausgeprägt ist das Phänomen in den Westschweizer Kantonen.
- Etwa ein Drittel der Versicherten wurde 2019 mindestens eine potenziell inadäquate Medikation (PIM) verschrieben, die "zu vermeiden" ist und fast die Hälfte hatte mindestens eine Verschreibung einer PIM, die "neu zu bewerten" ist.
- Die Prävalenz der Polymedikation, hier definiert als die Einnahme von mindestens fünf verschiedenen Medikamenten innerhalb eines Jahres, ist in der Westschweiz höher. Der Kanton Wallis liegt im Durchschnitt der Westschweizer Kantone.
- Im Vergleich zu den Deutschschweizer Kantonen greifen der Kanton Wallis und die anderen Westschweizer Kantone stärker auf Medikamente zurück, die vermieden werden sollten. Diese hohe Prävalenz ist vor allem auf Psycholeptika und dabei insbesondere auf Benzodiazepine und Z-Drugs zurückzuführen.
- Die Wahl der Moleküle für Schmerzmittel unterscheidet sich je nach Sprachregion. Diese Unterschiede sind auch im Kanton Wallis vorhanden. In der Romandie wird häufiger auf Paracetamol, Tramadol und Codein zurückgegriffen.
- Der Eintritt in ein Pflegeheim oder ein Spitalaufenthalt sind Risikoereignisse für den Beginn einer Behandlung mit Benzodiazepinen und Z-Drugs.

### Kasten 2 – Limitationen der Studie

- Es handelt sich um Verschreibungs-/Abgabedaten und nicht um Verbrauchsdaten. Wir gehen davon aus, dass das, was abgegeben wird, auch konsumiert wird, können aber nicht überprüfen, inwieweit dies tatsächlich der Fall ist und ob es zwischen den Bevölkerungsgruppen systematisch variiert.
- Die Analysen basieren auf Daten eines einzigen Versicherers. Die Merkmale der Versicherten dieses Versicherers entsprechen nicht unbedingt den Merkmalen der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter in den untersuchten Kantonen. Daher kann es zu Selektionsverzerrungen kommen (z. B. wenn die bei diesem Versicherer versicherte Bevölkerung im Durchschnitt einen besseren oder schlechteren Gesundheitszustand hat als der Rest der Bevölkerung in derselben Altersgruppe).
- Versicherungsdaten enthalten keine Informationen zur Diagnose von Einzelpersonen, dies schränkt die Fähigkeit ein, die Angemessenheit bestimmter Verschreibungen zu beurteilen.

## Referenzen

- 1 Abolhassani N, Castioni J, Marques-Vidal P, Vollenweider P, Waeber G. Determinants of change in polypharmacy status in Switzerland: the population-based CoLaus study. *Eur J Clin Pharmacol*. 2017;73(9):1187-94.
- 2 Fick DM, Semla TP, Steinman M, Beizer J, Brandt N, Dombrowski R, et al. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*. 2019;67(4):674-94.
- 3 Finkle WD, Der JS, Greenland S, Adams JL, Ridgeway G, Blaschke T, et al. Risk of Fractures Requiring Hospitalization After an Initial Prescription for Zolpidem, Alprazolam, Lorazepam, or Diazepam in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*. 2011;59(10):1883-90.
- 4 Peel NM. Epidemiology of Falls in Older Age. *Canadian journal on aging*. 2011;30(1):7-19.
- 5 Hampton LM, Daubresse M, Chang H-Y, Alexander GC, Budnitz DS. Emergency department visits by adults for psychiatric medication adverse events. *JAMA psychiatry*. 2014;71(9):1006-14.
- 6 Balloková A, Peel NM, Fialova D, Scott IA, Gray LC, Hubbard RE. Use of Benzodiazepines and Association with Falls in Older People Admitted to Hospital: A Prospective Cohort Study. *Drugs & aging*. 2014;31(4):299-310.
- 7 Baldwin DS, Aitchison K, Bateson A, Curran HV, Davies S, Leonard B, et al. Benzodiazepines: risks and benefits. A reconsideration. *Journal of psychopharmacology*. 2013;27(11):967-71.
- 8 Schmitz A. Benzodiazepine use, misuse, and abuse: A review. *The mental health clinician*. 2016;6(3):120-6.
- 9 van der Hoof CS, Schoofs MWCJ, Ziere G, Hofman A, Pols HAP, Sturkenboom MCJM, et al. Inappropriate benzodiazepine use in older adults and the risk of fracture. *British journal of clinical pharmacology*. 2008;66(2):276-82.
- 10 Dionne P-A, Vasiliadis H-M, Latimer E, Berbiche D, Preville M. Economic Impact of Inappropriate Benzodiazepine Prescribing and Related Drug Interactions Among Elderly Persons. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2013;64(4):331-8.
- 11 Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Archives of internal medicine*. 2003;163(22):2716-24.
- 12 Pannerman MJ, Goettsch WG, Kramarz P, Herings RMC. The Costs of Benzodiazepine-Associated Hospital-Treated Fall Injuries in the EU: A Pharmaco Study. *Drugs & aging*. 2003;20(11):833-9.
- 13 Landolt S, Rosemann T, Blozik E, Brünger B, Huber CA. Benzodiazepine and Z-Drug Use in Switzerland: Prevalence, Prescription Patterns and Association with Adverse Healthcare Outcomes. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2021;17:1021-34.
- 14 Wertli MM, Reich O, Signorell A, Burgstaller JM, Steurer J, Held U. Changes over time in prescription practices of pain medications in Switzerland between 2006 and 2013: an analysis of insurance claims. *BMC health services research*. 2017;17(1):167-.
- 15 Evrard P, Péteïn C, Beuscart J-B, Spinewine A. Barriers and enablers for deprescribing benzodiazepine receptor agonists in older adults: a systematic review of qualitative and quantitative studies using the theoretical domains framework. *Implementation Science*. 2022;17(1):41.
- 16 Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski CA, Welch V, et al. Déprescription des agonistes des récepteurs des benzodiazépines: Lignes directrices de pratique clinique fondées sur les données probantes. *Canadian Family Physician*. 2018;64(5):e209-e24.
- 17 Roux B, Rakheja B, Sirois C, Niquille A, Péteïn C, Ouellet N, et al.

deprescribing in French-speaking countries: a multicenter cross-sectional study. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2022;78(10):1633-46.

- 18 Pichetti S, Sermet C. Le déremboursement des médicaments en France entre 2002 et 2011: éléments d'évaluation. *Questions d'économie de la santé*. 2011;167:1-7.
- 19 Hoebert JM, Souverein PC, Mantel-Teeuwisse AK, Leufkens HG, van Dijk L. Reimbursement restriction and moderate decrease in benzodiazepine use in general practice. *The Annals of Family Medicine*. 2012;10(1):42-9.
- 20 Simic. Rapport annuel du programme d'assistance pharmaceutique en EMS du canton de Vaud. Unisanté, 2022,11
- 21 Cateau D, Ballabeni P, Niquille A. Effects of an interprofessional Quality Circle-Deprescribing Module (QC-DeMo) in Swiss nursing homes: a randomised controlled trial. *BMC geriatrics*. 2021;21(1):1-11.

## Zitiervorschlag

Vallon N, Eggli Y, Niquille A, Marti J, Potenziell inadäquate Medikation für ältere Personen im Wallis und interkantonalen Vergleich. Lausanne, Unisanté - Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2023 (Raisons de Santé : Les Essentiels 53) <https://doi.org/10.16908/rds-essentiels/53>