

Anne Niquille Charrière, Martine Ruggli, Michel Buchmann, Dominique Jordan, Olivier Bugnon

Die Auswirkungen der Qualitätszirkel Ärzte–Apotheker auf die Medikamentenverschreibungen von 1999 bis 2010

Dieser Artikel ist aufgrund des mündlichen Vortrags an der SwissFamilyDocs Conference 2011 in Basel sowie der Verleihung des 1. Sandoz-Forschungspreises des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Basel für die Evaluierung der ersten Qualitätszirkel Ärzte–Apotheker im Kanton Freiburg entstanden. Das innovative Modell der Qualitätszirkel wurde im Jahr 1998 von der Société de Médecine (Dr. Richard Nyffeler, Dr. J. Carrel) und der Société des Pharmaciens (Dr. Michel Buchmann, Dr. Christian Repond) des Kantons Freiburg ins Leben gerufen, die durch Innovationen in den Bereichen Fortbildung, Qualitätsmanagement und Prüfung der Effizienz ärztlicher Verschreibungen mit Vorurteilen zwischen den Berufsgruppen aufräumen wollten. In der Folge wurde die Verbreitung des Qualitätszirkelmodells durch pharmaSuisse¹ gefördert, die den Leitern der lokalen Treffen die wissenschaftlichen Unterlagen und die standardisierten Verschreibungsstatistiken zur Verfügung stellte.

Laut den Befürwortern der Qualitätszirkel Ärzte–Apotheker (QZÄA) kann durch einen interdisziplinären Ansatz, bei dem die Erfahrung der lokalen Grundversorger und Apotheker mit der Unterstützung durch die Berufsverbände und der Forschungsmethodik der Universitäten gebündelt wird, eine Senkung der direkten Kosten von Medikamentenverschreibungen erreicht werden. Daher beruhen QZÄA auf einem systemischen Ansatz (Abb. 1), bei dem sich fünf bis fünfzehn Grundversorger und ein bis zwei Offizinapotheker, welche die Zirkel leiten, auf freiwilliger Basis zusammenfinden [1–3]. Die Gruppe trifft sich vier oder fünf Mal pro Jahr, um Konsensentscheidungen für eine fortwährende Erhöhung der Sicherheit und Effizienz der ärztlichen Verschreibungen zu treffen und umzusetzen. Das Konzept der Zusammenarbeit in den QZÄA basiert auf folgenden drei Hauptfaktoren:

- der Zusammenarbeit in lokalen Netzwerken,
- den statistischen Daten der ärztlichen Verschreibungen und deren Auswertung (*Feedback*), bei der die Kosten, die Wahl, das Volumen und die Häufigkeit der verschriebenen Medikamente verglichen werden,
- dem standardisierten Lehrmaterial für die interdisziplinäre Fortbildung.

Das Ziel der vorliegenden Studie bestand darin, eine Verlängerung des Evaluierungszeitraums der wirtschaftlichen und pharmakotherapeutischen Auswirkungen der sechs ersten QZÄA (bestehend aus 24 Ärzten und 6 Offizinapothekern) im Kanton Freiburg um drei Jahre (also auf eine Gesamtstudiedauer von 1999 bis 2010) zu erwirken.

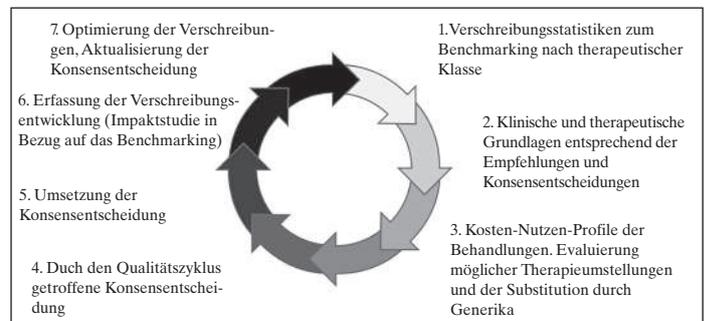


Abbildung 1

Qualitätsentwicklungsprozess des Qualitätszirkels Ärzte–Apotheker für die Medikamentenverschreibung.

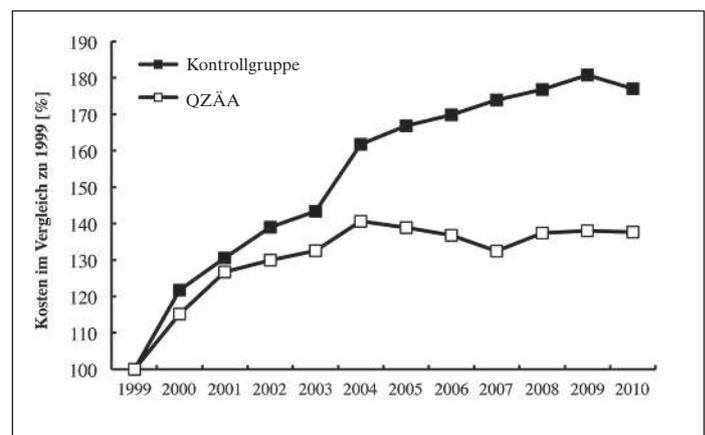


Abbildung 2

Entwicklung der jährlichen Medikamentenkosten insgesamt im Vergleich zum Jahr 1999.

Methode

Die Auswirkungen der QZÄA wurden anhand einer Analyse der Verschreibungsdaten der beteiligten Ärzte von 1999 bis 2010 im Vergleich zu denen einer Kontrollgruppe, bestehend aus ca. 650 Allgemeinärzten, die nicht in QZÄA organisiert waren, untersucht. Dabei wurde das Kostenmanagement insgesamt und für fünf Untergruppen (nach Index Therapeuticus) der Klasse der kardiovaskulären Medikamente in detaillierterer Form diskutiert, wobei es insbesondere um den Generikaanteil und die Wirkstoffwahl in Bezug auf den jeweiligen Index Therapeuticus ging. Die Daten stammten aus den Abrechnungen der Apotheken mit den Krankenkassen, die über die Berufsgenossenschaft der Schweizer Apotheker (OFAC) erfolgen.

Resultate

In Abbildung 2 ist die Entwicklung der jährlichen Medikamentenkosten pro Patient aufgeführt. Die Werte sind in Form eines In-

¹ pharmaSuisse, Schweizerischer Apothekerverband, Stationsstrasse 12, 3097 Bern-Liebelfeld [www.pharmasuisse.org].

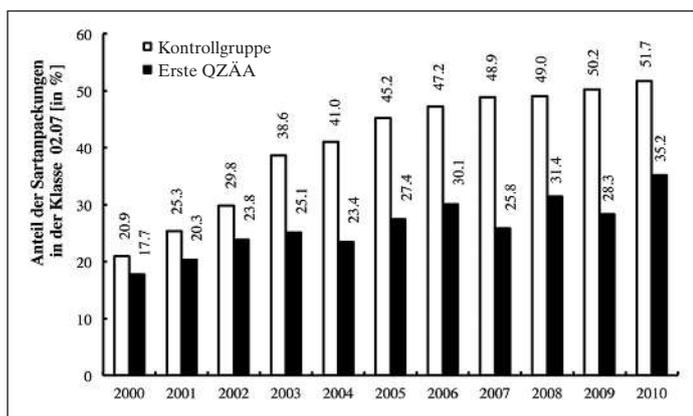


Abbildung 3

Anteil der verschriebenen Sartanpackungen in der Klasse 02.07 der Spezialitätenliste des BAG (Antihypertensiva, die am Renin-Angiotensin-Aldosteron-System wirken).

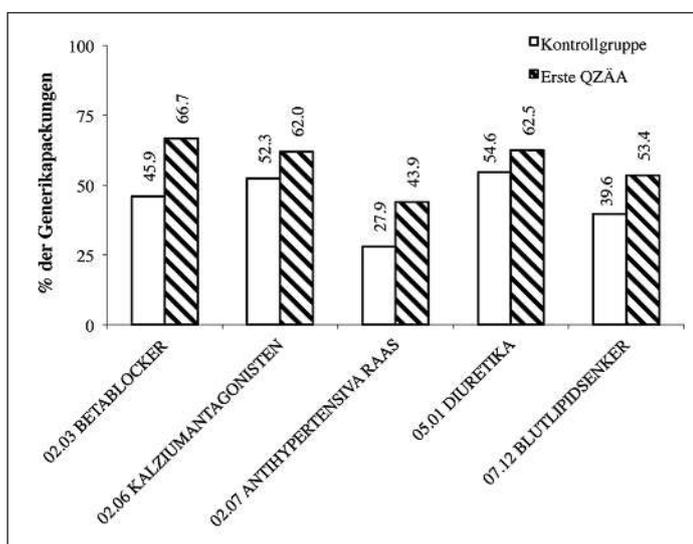


Abbildung 4

Anteil der Generikapackungen in den 5 Untergruppen der Klasse der kardiovaskulären Medikamente gemäss Spezialitätenliste des BAG in der Kontrollgruppe (717 Grundversorger) und in den ersten Qualitätszyklen Ärzte-Apotheker im Kanton Freiburg (QZÄA, 18 statistisch erfasste Grundversorger, 6 Apotheker), RAAS = Renin-Angiotensin-Aldosteron-System.

dex dargestellt, der im Jahr 1999 auf 100 festgesetzt wurde. Nach 12 Jahren lagen die Verschreibungskosten der QZÄA 40% unter denen der Kontrollgruppe. Dies entspricht allein im Jahr 2010 Einsparungen in Höhe von CHF 240000 pro Arzt. Diese Ergebnisse sind mit einer häufigeren Generikaverschreibung zu erklären. Der Generikaanteil in den fünf detaillierter untersuchten therapeutischen Untergruppen der Klasse der kardiovaskulären Medikamente lag in den QZÄA um 7,9–20,8% höher als in der Kontrollgruppe (Abb. 4). Des Weiteren konnte ein reflektierter Umgang mit Marketingstrategien der Medikamentenhersteller festgestellt werden. So werden entsprechend dem in den

QZÄA befürworteten vernünftigen Medikamenteneinsatz Angiotensin-II-Antagonisten im Allgemeinen nur Patienten verschrieben, bei denen die Einnahme von ACE-Hemmern zu Husten geführt hat [3, 4]. In den von der pharmazeutischen Industrie finanzierten Werbekampagnen hingegen wird eine Verschreibung von Angiotensin-II-Antagonisten sogar als First-Line-Therapie propagiert. Dadurch hat sich der Anteil Letzterer an den Verschreibungen des entsprechenden Index Therapeuticus sowohl in der Kontrollgruppe als auch in den QZÄA erhöht (Abb. 3). Der Einfluss der interdisziplinären fachlichen Weiterbildung im Rahmen der QZÄA ist dennoch beachtlich, da z.B. im Jahr 2010 der von den Ärzten der QZÄA verschriebene Sartananteil 35% gegenüber 51,7% in der Kontrollgruppe betrug.

Schlussfolgerung und Perspektiven

Durch die vorliegende Studie wurde die Berechtigung der QZÄA als lokales Netzwerk zur Zusammenarbeit in der Hausarztmedizin bestätigt [1–3, 6]. Der interdisziplinäre, lokal orientierte Ansatz ermöglicht eine bessere Umsetzung nationaler oder internationaler Empfehlungen, führt zu Einsparungen und garantiert dabei eine individuell angepasste, medikamentöse Behandlung. Die Ärzte, welche mit Apothekern zusammenarbeiten, setzen vollkommen zwanglos die Konsensentscheidungen um, die infolge der Diskussion der für ihre Verschreibungspraxis relevanten Literaturdaten getroffen wurden, und ändern dabei eindeutig und nachhaltig ihre Verschreibungsgewohnheiten.

Dieses interdisziplinäre Projekt zur Steigerung der Qualität von Medikamentenverschreibungen zeigt, dass eine Senkung der Medikamentenkosten nicht zu Lasten der Behandlungsqualität gehen muss.

Angesichts der Resultate und der Zufriedenheit der Projektteilnehmer könnte der Qualitätszirkelansatz als Grundlage für die Einrichtung eines lokalen Netzwerks zur integrierten Versorgung dienen.

Literatur

- 1 WHO, Essential Drugs Monitor 2001;30:22.
- 2 La Rédaction. Cercles de qualité médecins-pharmaciens suisses: intérêt confirmé. Rev Prescrire. 2008;28:544–6.
- 3 Niquille A, Ruggli M, Buchmann M, Jordan D, Bugnon O. AnnalsPharmacother 2010.
- 4 Heran BS, Wong MMY, Heran IK, Wright JM. Blood pressure lowering efficacy of angiotensin receptor blockers for primary hypertension. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD003822. DOI:10.1002/14651858.CD003822.pub2.
- 5 La Rédaction. Objectif cible CAPI à 3 ans: 65% de prescriptions d'IEC sur le total des prescriptions d'IEC et de sartans. Rev Prescrire. 2010;30:940–1.
- 6 Locca JF, Krähenbühl JM, Niquille A, Figueiredo H, Bugnon O. Qualité de la prescription médicamenteuse: des progrès grâce à la collaboration médecins-pharmaciens. Rev Med Suisse. 2009;5:2382–7.

Korrespondenz:

Prof. Olivier Bugnon
Pharmacie de la PMU
Rue du Bugnon 44
1011 Lausanne
olivier.bugnon[at]hospvd.ch