

1 Jahr Qualitätszirkel Ärzte-Apotheker Aarau (QZ-AAA)

Für den Hausarztverein Aarau:
Roman A. Lehner,
Fabian Vaucher

Zusammenfassung: In einem QZ von Ärzten und Apothekern haben wir während mehr als einem Jahr unsere Verschreibungsgewohnheiten über 6 Indikationsgruppen analysiert. Bei den NSAR haben wir die Zweitevaluation nach einem Jahr gemacht. Unsere Zahlen erscheinen plausibel, sie weichen wenig vom Kantonsdurchschnitt ab. Die verschiedenen Sparpotentiale wurden diskutiert. Der Einsatz der Generika ist wie gesamtschweizerisch noch gering. Die Evaluation des Zahlenmaterials und die Querverbindungen mit anderen QZ eines Hausarztvereins bringen zusätzliche Vorteile.

Résumé: Dans un cercle de qualité de médecins et de pharmaciens nous avons analysé nos prescriptions dans 6 groupes d'indications. Dans le groupe des AINS nous avons une deuxième évaluation après un an. Nos chiffres sont plausibles, ils ne diffèrent que peu de la moyenne cantonale respective. Les différentes possibilités d'économie sont discutées. Les génériques n'ont, comme dans tout le pays, qu'une part restreinte. L'évaluation de nos prescriptions dans ce cercle de qualité mais aussi en rapport aux résultats du travail d'autres cercles de qualité dans notre réseau d'omnipraticiens d'Aarau nous donne une plus-value.

Zahlen aus unserem Netzwerk

In den 5 Jahren von 1997–2001 haben sich die Kosten in Franken (pro Monat pro Versicherten) sehr unterschiedlich entwickelt. Die Gesamtkosten sind von 132,1 auf 176,1 Franken angestiegen (+33%). Die Kosten der Hausärztlinnen sind lediglich von 20,1 auf 20,6 Franken angestiegen, also praktisch stabil geblieben (bei gleichbleibendem Tarif, also keine Mengenausweitung!). Die Medikamentenkosten jedoch sind von 32,5 auf 45,5 Franken (+40%) angestiegen.

Wir haben in den letzten Jahren beobachtet, dass die Medikamentenkosten mit steigendem Altersdurchschnitt der Patienten exponentiell zunehmen.

Für das hier beschriebene Projekt fanden sich schliesslich 10 Ärzte vom HAV, die sich in 8 Sitzungen über 1,5 Jahre trafen. Die ersten zwei Sitzungen benötigten wir zur Regelung der administrativen Belange (Vertraulichkeitsvertrag) und zur ersten Definition der Ziele.

Kurzfristige Ziele:

- Qualitätsverbesserung durch proaktive Haltung
- Themenzentrierte Analyse der Verschreibungszahlen und ihre wirtschaftlichen Prioritäten
- Kosteneinsparung durch optimierte medikamentöse Behandlung
- Pflege der Arzt-Apotheker-Beziehung

Längerfristige Ziele:

- Kosteneinsparung durch günstigen Einkauf gestützt auf Therapiekonsens
- Abgeltung der QZ-Arbeit durch Krankenkassen/Pharma
- Disease-Management-Programme

In den Sitzungen wurden die Verschreibungszahlen der ganzen Gruppe präsentiert. Zusätzlich erhielt jedes Gruppenmitglied seine eigenen Verschreibungszahlen vertraulich. Die Verschreibungszahlen wurden von der OFAC (www.ofac.ch) in Genf und von vier Apothekern, die selbst elektronisch abrechnen, geliefert.

Plausibilität der Zahlen

Die absoluten Frankenbeträge wurden wegen ihrer deutlichen Aussage aufgeführt, sind jedoch kritisch zu interpretieren.

Sie sind also in den Kontext unserer Gruppe zu relativieren. Es konnten nicht immer alle Zahlen von allen Teilnehmern für jede Medikamentengruppe eruiert werden. Zudem ist ein Arzt der Gruppe selbstdispensierend.

Der Vergleich unserer Semesterzahlen mit den Zahlen aus dem ganzen Kanton Aargau (Hochrechnung ausgehend von den 8% der Gruppe $07.10/1\% = 1/8$ von Fr. 23 1701 = Fr. 28 962) zeigt bei 4 von 6 Indikationsgruppen eine Abweichung von maximal 5%. Bei den Antidiabetika liegen wir 12% unter, bei den Lipidsenkern 22% über dem Kantonsdurchschnitt. Die Zahlen sind plausibel.

1 Auf Initiative von zwei selbstständigen Apothekern (F. V. und H. W.) wurde der Kontakt mit Grundversorgern der Region Aarau gesucht. Der Hausarztverein Aarau (HAV) besteht seit 1997. Die Qualitätszirkelarbeit ist für die jeweiligen Teilnehmer seither ein grundlegendes Element zur Überprüfung des Handelns und der Qualität, aber auch zum kritischen Auseinandersetzen mit den verursachten Kosten.

Tabelle 1. Themen und Zahlen. Es werden die Semesterzahlen genannt. Das Total bezieht sich auf alle Teilnehmer, nur das meistverschriebene Präparat wird zitiert.

SL 07.1	NSAR: 2. Semester 2000	
	Über 8% der Verschreibungskosten im Kanton AG	
	Total Fr. 231 701.–	
	1. Vioxx® mit 40 010.–	17,2%
	Cox-2 Total (Aulin®/Celebrex®/Mobicox®/Vioxx®)	25,6%
	Topika Total	14,4%
	Originale mit bestehenden Generika	25,0%
	Arthrotec®	1,4%
SL 04.01 und 04.99	Varia und Antazida: 2. Semester 2000	
	7% der Verschreibungskosten im Kanton AG	
	Total Fr. 205 728.–	
	1. Antra® mit 11 106.–	54%
	PPI Total	76,7%
	H ₂ -Blocker Original	16,7%
SL 08.01	Mittel gegen bakterielle Erreger: 2. Semester 2000	
	Knapp 4% der Verschreibungskosten im Kanton AG	
	Total Fr. 96 981.–	
	1. Augmentin® mit 20 125.–	20,4%
	Generika	6,7%
SL 07.06 und 14.04	Pankreas und Reagenzien: 1. Semester 2001	
	5,5% der Verschreibungskosten im Kanton AG	
	Total Fr. 132 164.–	
	1. Insuline	36,67%
	Originale mit bestehenden Generika	31,32%
	Glitazone (Actos®/Avandia®)	6,5%
SL 03.04	Antiasthmatika: 2. Semester 2001	
	5,8% der Verschreibungskosten im Kanton AG	
	Total Fr. 173 913.–	
	1. Axotide	20,3%
SL 07.12	Lipidsenker: 1. Semester 2001	
	6% der Verschreibungskosten im Kanton AG	
	Total 223 660.–	
	1. Zocor®	41,7%
	Statine Total	
	(Lescol®/Lipobay®/Mevalotin®/Selipran®/Sortis®/Zocor®)	94,8%

Ein Jahr QZ-AAA, was hat's gebracht?

Ein Kurzfragenbogen zur Evaluation des Zirkels wurde nach einem Jahr abgegeben. Die Zufriedenheit der zehn Ärzte betrug 8,6 von maximal 10 Punkten.

Von den kurzfristigen Zielen haben wir sicher die Pflege der Beziehung Arzt-Apotheker erreicht (mit 9,2 Punkten bewertet).

Die Datenanalyse von 6 statt geplanten 5 Stoffklassen widerspiegelt den Enthusiasmus in der Gruppe.

Für Aussagen betreffend Kosteneinsparung ist es noch zu früh, da für jede Medikamentengruppe eine Zweitanalyse nach einem Jahr fällig ist. Allein bei den NSAR liegt ein erster Vergleich vor: Das Gesamttotal 2. Semester 2001 gegenüber 2. Semester 2000 ergibt keine Kostensteigerung. Vioxx® hat in der Gruppe noch leicht zugelegt mit 18,5% (versus 17,2%), die Unterschiede in den einzelnen Praxen sind aber gross (+59% bis -32%).

Der Cox-2-Anteil in der Gruppe ist gleich geblieben: 26,1% (versus 25,6%), der Anteil der Generika bei den systemischen NSAR stieg von 9,5% auf 12,8% (plus 34,7%!).

Sparpotentiale

Generika

In den 6 untersuchten therapeutischen Klassen verschreiben wir wenig Generika (1–9,5% je nach Klasse). Wenn man die von uns verschriebenen Originale in den 4 therapeutischen Klassen NSAR/H₂-Blocker/Antibiotika und Antidiabetika vollständig durch Generika ersetzen würde und einen rechnerischen Preisvorteil von 30% annehmen würde, ergäbe dies eine Ersparnis von insgesamt 6,6% für diese 4 Klassen oder 4,1% auf das bisher untersuchte Gesamtvolumen. Für das Jahr 2002 beträgt das «generikafähige» Segment 7,1% des gesamten schweizerischen Arzneimittelmarktes.

Bei zunehmender Generika-Verschreibung müsste man die verschiedenen Anbieter genauer untersuchen, da dieser Markt sehr heterogen ist, vom Co-Marketing-Produkt bis zur wenig Compliance-fördernden Galenik. Der Preisvorteil ist nicht immer überzeugend, vor allem, wenn man berücksichtigt, dass die Forschungs- und Entwicklungs-Kosten wegfallen und das Marketing im Sinn von Dienstleistungen für Arzt und Patient meist inexistent ist.

Speziell hier sind wir gefordert, Konsenslisten zu erarbeiten.

Kostenverschiebungen

Die alleinige Betrachtung der Medikamentenkosten verleitet zu vorschnellen Konklusionen.

Anhand der Stoffklassen NSAR und PPI ist ersichtlich, wie verflochten die Thematik ist. Die Cox-2-Hemmer werden als Magen-Darm-verträgliche NSAR angepriesen. Die

Vigor-Studie [1] hat zwar eine Reduktion der gastrointestinalen Blutungen gezeigt, aber in dieser Studie hatten 60% der Patienten Langzeitsteroide, und nur jedes zweite Ulkus konnte verhindert werden. Das Sicherheitsbedürfnis von Arzt und Patient ist nur halbwegs befriedigt. Um ganz sicher zu sein, müsste zu jedem Cox-1- und Cox-2-Hemmer noch ein PPI gegeben werden. Beides ist gleich unsicher, wie wir Ende 2002 wissen [2]. Vor einer Verschreibung eines NSAR (Cox-2 oder nicht) muss vielleicht der Helicobacter-Status überprüft und allenfalls eradiert werden.

Dieses Beispiel zeigt, wie schnell die Kosten von einer Sparte in die andere geschoben werden können.

Kostenentwicklung der Originale, Preiskarussell

Wie schnell die Preisveränderungen bei den Medikamenten eintreten können, sehen wir bei der inzwischen erfolgten Einführung eines reinen Isomers eines PPI mit einem gewichtigen Preisvorteil. Plötzlich ist der Preisunterschied zwischen Originalen und Generika bei den H₂-Blockern sehr schmal geworden.

Sichere Indikationen

Bei den Antibiotika bedeutet bereits die saubere Diagnostik und die daraus resultierende rationale Indikation eine wesentliche Einsparungsmöglichkeit. Bei der Besprechung unserer Antibiotika-Zahlen haben wir von der Datensammlung des QZ Oberentfelden (wo 3 Teilnehmer des QZ AAA mitmachen) profitiert. In 4 Winterwochen wurden in den Praxen 106 akute Infekte der oberen Luftwege dokumentiert. Die Therapien wurden den Richtlinien einer schweizerischen infektiologischen Publikation gegenübergestellt [4]. Bei den 106 akuten Infekten kam es nur zu 22 antibiotischen Therapien. Kostenintensiv sind eher die schweren Infekte, die nach Hospitalisationen weiterbehandelt werden müssen.

Nicht medikamentöse Massnahmen:

Prophylaxe und Langzeitdenken

Sind die Therapiekosten beim Diabetes mellitus bei zunehmender Adipositas-Epidemie noch in den Griff zu bekommen?

Dem Typ-2-Diabetes kann bei einer Hochrisiko-Population durch «Lifestyle»-Veränderung effektiv vorgebeugt werden,

wie es die finnische Diabetes Prevention Study Group [5] zeigen konnte. Lifestyle-Intervention war in der «Diabetes Prevention Program Research Group»-Studie effektiver als Metformin [6]. In diesen beiden Studien waren die NNT¹ 5, bzw. 7 über 3 Jahre. Regelmässige körperliche Aktivität bringt jedem Typ-2-Diabetiker einen medikamentensparenden Effekt.

Diabetiker brauchen für eine Einstellung meistens nebst vielen anderen Medikamenten (ASS, ACE-Hemmer und Lipidsenker) mehrere Antidiabetika. Die Tagestherapiekosten sind entsprechend hoch. Um so mehr erstaunt es, dass wir in dieser Therapiekategorie nur 1% Generika einsetzen. Auch hat ein Kombinationspräparat von Metformin und Glibenclamid, das einen Preisvorteil von 43% aufweist, keinen Eingang in unsere Therapiegewohnheiten gefunden.

Isolierte Medikamentenkosten: eine trügerische Wahrheit / Kosten einer Krankheit

Beim Diabetes mellitus ist es uns dieses Jahr schon gelungen, ein Disease-Management-Programm im VHA einzuführen (www.diabetesonline.ch). Damit könnte in Zukunft die Dokumentation nicht nur der Medikation und der Kosten, sondern auch der Endpunkte möglich sein.

Bei Erkrankungen mit klaren Behandlungsrichtlinien wie beim Asthma bronchiale, bei der COPD oder auch bei der Hyperlipidämie ist die isolierte Betrachtung der Medikamentenkosten eine trügerische Vereinfachung. Nur wenn wir sowohl die Verschreibungsgewohnheiten als auch das Erreichen der Ziele zusammen betrachten, können wir von Qualität und Kosten sprechen. Für diese Krankheitsbilder benötigen wir in Zukunft sichere weitere Disease-Management-Programme.

Kombinationstherapien

Bei den Antiasthmatica verwenden wir ebenfalls keine Generika. Hier erstaunt es weniger, da innerhalb der Originalsubstanzen die Preise uneinheitlich sind. Der verschwindend kleine Anteil der Theophylline (1%) ist vielleicht nicht gerechtfertigt, wenn man die Studie von D. J. Evans berücksichtigt [7], die zeigen konnte, dass niedrig dosierte Theophylline einen Spareffekt auf die inhalativen Steroide haben.

¹ Anzahl Patienten, die über 5 Jahren behandelt werden bzw. in diesem Fall Lifestyle-Veränderungen mitmachen, um ein Ereignis, hier die Entwicklung zu Diabetes mellitus 2, zu verhindern

Verfeinerte Diagnostik als Option für die Zukunft

Warum liegen wir bei den Lipidsenkern deutlich über dem kantonalen Durchschnitt? Am wahrscheinlichsten, weil unser Statin-Anteil 94,8% beträgt. Die Tagestherapiekosten der Fibrate sind ungefähr die Hälfte der Statine, Kombinationstherapien sind selten. Mit gleich viel Geld behandelt man doppelt so viele Patienten, aber sind die Ziele erreicht? Auch hier ist die «medikamentöse Wahrheit» eine trügerische: Nur die Hälfte der koronaren Ereignisse sind mit den Lipiden erklärbar, die andere Hälfte wäre ein entzündliches Geschehen [8, 9].

Können wir in Zukunft durch zielgerichteten Einsatz der Medikamente (Targeting) die Medikamentenkosten senken?

Schlussfolgerung und Ausblick

Die Einteilung der Medikamente in die Spezialitätenliste (SL) ist historisch gewachsen, heute aber, um die Medikamentenkosten analysieren zu können, archaisch.

Diese Verschreibungszahlen von der OFAC zu bekommen, ist nicht kostenlos. Die Zusammenarbeit mit den Apothekern ist unumgänglich.

Wenn wir verschreibende Ärzte immer wieder Ziel der Kritik sind, dass wir zu viel und zu teuer verschreiben, müsste der Zugang zu unseren Verschreibungen sicher, zuverlässig und kostenlos sein.

Die alleinigen Medikamentenkosten erlauben nur eine vereinfachte Aussage. Verflochten mit anderen Erkenntnissen aus der Kostenentwicklung eines Hausarztnetzes sowie der tiefergründigen Erarbeitung von gewissen Themen und Krankheitsbildern in anderen QZ, erhält man ein recht differenziertes Bild von der Tätigkeit eines Hausarztes.

Die Zusammenarbeitsbasis, die wir in unserem QZ-AAA geschaffen haben, wollen wir weiterentwickeln. Als nächste Ziele haben wir uns gesetzt:

Kurzfristig:

- Kontakt Ärzte–Apotheker
- Konsenslisten in den verschiedenen Indikationsgruppen
- Rationale Pharmakotherapie (von der Indikation zur Auswahl des Moleküls, über die Galenik zur Compliance)

- Pharmakoökonomie
 - Dokumentation des Outcome
- Langfristig:
- optimale Therapie des Patienten
 - Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität, Verhinderung von Komplikationen, Hospitalisationen, Mortalitätssenkung
 - Vernetzung der verschiedenen Akteure des lokalen Gesundheitswesens
 - optimaler Ressourceneinsatz

Zu Dank verpflichtet sind wir unseren beiden Apothekern Fabian Vaucher und Holm Weiss, die bisher das ganze Zahlenmaterial zusammengestellt haben und finanziell den QZ getragen haben.

Literatur

- 1 Bombardier C, et al. The VIGOR Study. *N Engl J Med* 2000;343:1520–8.
- 2 Chan FKL, et al. Celecoxib versus diclofenac and omeprazol in reducing the risk of recurrent bleeding in patients with arthritis. *N Engl J Med* 2002;2104–11.
- 3 Graham DY. NSAIDs, *Helicobacter pylori*, and Pandora's box. *N Engl J Med* 2002;347:2162–4.
- 4 Zimmerli W. Abklärung und Antibiotikatherapie von Infektionen in der Hausarztpraxis. *Schweiz Med Wochenschr* 2000;130:1437–46.
- 5 Tuomilhto J, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001;344:1343–50.
- 6 Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002;346:393–403.
- 7 Evans DJ, et al. A comparison of low dose inhaled budesonid plus Theophylline and high dose inhaled budesonid for moderate Asthma. *N Engl J Med* 1997;337:1412–19.
- 8 Ridken PE, et al. Measurement of C-reactive protein for the targeting of statin therapy in the primary prevention of acute coronary events. *N Engl J Med* 2001;344:1959–66.
- 9 Manford RS. Statins and the acute phase response. *N Engl J Med* 2001;344:2016–18.

Alle von der PrimaryCare-Redaktion akzeptierten Qualitätszirkel-Beiträge werden mit 500.– SFr. honoriert. Diese Unterstützung der Aktivitäten der Qualitätszirkel wird durch ein Sponsoring der Firma Pfizer ermöglicht (siehe auch Editorial in PrimaryCare Heft 23/2002). Diese Beiträge sind jedoch vollkommen unabhängig von diesem Sponsoring entstanden und werden erst nach redaktionellem Review-Prozess dafür vorgeschlagen.