

## **IZAA**

# **Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Apothekern und anderen universitären Medizinalpersonen und / oder Gesundheitsfachpersonen**

Erfahrungen, Erfolgsfaktoren, Risiken, gesundheitsökonomische Analyse

## **Zusammenfassung**

Seit längerer Zeit zeichnen sich eine Abnahme der Allgemeinärzte und ein Mangel an Hausärzten ab. Gleichzeitig können dank Fortschritten in der Logistik Medikamente jederzeit rasch und flächendeckend von einigen Zentren aus geliefert werden. Eine der Kernaufgaben der Offizinapotheke, das Vorhalten und Bewirtschaften eines umfassenden Medikamentensortiments, nimmt dabei an Bedeutung ab. Die Apotheker verfügen jedoch über Kenntnisse und Kompetenzen in der Arzneimitteltherapie, die in der heute üblichen Normalversorgung weitgehend ungenutzt bleiben. Das BAG hat sich in den letzten Jahren vermehrt mit der zukünftigen Rolle der Apotheker in der Grundversorgung auseinandergesetzt. Um die Behandlungsqualität zu fördern, den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu vereinfachen und die Patientenkompetenzen zu stärken sollen Arzt und Apotheker zur Kooperation und zum Wissenstausch verpflichtet und eine gewisse Flexibilisierung der Aufgabenteilung zwischen Hausarzt und Apotheker herbeigeführt werden.

Ziel dieses Projekts war die Erstellung einer Übersicht über die vorhandenen Formen / Modelle der interdisziplinären Zusammenarbeit und eine Aufarbeitung der wissenschaftlichen Evidenz zum Beitrag dieser Modelle an die obengenannten Gesundheitsziele.

In der analysierten Literatur werden fünf Modelle in der Schweiz beschrieben.

- Qualitätszirkel (QZ) ambulant Arzt - Apotheker. Die QZ können als eine spezifische Weiterentwicklung des Academic Detailing oder Educational Outreach aufgefasst werden.
- Pharmazeutische Betreuung in Pflegeheimen des Kantons Freiburg. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um eine Anpassung der QZ aus dem ambulanten Bereich in die Pflegeheime
- Pilotversuch zur Einführung einer Medikationsprüfung bei ambulanten Allgemeinpatienten in den französisch-sprachigen Kantonen.
- netCare, ein zweijähriger Pilotversuch 2012 – 2014 zur Erstberatung / Triage von selbstlimitierenden Erkrankungen in der Apotheke
- Einsatz der Apotheker in der Spitex Luzern zur Überprüfung des Medikationsprozesses

Die Qualitätszirkel Ärzte – Apotheker verfügen über etwa 15 Jahre, die pharmazeutische Betreuung in den Freiburger Pflegeheimen über mehr als 10 Jahre positiver Erfahrungen. In beiden Modellen ist die Einführung gelungen und die Modelle sind fest etabliert.

Der Pilotversuch zur Einführung einer Medikationsprüfung verlief trotz gründlicher Vorbereitung und umfangreicher Hilfen sehr schleppend. Hauptursachen waren die fehlende Motivation der Apotheker und Schwierigkeiten in der Kommunikation mit den Hausärzten.

Zu den beiden anderen Modellen netCare und Apotheker in der Spitex liegen keine Erfahrungsberichte vor.

Bei den Qualitätszirkeln werden die freie Initiative, der Aufbau auf lokalen Netzwerken, die einfachen Strukturen und die pragmatische Ausrichtung als Gegenthese zu staatlichen oder administrativen Vorschriften als Erfolgsfaktoren aufgeführt. Das Vorliegen einer einheitlichen Vorschrift und Regelung durch das Gesundheitsgesetz wurde bei der Pharmazeutischen Betreuung gerade als Erfolgsfaktor ge-

sehen. Wichtige Erfolgsfaktoren waren in beiden Modellen ein einheitliches Monitoring und Berichtssystem als Basis für Vergleiche und zur Identifizierung von individuellen Problemen und Verbesserungsmöglichkeiten. Das Gleiche gilt für die Besprechung der Probleme und Erarbeitung von Lösungen in einem Prozess der Konsensfindung.

In der Pilotstudie für eine Medikationsprüfung wurden mit einem Coaching, externer Beratung, Monitoring und externer wissenschaftlicher Evaluation umfangreiche Hilfestellungen angeboten. Trotzdem genügten sie nicht für eine erfolgreiche Einführung. Die Medikationsprüfung ist allerdings eine Intervention auf Patientenebene. Apotheker und Arzt müssen in der Behandlung individueller Patienten zusammenarbeiten und Informationen und Daten über den Patienten austauschen.

International gibt es eine Vielzahl verschiedener Interventionen, die teilweise gemeinsame Elemente enthalten und sich überschneiden. Es ist keine einheitliche Systematik vorhanden. Nach dem Grad des Einbezugs des Apothekers in die Patientenbetreuung wurden folgende Gruppen grob unterschieden:

- Academic Detailing oder Educational Outreach
- Medikationsprüfung
  - Einfache
  - Intermediäre
  - Erweiterte
- Medication Reconciliation
- Pharmazeutische Betreuung im weiteren Sinne
- Management von Krankheitsstadien oder Risikofaktoren

Die folgenden Faktoren sind für eine erfolgreiche Etablierung wichtig:

- Klare Definition der Aufgaben und Verteilung der Rollen von Apotheker und Arzt
- Das Vorbestehen einer positiven Beziehung zwischen Apotheker und Arzt
- Ein durch lokale Evidenz belegter Bedarf für ein solches Modell
- Klar definierte Verantwortlichkeiten für Umsetzung des Aktionsplans und Nachkontrolle
- Separate Vergütung der Leistungen der Apotheker

Die wichtigsten Hindernisse gemäss der internationalen Literatur sind:

- Fehlendes Mandat, kein gesetzlicher oder institutioneller Auftrag
- Unklarheit bei den Ärzten über den Nutzen, fehlende lokale Evidenz, auch wenn internationale Evidenz vorhanden
- Zeitmangel und Legitimation, resp. Prioritätensetzung in der Alltagspraxis
- Schwierigkeit, Ärzte einzubeziehen, Mangel an Interesse und Unterstützung seitens der Ärzte
- Delegation an einen für Arzt und Patient unbekanntem Apotheker
- Nicht adäquate klinische Ausbildung und mangelnde Beratungserfahrung der Apotheker
- Vergütung zu bescheiden gemessen am Aufwand

Die Patientenzufriedenheit wurde nicht oft untersucht. Die Studien, die sie erhoben haben, berichten aber fast durchweg von positiven Wirkungen der Intervention auf die Patientenzufriedenheit.

Es gibt eine Qualitätsverbesserung in den Modellen. Diese hängt aber immer mit der gesamten (aus mehreren Elementen zusammengesetzten) Intervention zusammen. Es gibt keinen Nachweis für einen direkten Einfluss der Interdisziplinarität oder eines anderen einzelnen Elements der Interventionen auf die gegenüber den Komparatoren erzielten Wirkungen.

Die Interventionen bewirken konsistent in einer geringen Anzahl von Studien eine Verbesserung klinischer Outcomes wie Morbidität – in einer Studie sogar Mortalität – oder Ereignissen, die zu Spitaleinweisungen, Notfall- oder Arztkonsultationen führen. Die Mehrzahl der Studien – auch der qualitativ

hochwertigen RCT – zeigen eine geringe bis mässige Wirkung der Intervention zugunsten von intermediären oder surrogaten Outcomes wie Blutdruck- oder Laborwerten. Häufig untersucht wurde auch die Wirkung bezüglich Outcomes der Patientensicherheit (unerwünschte Wirkungen, Interaktionen, Medikationsfehler) mit praktisch durchgehend positiven Ergebnissen zugunsten der Interventionen.

Die gesundheitsökonomische Analyse fand 3 Studien, bei denen die Intervention bessere oder vergleichbare therapeutische Ergebnisse zu tieferen Kosten erzielte, 7 Studien, in denen die Intervention bessere Outcomes zu höheren Kosten als der Komparator erzielte, 3 Studien, in denen bezüglich der therapeutischen Ergebnisse qualitative Vorteile für die Intervention berichtet wurden bei vergleichbaren Kosten für Intervention und Komparator und 1 Studie, die keinen Mehrwert der Intervention aber höhere Kosten ergeben hat. Insgesamt zeigen die Studien, dass die Interventionen einen bescheidenen bis mittleren Zugewinn an Behandlungsergebnissen zu geringen bis mässigen Mehrkosten ermöglichen.

Die Schweiz hat mit den Qualitätszirkeln ambulant und der pharmazeutischen Betreuung in den Freiburger Pflegeheimen einen erfolgreichen Anfang in der Einführung der Zusammenarbeit zwischen Apotheker und Arzt gemacht. Diese beiden Modelle zielen primär auf eine Veränderung des Verschreibungsverhaltens ab und setzen den Apotheker in der Rolle als herstellerunabhängigen Arzneimittelfachmann und Ratgeber der Ärzte ein.

Die Massnahme 1.1a „Fachlicher Austausch in Qualitätszirkeln“ erscheint umsetzbar. Die Details der Umsetzung, insbesondere beim Monitoring und Benchmarking müssen bei Apotheken, die nicht über OFAC abrechnen, noch gelöst werden. Theoretisch müsste es auch möglich sein, die SD-Ärzte daran beteiligen, da die QZ auf eine Optimierung der Verschreibung abzielen. Davon können auch Ärzte profitieren, die anschliessend selbst dispensieren. Ob sich das allerdings in der Praxis umsetzen lässt, ist angesichts der verhärteten standespolitischen Fronten fraglich.

Eine nächste Stufe stellt die Zusammenarbeit auf der Ebene der individuellen Patientenbetreuung dar. Diese wurde in der Schweiz noch nicht erreicht. International gibt es eine Fülle von Interventionen zur Medikationsprüfung, zur pharmazeutischen Betreuung und zum Management von Krankheitsstadien und Risikofaktoren. Da diese Modelle in den ursprünglichen Zuständigkeitsbereich der Ärzte eingreifen, ist mit einer grösseren Skepsis von Seiten der Ärzte zu rechnen, die berufliche Grenzüberschreitungen und finanzielle Interessenkonflikte befürchten.

Diese Einschätzung stützt sich auf die internationale Literatur über die gegenseitige Wahrnehmung der Rollen von Ärzten und Apotheker und basiert auf dem international üblichen System der Rezeptur. Durch das in der Mehrzahl der Kantone vorherrschende System der ärztlichen Selbstdispensation dürfte sich diese Ausgangslage in der Schweiz noch deutlich erschweren. Einerseits in der Form einer geringeren Bereitschaft von Seiten der Ärzte, die ihre Privilegien nicht riskieren wollen. Andererseits dürfte auch die Bereitschaft seitens der Apotheker zur Zusammenarbeit geringer ausfallen als in einem Rezeptursystem.

Die internationale Literatur nennt einige Erfolgsfaktoren als Voraussetzungen, damit solche Modelle umgesetzt werden können. Lokale Evidenz bezüglich Bedarf und Nutzen der Intervention ist vor allem für die Überzeugung der Ärzte wichtig. Zudem muss eine gute persönliche und professionelle Beziehung zwischen den beteiligten Ärzten und Apothekern etabliert sein. Die Apotheker müssen selbstwirksam sein. Auch müssen die Leistungen der Apotheker und Ärzte separat und adäquat vergütet werden.

Die Wirkungen dieser Interventionen sind in einer breiten Literatur untersucht worden. Die Interventionen führen zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität, was sich vor allem im Bereiche surro-

gater oder intermediärer Outcomes wie Blutdruckkontrolle, Kontrolle von Cholesterin oder Blutzucker niederschlägt. Es liegen keine vergleichenden Bewertungen verschiedener Modelle vor. Die in den Reviews und Metaanalysen untersuchten Modelle sind meist heterogen und aus mehreren Elementen zusammengesetzt. Es ist im Allgemeinen auch nicht möglich, anzugeben, welches Element oder welche Elemente für die Wirkung des Modells verantwortlich ist.

Auch wenn für einzelne Modelle Verbesserungen der Behandlungsqualität kombiniert mit Kosteneinsparungen aufgezeigt werden konnten, sind in der Mehrzahl der Modelle nicht nur die Behandlungsqualität, sondern auch die Kosten der Intervention höher als in der Normalversorgung. Als Faustregel kann man von einer moderaten Erhöhung der Behandlungsqualität zu moderat erhöhten Kosten ausgehen.

Die Aussichten auf eine erfolgreiche Verwirklichung der Massnahmen 2.1b, 2.2a und 2.2b sind als deutlich geringer einzuschätzen. Das hat der Pilotversuch für eine Medikationsprüfung in den französischsprachigen Kantonen eindrücklich gezeigt. Dabei sollte der Apotheker eine einmalige klinische Medikationsprüfung am Patienten durchführen und mit einem Bericht an den Arzt abschliessen. Es handelte sich also um eine Intervention mit eng begrenztem Einsatz des Apothekers am Patienten.

Damit solche Massnahmen erfolgreich eingeführt werden können, ist eine gesetzliche Ermächtigung, ein Mandat erforderlich. Sie sollten als kontrollierte, wissenschaftlich evaluierte Projekte eingeführt werden. Die Idee, schrittweise mit anfänglich begrenztem Einsatz des Apothekers am Patienten zu beginnen, ist richtig. Solche Projekte sollten jedoch nicht einseitig von Apothekerseite her, sondern von allen Stakeholdern gemeinsam getragen, vorbereitet und durchgeführt werden. Auch sollte es nicht den teilnehmenden Apothekern übertragen werden, die Ärzte zu rekrutieren. Ferner ist vor Projektbeginn eine Schulung der Apotheker und eine gemeinsame Schulung / Einübung der Zusammenarbeit von Apothekern und Ärzten erforderlich.