

1 Kritik der reinen Behandlung

2

3 Die Behandlung mit Arzneistoffen gehört zur täglichen Praxis von Ärzten. Dafür erteilt die
4 Gesellschaft dem Arzt ein „soziales Mandat“ und geht davon aus, dass dieser weiß, was er
5 tut. Allerdings kann der Arzt dieser selbstverständlichen Anforderung oft nicht gerecht
6 werden, weil ihm die für die Entscheidungsfindung erforderlichen Informationen nur
7 mangelhaft zur Verfügung stehen. Daraus ergibt sich ein großes Problem für die viel
8 diskutierte Patientensicherheit, von dem die wenigsten wirklich wissen.

9

10 Das Problem:

11

12 Wenn ein Patient aus der stationären Behandlung entlassen wird und auf Arzneistoffe
13 eingestellt ist, muss ambulant eine Weiterverordnung erfolgen. Diese wird durch den
14 Hausarzt und/oder den Facharzt geregelt. Bereits im Krankenhaus, wie auch ambulant,
15 muss jeder Arzt dabei Wechselwirkungen (Interaktionen) und unerwünschte
16 Arzneimittelwirkungen genauso beachten, wie individuelle Aspekte des Patienten in der
17 Einnahme und Verstoffwechselung der Arzneistoffe.

18

19 Mittlerweile sind Wechselwirkungen sowie Polypharmazie in aller Munde und es existieren
20 viele, zum Teil kostenpflichtige Datenbanken, in denen der Arzt sich einen Überblick
21 verschaffen kann, welche Arznei sich mit den anderen Stoffen verträgt und welcher
22 Arzneistoff Wechselwirkungen hervorrufen kann. Dabei ist der sogenannte Alert-Level bei
23 den Datenbanken der Apotheken unterschiedlich zu dem Informationsangebot der unter
24 den Medizinern gängigen Datenbanken wie PSIAC oder MediQ.

25

26 Daraus ergeben sich im Alltag teilweise Unstimmigkeiten in der Einschätzung der
27 Sicherheit einer Kombination von Arzneistoffen in Bezug auf den verordnenden Arzt und
28 den herausgebenden Apotheker. Im Idealfall hat der Arzt Zeit mit dem Apotheker über die
29 Verordnung zu sprechen und darüber hinaus Zeit sich mit seinen Kollegen einer anderen
30 verordnenden Fachrichtung aus zu tauschen, ob und in welcher Art, eine eventuelle
31 Umstellung bei recherchierten oder durch Datenbanken angezeigten Unverträglichkeiten
32 und Wechselwirkungen möglich ist. Dabei ist der individuelle Aspekt „Patient“ mit seinen
33 täglichen Gewohnheiten noch nicht einbezogen. Im Alltag (Minuten pro Patient) ist das
34 allerdings Utopie, da die Durchschnittliche Konsultations- bzw. Gesprächsdauer etwa bei
35 dem Hausarzt bei unter fünf Minuten liegt (1). Der Patient geht davon aus, dass der Arzt

36 weiß, was er tut und darüber hinaus sich mit seinen Kollegen abstimmt. Bereits seit den
37 1990er Jahren wissen wir, dass dieser Austausch, wie auch die Zeit am Patienten,
38 zunehmend weniger wird (2). Ebenso geht der Patient davon aus, dass die Krankenkasse
39 das erforderliche Medikament und auch einen eventuell erforderlichen Wechsel bezahlt.

40

41 Wie diese Dinge in der Praxis geregelt sind, versteht aber nicht nur der Patient nicht,
42 sondern ebenso wenig (mehr) der Arzt, weil die Komplexität bestehend aus der
43 Herausgabe von Arzneimitteln durch die Apotheke („Rabattvertrag“), der ökonomische
44 Druck des Verschreibenden (Bezahlung nach Punkten über die Kassenärztliche
45 Vereinigung – Punkteabzug bei Budget-Überschreitung) und fehlendes Wissen um
46 tatsächliche Einbettung eines Arzneistoffes in die Darreichungsform sowie die täglichen
47 Gewohnheiten eines Patienten, diesem Verständnis im Wege stehen.

48

49 Daraus ergibt sich eine Kontroverse um die „richtige Behandlung“ je nach
50 Betrachtungswinkel:

51

52 **Der Arzt** (ver)sucht gemäß seinem Fachwissen den richtigen Wirkstoff. Ausgehend von
53 der pharmakologischen Ausbildung, ist die Suche relativ eindimensional und fokussiert auf
54 den aktiven pharmazeutischen Inhaltsstoff (API). Etwa einem Beta-Blocker zur
55 Herzfrequenzsenkung oder einem Dopamin-Antagonisten zur Schizophrenie-Behandlung.
56 Doch stellt sich ein verordnender Arzt selten die Frage wie der API dort hin kommt, wo er
57 wirken soll. Dabei spielen nicht nur Aufnahme in den Organismus und die Verteilung eine
58 Rolle sondern auch noch Einflussgrößen wie Ernährung, Bewegung, Schlafverhalten, das
59 Umfeld des Patienten und viele andere mehr (3).

60

61 Pharmakodynamik, Pharmakokinetik, individuelle Einflussfaktoren auf die Physiologie,
62 Umweltfaktoren und weitere Größen bedingen einander. Vom Geschlecht über das
63 Gewicht bis hin zur (Epi-) Genetik sind die Dimensionen viele an der Zahl und es entsteht
64 ein ‚multidimensionaler Kosmos‘ an pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten der
65 Hypertonie und/oder Schizophrenie und/oder vielen weiteren Erkrankungen.

66

67 **Der Patient** (ver)sucht gemäß seinem Leidensdruck, seinem Vertrauen zum Arzt und
68 seinem individuellen Umgang mit sich selbst das richtige Präparat. Ausgehend von dem
69 „sozialen Mandat“ an den Behandler weiß der Patient wenig von der Multidimensionalität
70 des Problems. Der Fokus des Arztes auf das Wohlergehen des Patienten wird allgemein

71 als bioethisches Grundprinzip verstanden (4). So sehen es wohl auch die meisten
72 Patienten.

73

74 **Der Kostenträger** (ver)sucht gemäß ökonomischen Prinzipien die optimale Balance
75 zwischen Kosten und Wirkung. Dabei wird sich an Studien (oft durch die Industrie
76 finanziell getragen) orientiert und die Grundausrichtung ist eine eindimensionale
77 Anschauung gemäß der Ausbildung beteiligter Entscheider wie Pharmakologen, Mediziner,
78 Chemiker oder Pharmazeuten und andere. Deren Ausbildung fokussiert im Wesentlichen
79 den API neben allgemeinen Grundlagen der Pharmako -dynamik und -kinetik, welche im
80 fortgeschrittenen Studium oft vernachlässigt werden zu Gunsten der täglichen Praxis, so
81 dass auch dort in der ökonomischen Entscheidung eine Sicherheitslücke klafft zwischen
82 der eindimensionalen Auseinandersetzung, *ob* ein API an seinem Zielort wirkt und der
83 multidimensionalen Frage, *wie* dieser API zum Zielort gelangt, welche Stationen er auf
84 seinem Weg absolviert und wie ein Medikament beschaffen ist. Denn es gibt viele
85 unterschiedliche Darreichungsformen und eine Menge Hersteller von Arzneistoffen
86 konkurrieren auf dem Markt, aber nicht jede „Pille“ ist gleich.

87

88 Nicht anders ist eine oft kaum beachtete aber dennoch erlaubte
89 *Bioverfügbarkeitsdivergenz* unterschiedlicher Generika zwischen 80 und 125 Prozent in
90 Bezug zum Originalpräparat im gelebten Alltag zu erklären (5), in Kombination mit für den
91 rezeptierenden Arzt oft wenig transparenten Rabattverträgen mit der Folge
92 unterschiedlicher API-Mengen am Wirkort, je nach gerade vom Apotheker
93 herausgegebenem Medikament: Es kann also durchaus sein, dass der Patient mit seinem
94 aktuellen Rezept von der Apotheke ein Medikament erhält, was –im äußersten Fall – 45%
95 mehr oder weniger bioverfügbar ist! Der Patient wundert sich, warum nun mehr oder
96 weniger Wirkung und/oder Nebenwirkung vorhanden ist.

97

98 **Der Alltag:**

99

100 Zusammengeführt bedingen oben genannte Elemente, dass ein Beispiel-Patient im
101 Krankenhaus einen (zusätzlichen) Arzneistoff erhält, vielleicht ungeachtet der anderen
102 begleitenden Arzneien zur Behandlung der zur Einweisung geführten Erkrankung, wie
103 etwa einer Hypertonie. Danach bekommt er vom weiter verordnenden Arzt ein Rezept
104 über den API zum Beispiel Metoprolol. Damit geht der Patient in die Apotheke und
105 bekommt evtl. ein Präparat, was bis zu 45 Prozent weniger oder mehr bioverfügbar ist, als

106 jenes, welches er zuletzt eingenommen hat. Ungeachtet der Tatsache, dass Metoprolol ein
107 Inhibitor eines speziellen (hepatischen) Abbauweges (in diesem Fall: CYP 2d6) ist, werden
108 vielleicht im Verlauf andere Arzneistoffe verordnet, welche ebenso über dieses
109 Enzymsystem metabolisiert werden (wie etwa viele Psychopharmaka). Auch ist die
110 genetische Ausstattung mit den Stoffwechselenzymen entscheidend, weil der Patient
111 vielleicht über den genannten Weg sehr schnell verstoffwechselt (*rapid-metabolizer*) oder
112 gar sehr langsam (*poor-metabolizer*).

113

114 Sollte der Beispiel Patient gar über 65 Jahre alt sein, so erhält er statistisch mit großer
115 Wahrscheinlichkeit mindestens vier verschiedene Arzneistoffe (APIs) (6). Mit sehr großer
116 Wahrscheinlichkeit kommen Befindlichkeitsstörungen über ein gewisses Maß, evtl. sogar
117 manifeste psychische Störungen hinzu, oder auch Schlafstörungen und rasch wird ein
118 zusätzliches Medikament wie beispielsweise Melperon verordnet, ein API, welcher über
119 den gleichen Weg metabolisiert wird, den der bereits in Festmedikation bestehende
120 Blutdrucksenker hemmt und darüber hinaus selbst diesen Weg mit hemmt. Nun sind
121 Schwankungen in der Wirkung und damit einhergehende Effekte wie Benommenheit,
122 Schwindel, Sturzneigung usw. kaum mehr tatsächlich validierbar, da eine Konkurrenz in
123 der Verstoffwechselung (Pharmakokinetik) besteht, welche nicht mehr überschaubar ist.

124

125 Darüber hinaus verstärken Unterschiede in der Darreichung von Arzneistoffen (Tablette,
126 Schmelztablette, Saft etc), die Unterschiede der Verfügbarkeit des APIs
127 (Bioverfügbarkeitsdivergenzen).

128

129 Schlussendlich variieren die Präparate von Rabattvertrag zu Rabattvertrag im
130 Verschreibungsalltag, weil der Apotheker verpflichtet ist, das aktuell günstigste Präparat
131 heraus zu geben (§ 129 Sozialgesetzbuch, SGB V). Zwar kann ein Arzt mit der sogen. „aut
132 idem“ Markierung auf dem Rezept sich über diese Verordnungsrichtlinie hinweg setzen
133 und so garantieren, dass die Bioverfügbarkeit über die Rezepte hinweg gleich bleibt, doch
134 führt dies rasch zu einer Kollision mit dem für den Arzt von der zuständigen
135 kassenärztlichen Vereinigung geregelten Arzneimittelbudget, was dazu führen kann, dass
136 ein Arzt weniger Berechnungspunkte erhält, schlussendlich weniger Geld am Ende eines
137 Quartals. Somit liegt die Motivation des Arztes in der Vermeidung der „aut-
138 idem“ Markierung.

139

140

141 **Die Schlussfolgerung:**

142

143 Ohne sich in zu viele Abrechnungs-, Zeitmanagements- und sonstige Vorgaben- Details
144 zu 'ver-wickeln', benötigt der Arzt Hilfe bei der 'Ent-Wicklung' eines modernen Umganges
145 mit dem Patienten, in welchem er zumindest möglichst viele Dimensionen in die
146 Entscheidungsfindung der Rezeptverordnung mit einbeziehen kann. Status quo sind
147 kostenpflichtige Datenbanken (wenn genutzt) und wenig Zeit pro Patient (7).

148

149 Die erforderlichen Informationen um den Anforderungen der Berufsordnung nach zu
150 kommen und „... Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen,
151 Leiden zu lindern [...] und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick
152 auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken“ (§ 1 Abs. 2 (Muster-)
153 Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte Stand 2018), sollten
154 leicht verfügbar sein, kein Geld kosten und es sollte möglich sein, sich als Arzt dafür Zeit
155 nehmen zu können. Patienten müssen ausführlich untersucht werden, es bedarf Zeit für
156 die Erfragung der Lebensführung und Umweltfaktoren, die allesamt Einfluss auf die
157 Physiologie haben (8) und schlussendlich Zeit die gesammelten Informationen aus zu
158 werten (wenn möglich) vor einer pharmakologischen Entscheidung. Diese Elemente
159 gehören auch zu einer Aufklärung des Patienten in Bezug auf die gewählte Therapie mit
160 einem Arzneistoff, um eine gemeinsame Entscheidungsfindung überhaupt möglich zu
161 machen, denn, wenn der Arzt erkennt wie begrenzt das versteh-, verwert- und vermittel-
162 bare Wissen in Wirklichkeit ist, dann benötigt er erst Recht Zeit dafür, den Patienten
163 wenigstens darüber auf zu klären um dessen Autonomie zu stärken (9). Denn für jegliches
164 ärztliches Handeln bedarf es eines informierten Einverständnisses. Patientenwohl und
165 Einwilligung stehen im Vordergrund und dafür braucht es die Grundlage des Wissens.
166 Ohne mehr (bezahlte) Zeit können wir unserem sozialen Mandat also nicht (mehr) adäquat
167 nachkommen. Wie dies im aktuellen Gesundheitssystem möglich zu machen ist, muss auf
168 breiter Ebene diskutiert werden unter Einbezug von Kostenträgern, verordnenden Ärzten,
169 den ausbildenden Universitäten und der Politik. Dafür benötigt es allerdings ein stärkeres
170 Problembewusstsein, was bislang nicht vorhanden erscheint, sonst wäre die Situation
171 nicht so festgefahren, wie in diesem Artikel skizziert.

172

173 Dieses Problem ist vor allem bei den Hausärzten bereits in den Fokus gerückt und es
174 existieren Leitlinien zur Multimedikation (10). Dennoch ergab eine von der Deutschen
175 Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) geförderte Studie, dass bei

176 untersuchten Priorisierungskriterien zur Auswahl der Arzneimitteltherapie bei Hausärzten
177 zwar die Patientensicherheit an erster Stelle steht und ökonomische Überlegungen erst an
178 letzter Stelle, allerdings an vorletzter Stelle Leitlinie und Studienlage. Bislang so nicht
179 untersucht, erscheint dies sicherlich auch für niedergelassene Fachärzte übertragbar. Ein
180 Grund dafür könnte jene die fehlende Zeit sein, sich im ärztlichen Alltag auf dem aktuellen
181 Stand zu halten und neue Forschungen zu berücksichtigen.

182

183 Selbst der psychiatrische Alltag ist mittlerweile geprägt von multidimensionalen
184 Ansprüchen. Leistung am Patient muss darstellbar, abrechenbar und forensisch sicher
185 sein, eine Dokumentation sollte defizitorientiert und die Behandlung ressourcenorientiert
186 sein, aber immer auch für den Kostenträger die Schwere der Behandlungsbedürftigkeit
187 abbilden, gleichzeitig einen prozessualen Charakter haben, indem ein Fortschritt
188 darstellbar ist und alles juristisch sicher und die Selbstbestimmung achtend.

189

190 Aus Sicht aller Dimensionen nachvollziehbar, aber für den die Entscheidung verantwortlich
191 tragenden Facharzt im Stationsalltag nur dann durchführbar, wenn alle Zeitressourcen
192 darauf verwendet werden. Am wenigsten Zeit bleibt für die adäquate
193 Entscheidungsfindung in Bezug auf die Medikation, geschweige denn für das Gespräch
194 mit dem Menschen, der den Arzneistoff einnehmen soll, verstehen soll warum, um
195 möglichst eigenverantwortlich einen Umgang mit der Therapie zu entwickeln, zumal
196 psychiatrische Medikationen oft über sehr lange Zeiträume verabreicht werden.

197

198 Um dieser Multidimensionalität in der Entscheidungsfindung und ihrer Dokumentation
199 Rechnung tragen zu können muss der psychiatrische Alltag in Klinik und Niederlassung
200 entschleunigt werden. Dafür ist Umdenken erforderlich und vielleicht ein Abrücken von den
201 Bestrebungen um Fallpauschalen.

202

203

204

205

206

207

208

209

210

Literatur:

- 1 Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, Holden J (2017), 276 International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 277 67 countries. BMJ Open 7, e017902
- 2 Wilson A, McDonald P, Hayes L, Cooney J (1991), Longer booking intervals in general 280 practice: effects on doctors' stress and arousal. Br J Gen Pract; 41, 187-7
- 3 Hiemke C, Bergemann N, Clement HW et al.: Consensus Guidelines for Therapeutic Drug Monitoring in Neuropsychopharmacology: Update 2017. Pharmacopsychiatry 51, 9-62
- 4 Beauchamps TL and Childress JF: principles of biomedical ethics Oxford University press (7th ed.) 2012
- 5 European Medicines Agency, (EMA), "Guideline on the Investigation of Bioequivalence" CPMP/EWP/QWP/1401/98 Rev.1 (2010)
(http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2010/01/WC500070039.pdf).
- 6 Lipp, H.-P.: Besonderheiten der Pharmakologie und der Arzneimittelverordnung im Alter. In G. Kolb & A. Leischker (Eds.), Medizin des alternden Menschen. Lehrbuch zum Gegenstandskatalog der neuen ÄApprO (pp. 77 82). Stuttgart: Wiss. Verl.-Ges. (2009)
- 7 Irving G, Neves AL, Dambha-Miller et al.: International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. (2017) BMJ Open 7, e017902
- 8 Paulino EL, Bouvy ML, Gastelurrutia MA, Guerreiro M, Buurma H: Drug related problems identified by European community pharmacists in patients discharged from hospital (2004) Pharm World Sci. 26, 353-60

- 246 9 Felix Thiele Autonomie und Einwilligung in der Medizin: eine
247 moralphilosophische Rekonstruktion, mentis (2011)
248
- 249 10 AWMF Hausärztliche Leitlinie: Multimedikation (Stand 2014); Federführende
250 Fachgesellschaft: DEGAM; <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-043.html>
251
- 252 11 Marx Y, Robra Bernt-Peter, Hermann Markus (2016), Priorisierungskriterien bei
253 Polypharmazie Z Allg Med 2016; 92 (6)
254
255
256
257
258
259
260
261