

Für die korrekte Verschreibung eines Medikamentes ist ärztliches Know-how nötig

Apotheker haben fundierte Kenntnisse zu Arzneimitteln, sie kennen Wirksamkeit, Nebenwirkungspotential und Interaktionen. Die Verschreibung von Medikamenten ist aber mehr als nur Pharmakologie auf Hochschulniveau. Wichtig sind möglichst optimale Kenntnisse über die Person, die das Medikament erhält.

Heinz Bhend

Hausarzt und Fachlicher Leiter
Institut für Praxisinformatik IPI

In der Sendung «10-vor-10» vom 6. Mai 2014 hat der Apothekerverband zur laufenden Debatte im Nationalrat betreffend Abgabe rezeptpflichtiger Medikamente folgende Stellungnahme abgegeben:

«Die Apotheker sind die durch die Hochschule qualifizierten Fachleute für die Medikamente. Wo ist das Problem?»

Meine kurze Antwort auf die kurze Frage: In der eingeschränkten Optik! Da die Apotheker offenbar kein Problem sehen, hier eine Hilfestellung:

Bei der Beschränkung des Horizontes auf die Medikamente und deren Interaktionen gibt es bezüglich Fachkompetenz des Apothekers tatsächlich kein Problem. Die Apotheken sind zudem zu nahezu 100 % digital und mit softwarebasierten Interaktionstools

ausgerüstet. Die Verschreibung ist aber mehr als nur Pharmakologie auf Hochschulniveau. Die Notwendigkeit, Arzneimittel fundiert zu kennen, inklusive Wirksamkeit, Nebenwirkungspotential und Interaktionen, ist unbestritten. Etwas abstrakt formuliert kann man sagen: Die medikamentöse Behandlung beabsichtigt ja eine Interaktion zwischen Medikament und dem System «Mensch». Bei dieser Wechselwirkung sind die Medikamente die eine Seite. Genauso wichtig sind möglichst optimale Kenntnisse über die Person, die das Medikament erhält.

Um das Krankheitsbild eines Menschen nur annähernd zu erfassen ist u. U. das ganze Rüstzeug der Medizin nötig: Anamnese, Status und allenfalls apparative Untersuchungen. Deshalb beinhaltet die konkrete

Abbildung 1

Ein Vergleich der Medikamentenabgabe bei Arzt und Apotheker.

Doppelte Kontrolle oder „Das-4-Augenprinzip“ am Beispiel der Medikamentenabgabe
Direktabgabe (= DMA) versus Rezeptur

Konzeptidee: Qualitätsförderung, durch „Einsatz von“ vier Augen oder zwei (Fach-) Personen um dadurch Fehler zu vermeiden.

Prozess: Kontrolle ob der richtige Patient, für die richtige Indikation, unter Berücksichtigung der Kontraindikationen, das richtige Medikament in der richtigen Dosierung (Dauer/Applikationsart) erhält.



	Richtiger Patient	Richtige Indikation	Berücksichtigung Kontraindikationen			Richtiges Medikament	Richtige Dosierung
			Nebendiagnosen	Laborwerte	Andere Medikamente		
Apotheker	Oft wird Rezept von Dritten eingelöst 	Diagnose ist dem Apotheker nicht bekannt; macht allenfalls aus Medikamenten Rückschlüsse auf Diagnose 	Nicht bekannt 	Nicht bekannt 	Bekannt, Interaktionscheck erfolgt softwarebasiert 	Keine Beurteilung möglich, da Diagnose und damit Guidelines nicht bekannt sind 	Standarddosierungen sind keine Wissenschaft, da „hinterlegt“. Anpassungen nicht möglich
Arzt	Kennt seine Patienten, bei DMA erhält die Person das Medikament unmittelbar im Anschluss an die Konsultation 	Diagnose und damit Indikation ist bekannt 	Bekannt 	Bekannt 	Bekannt, Interaktionscheck erfolgt softwarebasiert 	Auswahl liegt alleine in der Verantwortung des Arztes. Kein Teamentscheid möglich 	Standarddosierungen sind keine Wissenschaft, da „hinterlegt“. Anpassungen an Laborwerte und Nebendiagnosen sind möglich
Erläuterung		Beinhaltet Kenntnis der Diagnose	Eine Nebendiagnose kann u. U. ein Hinderungsgrund sein, ein Medikament einzusetzen	Laborwerte können Hinderungsgrund sein, ein Medikament einzusetzen	Gewisse Medikamente dürfen nicht gleichzeitig verabreicht werden (sog. Interaktionen)		

FAZIT: Wenn das „Vier-Augen-Prinzip“ nur für Kontrolle des Rezeptes eingesetzt wird, bedeutet dies, dass eine künstlich eingebaute Schnittstelle kontrolliert wird. Mit Qualitätsförderung hat dies nichts zu tun. Diese ist gegeben, wenn eine zweite Fachperson vollumfänglich informiert ist. Um diese Zusatzinformationen (Diagnosen, Nebendiagnosen, Laborwerte) richtig interpretieren zu können, muss die Fachperson MedizinerIn sein.

Korrespondenz:
Dr. med. Heinz Bhend
Ottnerstrasse 9
CH-4663 Aarburg
info[at]dr-bhend.ch



Kann der Apotheker beurteilen, ob der Patient für die richtige Indikation das richtige Medikament in der richtigen Dosierung unter Berücksichtigung allfälliger Nebendiagnosen und Kontraindikationen erhält?

Indikationsstellung für eine medikamentöse Behandlung eben ein weit grösseres Spektrum als nur gerade die Medikamente und deren Interaktionen.

Konkret muss die Frage beantwortet werden: «Hat der richtige Patient für die richtige Indikation das richtige Medikament in der richtigen Dosierung unter Berücksichtigung allfälliger Nebendiagnosen und Kontraindikationen?»

«Um das Krankheitsbild eines Menschen nur annähernd zu erfassen, ist u. U. das ganze Rüstzeug der Medizin nötig.»

So kompliziert dieser Satz auch klingt, so einfach und klar ist seine Bedeutung: der Patient muss befragt werden (Anamnese), allenfalls muss eine körperliche Untersuchung erfolgen (klinischer Befund) und bei Bedarf müssen apparative, diagnostische Mittel eingesetzt werden (Labor, Röntgen) um mit hinreichender Sicherheit eine korrekte Indikation zu stellen und eine unerwünschte Nebenwirkung (Beispiel Elektrolytstörung, Niereninsuffizienz, Leberinsuffizienz) möglichst zu vermeiden. Wie verschieden die Möglichkeiten und Grenzen sind, zeigt Abbildung 1.

Fazit: Für die korrekte Verschreibung eines Medikamentes ist ärztliches Know-how nötig. Wir haben in der Schweiz die privilegierte Situation, dass gut ausgebildete Ärztinnen und Ärzte in modernen Praxen arbeiten und diese meist über ein Präsenzlabor verfügen. Bei Bedarf sind zeitnahe Laboruntersuchungen möglich.

Wer letztlich das Medikament abgibt, ist eine politische Diskussion. Im Aargau wurde bei der letzt-

jährigen Abstimmung vehement für das sogenannte «Vier-Augen-Prinzip» gekämpft, früher hiess es «Wer verschreibt, verkauft nicht». Diese Sichtweise ist nun im Rahmen der Ausweitung der Geschäftsfelder für den Apotheker offenbar nicht mehr gefragt. Grundtenor: Der Apotheker kann problemlos «döckerle» – beim Arzt wird die Kompetenz im Bereich Medikamente in Frage gestellt.

Zweifelsohne gibt es Medikamente, die harmlos und meist ohne jegliche Kontrollen oder ärztliche Beurteilung eingenommen werden können. Dies ist ja auch die Möglichkeit der OTC-Pharmas. Zudem können rezeptpflichtige Medikamente periodisch hinterfragt werden, ob die Rezeptpflicht noch nötig ist. Dies ist letztlich eine fachliche Entscheidung und sollte unabhängig von kommerziellen Interessen stattfinden.

Sind damit alle Probleme gelöst? – Bei weitem nicht! Noch so gute Tools nützen nichts, wenn die nötigen Informationen nicht vorliegen. Es macht nur begrenzt Sinn, Interaktionschecks für ein bestimmtes Rezept durchzuführen. Wichtiger wäre, dass alle gleichzeitig verabreichten Medikamente mitberücksichtigt werden und die klinischen Parameter wie Nebendiagnosen, Laborwerte in die Beurteilung einfließen.

Der Nachholbedarf der Ärzteschaft

Wir Ärzte hätten aber die Chance, «rechts zu überholen». Man stelle sich vor, in 10 Jahren dokumentierten alle Praxen elektronisch. Die gleichen Medikamenten-Interaktionstools, die heute in den Apotheken vorhanden sind, wären in den elektronischen Krankengeschichten integriert und die Validierung würde nicht erst bei der Abgabe, sondern bei der Verschreibung erfolgen. Die Interaktionskontrolle erstreckte sich auch nicht nur auf Medikamente untereinander, sondern ein Grossteil der Interaktion «Medikament – Mensch» würde mit erfasst.

Bei cleverer elektronischer Dokumentation könnten künftige «Smart-eKGs» auch vor individuellen Unverträglichkeiten warnen, Hinweise auf risikoreiche Konstellationen zwischen Diagnosen, Nebendiagnosen, Laborwerten und Medikamenten geben. Zudem stehen bei Bedarf Hilfstools wie Guidelines, Risikokalkulatoren usw. zur Verfügung. Alle Ingredienzien dazu sind in einer modernen elektronischen Krankengeschichte vorhanden. Das Potential im Bereich Clinical Decision Support ist bei digitaler Dokumentation riesig. Voraussetzung ist einzig, dass die Mehrheit der Praxen elektronisch dokumentiert, problemorientiert dokumentiert und die Weiterentwicklung der elektronischen Krankengeschichte in Richtung «Smart-eKG» rasch vorangeht. Genau diese beiden Themenbereiche, «Going paperless» und «Elektronische KG der Zukunft (Big Picture)» sind der Hauptfokus des Instituts für Praxisinformatik IPI.