

Martin Beyer, Ferdinand M. Gerlach

Wann ist Pharmakotherapie „rational“?

Rationale Pharmakotherapie befindet sich im Spannungsfeld von pharmakotherapeutischen Kenntnissen, am einzelnen Patienten orientierten Überlegungen, aber auch wirtschaftlichen Erwägungen. Pharmakologisches Fachwissen und die Beachtung der rechtlichen Vorschriften sind notwendig. Hausärzte können und müssen aber auch ihr Verständnis für übergreifende Zusammenhänge (z. B. von der Pharmakotherapie im Alter) sowie ihre spezifischen Kompetenzen einbringen, um ein rationales Therapiekonzept gemeinsam mit ihren Patienten umzusetzen. Gefordert sind hier hausärztliche Kompetenz und Augenmaß.

WHO-Definition

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat als Ziel einer rationalen Pharmakotherapie definiert [1], dass

„Patienten die für sie geeigneten Medikamente in einer individuell zweckmäßigen Dosis über einen angemessenen Zeitraum erhalten, zu möglichst geringen Kosten für sie und die Gemeinschaft“.

Damit ist zugleich ausgesagt, dass die Wirtschaftlichkeit (oder enger noch: die Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung [GKV]) nur *ein* Zielkriterium sind, neben Therapiezweck und Patientenbedürfnissen.

Dass gleichzeitig die Pharmakotherapie in der ambulanten Versorgung einen immer größeren Stellenwert einnimmt, wird schon dadurch deutlich, dass die Ausgaben der GKV für (ambulant verordnete) Arzneimittel zu den am schnellsten wachsenden Kostenblöcken gehören und seit etwa zwei Jahren sogar höher liegen als die Ausgaben für das vertragsärztliche Honorar (2007: 27,8 Mrd. gegenüber 23,1 Mrd. Euro) [2]. Allgemeinmediziner und praktische Ärzte verordnen hiervon alleine 42,4 %, zusammen mit hausärztlich tätigen Internisten und Kinderärzten sogar weit über 60 % [2].

Aus der obigen WHO-Definition ergeben sich vor allem die folgenden vier Ziele:

- › Effektivität,
- › Angemessenheit,
- › Sicherheit und
- › Wirtschaftlichkeit.

Effektivität

Treibendes Motiv einer Verordnung ist selbstverständlich in den meisten Fällen die Erwartung einer therapeutischen Wirkung und eines gesundheitlichen Nutzens für den Patienten. Fortschritte in der Klinischen Pharmakologie machen immer mehr (gerade auch chronische) Erkrankungen immer besser behandelbar, steigern aber in der Regel auch den Kostenaufwand für Pharmakotherapie. Gleichwohl kann diese Wirkung nur eintreten, wenn auch möglichst alle geeigneten Patienten die effektive Therapie erhalten [3]. Aus zahlreichen Studien zur leitliniengerechten Therapie ist bekannt, dass der Anteil der Patienten, die z. B. bei Herzinsuffizienz, erhöhtem kardiovaskulären Risiko oder Diabetes mellitus die effektiv(st)e Therapie erhalten, häufig noch deutlich verbesserungsbedürftig ist. In den letzten Jahren ist dieser Anteil, nicht nur im Zusammenhang mit den Disease-Management-Programmen (DMPs), jedoch weiter gestiegen. Es bleibt vor allem wegen des engen Patientenkontakts eine wichtige hausärztliche Aufgabe, wirksame bzw. effektive Therapien wie die Statin- oder ASS-Gabe „in der Fläche“ möglichst optimal umzusetzen.

Die Auswahl der effektiv(st)en Therapie wird allerdings zunehmend anspruchsvoller: Die Pharmakotherapie unterliegt ständigen echten, oft aber nur scheinbaren Innovationen (über 20 % aller verordneten Arzneimittel wurden erst in den letzten zehn Jahren zugelassen [2]). Neue Arzneimittel werden z.T. mit der Marktmacht großer Pharmaunternehmen regelrecht „auf den Markt gedrückt“. Gleichzeitig sind im Zeitalter der evidenzbasierten Medizin die Anforderungen an einen überzeugenden Wirksamkeitsnachweis höher geworden. Hausärzte, die auf dem aktuellen Stand (hochwertiger) Arzneimittelinformation sein wollen, müssen daher mit den

Wirtschaftlichkeit

ist nicht das einzige Zielkriterium.

Effektive Therapien

optimal „in der Fläche“ umsetzen

Die Arzneimittelkosten

sind seit 2007 höher als das ärztliche Honorar.