

Sieben Vorschläge gegen Polypharmazie und für rationale Verschreibung von Arzneimitteln

In einem Workshop der WHO (1) wurde irrationaler Gebrauch bzw. irrationale Verschreibung von Arzneimitteln wie folgt charakterisiert:

- Verschreibung von Arzneimitteln bei Erkrankungen, bei denen eine Arzneimitteltherapie nicht indiziert ist, z.B. Antibiotika gegen grippale Infekte,
- Verschreibung von falschen Arzneimitteln bei behandlungsbedürftigen Erkrankungen, z.B. Tetrazykline bei Kindern mit Diarrhö an Stelle von Rehydrationsmaßnahmen,
- Verschreibung von Arzneimitteln mit zweifelhafter oder unbewiesener Wirksamkeit, z.B. Motilitätshemmer bei Diarrhö,
- Gebrauch von Arzneimitteln mit unklarer Sicherheit, z.B. Metamizol,
- Vorenthalten von indizierten, verfügbaren, sicheren und wirksamen Arzneimitteln, z.B. Masernimpfung,
- fehlerhafte Anwendung indizierter Arzneimittel, z.B. falsche Dosis, falsche Dauer, falscher Einnahmeweg,
- Verschreibung von unnötig teuren Arzneimitteln, z.B. von Breitspektrum-Cephalosporinen, wenn ein Antibiotikum mit schmalerem Spektrum ausreichend ist.

Die möglichen Folgen irrationaler Verschreibungen sind vielfältig und oft schwer zu erkennen. Die Patienten erleiden vermehrt Nebenwirkungen und/oder eine Verschlechterung ihres Zustandes, weil sie fehlerhaft behandelt werden. Beides ist mit erhöhter Morbidität und Letalität assoziiert. Darüber hinaus führt eine irrationale Therapie bei Patienten nicht selten zu dem trügerischen Eindruck, dass es für jede Störung eine medikamentöse Lösung gibt („a pill for every ill“; Medikalisierung des Lebens). Außerdem kann die Eigenverantwortlichkeit und -initiative geschwächt werden. Nicht selten werden Patienten auch skeptisch gegenüber der wissenschaftlichen Medizin, die Adhärenz nimmt ab, und sie wenden sich häufig der Paramedizin zu. Für die Gemeinschaft steigen durch irrationale Verschreibungen die Arzneimittelausgaben, und zusätzlich entstehen Kosten für die Korrektur von Nebenwirkungen. Das Beispiel der Zunahme multiresistenter Keime in Folge des jahrelangen irrationalen Einsatzes von Antibiotika zeigt, wie weitreichend ein solches Verhalten sein kann. Darüber hinaus führt der irrationale Umgang mit Arzneimitteln zu einer Verteilungsgerechtigkeit, denn das Geld, das unnötig ausgegeben wird, fehlt dort, wo es rational eingesetzt werden könnte.

Die Gründe für die irrationale Arzneimitteltherapie sind vielfältig. Bei Patienten bestehen durch Fehlinformationen oft falsche Erwartungen. Zwar ist in Europa die Bewerbung rezeptpflichtiger Arzneimittel bei Patienten verboten, doch dieses Verbot wird immer wieder unterlaufen (vgl. 2). Beispiele hierfür sind die sog. „Aufklärungskampagnen“ bei Osteoporose, „Männergesundheit“ oder

aktuell die „Pneumokokkenimpfung ab 50“. Durch solche, meist von der Industrie initiierten und finanzierten Kampagnen werden bei Gesunden und Kranken irrealer Erwartungen geweckt und häufig wird dann versucht, sie von Ärzten und Apothekern erfüllt zu bekommen.

Ärzte und Apotheker können aber auch selbst Promoter einer irrationalen Arzneimitteltherapie werden, z.B. wenn sie falsch oder tendenziös informiert wurden. Über die Rolle von Meinungsmachern („key opinion leaders“) und Meinungsbörsen (Kongresse, Fachjournale) bei dieser Desinformation haben wir immer wieder berichtet (3, 4). Es fehlt manchen Ärzten und Apothekern eine innere Unabhängigkeit. Auch verfügen sie häufig nicht über die Instrumentarien, um sich ein vom Eigeninteresse unabhängiges Bild von einer Therapie machen zu können. Auch einseitige universitäre Didaktik (Symptom-Verschreibungsreflex), das ärztliche Rollenmodell (Aktivismus, Hierarchie) und berufliche Rahmenbedingungen (Fünf-Minuten-Medizin) spielen eine bedeutsame Rolle bei der Entstehung von irrationaler Verschreibung. Die Einschätzung der Nutzen-Risiko-Relation eines Arzneimittels ist bei manchen Ärzten und Apothekern durch vielfältige äußere Manipulationen (Schönung von Studienergebnissen, Werbeaussagen) stark verzerrt. Solche Manipulationen führen nicht nur zur unkritischen und unbegrenzten Verschreibung von Arzneimitteln, sondern auch zum ungehemmten Verkauf von diversen, meist völlig nutzlosen Nahrungsergänzungsmitteln und Kräutern durch die Apotheken.

Die Polypharmazie ist schlechthin der Inbegriff der irrationalen Arzneimitteltherapie. In langen Arzneimittel-Einnamelisten von Patienten finden sich fast immer Irrationalitäten. Es gibt die These, dass die Verordnung von mehr als fünf Arzneimitteln schon per se irrational ist. Unser ISDB-Schwesterblatt „Therapeutics Letter“ aus Kanada hat in Absprache mit 90 ausgewählten Experten und Allgemeinmedizinern sieben Wege aus dem Dilemma der Polypharmazie beschrieben (5). In Anlehnung an diese Thesen wollen wir auch unseren Lesern sieben Möglichkeiten aufzeigen, Polypharmazie zu reduzieren und zu rationalen Verschreibungen zu kommen:

1. **Überprüfung des Therapieziels:** Warum wird das Medikament gegeben? Soll es heilen (z.B. Antibiose), vorbeugen, die Krankheit stabilisieren (z.B. Statin, Diuretikum) oder soll es Symptome lindern (z.B. Schmerzmittel). Was möchte der Patient, was ist ihm wichtig?
2. **Individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung:** Was sagt die externe Evidenz? Wie groß ist die absolute Risikoreduktion für das erwünschte Therapieziel? Oder wurde das Arzneimittel nur an Hand von Surrogatendpunkten evaluiert (z.B. HbA1c-Werte oder Veränderungen auf einer Depressions-Skala)? Kann abgeschätzt werden, wie viele Patienten, die dem Betroffenen ähnlich sind (z.B. hinsichtlich Alter, Geschlecht), behandelt werden müssen, um das Therapieziel zu erreichen (NNT = Number needed to treat)? Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass durch die Behandlung ein Schaden entsteht (NNH = Number needed to harm)?
3. **Pharmakologische und physiologische Einschätzung:** Wie ist die Dosis-Wirkungs-Beziehung des Arzneimittels? Gerade bei präventiv eingesetzten Arzneimitteln (z.B. Statinen) ist diese Beziehung nicht immer linear, und eine niedrigere Dosis ist sicherer und kostengünstiger. Auch die Interaktionen mit den Komorbiditäten und anderen Arzneimitteln des Patienten müssen mit ins Kalkül einbezogen werden. Bei vielen Arzneimitteln sind Kontrollen nötig

(Serumspiegel, Zielparameter, Nierenfunktion etc.).

4. **Vermeidung unnötiger Arzneimittelkosten:** Patienten gehen davon aus, dass alle Medikamente, die sie erhalten, für sie notwendig sind. Dafür zahlen sie aus eigener Tasche zu oder sogar die gesamte Therapie. Patienten können finanziell entlastet werden, wenn sie unnötige Arzneien nicht mehr kaufen müssen. Daher besteht für Ärzte eine Pflicht, sie auf unnötige Arzneimittel hinzuweisen.
5. **Überprüfung des langfristigen Nutzens einer Therapie:** Viele Arzneimittel wurden häufig nur für eine begrenzte Zeit benötigt (Antidepressiva, Protonenpumpenhemmer etc.). Trotzdem werden sie oft ungeprüft weiter verordnet. Dabei ist meist nicht klar, ob sie auch auf lange Sicht wirken (Tachyphylaxie, Toleranz) oder bei Langzeitanwendung sicher sind. Eine Therapiepause mit dem Ziel, solche Arzneimittel abzusetzen, sollte immer erwogen werden.
6. **Gebrauch des gesunden Menschenverstands:** Als goldene Regel wird empfohlen, dass man sich bei jeder Arzneverordnung die Frage stellen sollte: „Würde ich selbst dieses Arzneimittel unter den gegebenen Umständen einnehmen?“ Wer diese Frage mit „nein“ beantwortet, sollte eher Abstand von der Verschreibung nehmen.
7. **Mindestens ein Medikament absetzen und überwachen was passiert:** Sich bei Neuverordnungen zurückhalten und unnötige Dauerverordnungen zu beenden, sind der einzige Weg, um mit dem Phänomen Polypharmazie zurechtzukommen. Viele Patienten sind unzufrieden, wenn ein Arzneimittel abgesetzt wird, denn sie sind ja zuvor einmal davon überzeugt worden, dass das Arzneimittel für sie wichtig ist. Daher wird empfohlen, bei einer Konsultation mindestens ein Arzneimittel zu identifizieren, welches abgesetzt werden kann und soll. Das Vorgehen muss mit dem Patienten eingehend besprochen und die Auswirkungen bei darauffolgenden Konsultationen überprüft werden. Manchmal hilft die sprachliche Formulierung, dass man eine Medikamentenpause machen sollte.

Literatur

1. http://archives.who.int/PRDUC2004/RDUCD/Session_Guides/problems_of_irrational_drug_use.htm [Link zur Quelle](#)
2. AMB 2007, **41**, 49. [Link zur Quelle](#)
3. AMB 2012, **46**, 32DB01 [Link zur Quelle](#) . AMB 2012, **46**,56 [Link zur Quelle](#) . AMB 2012, **46**, 59. [Link zur Quelle](#)
4. AMB 2009, **43**, 15b [Link zur Quelle](#) . AMB 2014, **48**,64DB01. [Link zur Quelle](#)
5. <http://www.ti.ubc.ca/letter90> [Link zur Quelle](#)