

*Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier*

*Abteilung Allgemeinmedizin, Zentrum für Public Health,  
Medizinische Universität Wien*

# Grundlagen zur ärztlichen Medikamentenabgabe

1. Einleitung	37
2. Ärztliche Aus- und Weiterbildung	38
3. Medizinische Versorgung der Bevölkerung durch den Hausarzt/die Hausärztin	41
4. Gesundheitspolitische und medizinische Entwicklungen	45

*Die Behandlung mit Medikamenten stellt nach wie vor die zentrale Form der ärztlichen Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Symptomen, Gesundheitsbeschwerden oder Erkrankungen dar. Die Tatsache, dass die ärztliche Hausapotheke offensichtlich insbesondere im ländlichen Bereich ein wichtiges, manchmal ökonomisch essentielles Standbein für den Hausarzt oder die Hausärztin darstellt, ist trotzdem seit Jahren Anlass für Grundsatzdiskussionen zwischen Pharmazeuten und Medizinern. Ziel des vorliegenden Beitrages ist es deshalb, die Aus- und Weiterbildung von Medizinern im Hinblick auf Medikamente und Medikamentenabgabe darzustellen, die wichtigsten Gegebenheiten in der täglichen hausärztlichen Praxis zu benennen, die für die Hausapotheke sprechen, und neuere Entwicklungen im Gesundheitswesen und der Medizin im Allgemeinen zu identifizieren, deren Umsetzung Auswirkungen auf die Abgabe von Medikamenten haben könnten. Es steht fest, dass Hausärzte auf Grund der zumindest neunjährigen Aus- und Weiterbildungszeit bis zum ius practicandi und ihrer täglichen praktisch-klinischen Erfahrung im Umgang mit Patienten Medikamente hinsichtlich ihrer Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen sehr gut kennen und beurteilen können.*

*Weiter können sie auf Grund ihrer langjährigen Arzt-Patienten-Beziehung die beste verfügbare wissenschaftliche Evidenz mit der individuellen klinischen Situation des jeweiligen Patienten abstimmen und damit definitionsgemäß evidenzbasierte Medizin leben. Von hoher Relevanz bei zunehmend älteren, multimorbiden und immobileren PatientInnen ist es auch, Medikamente beim Hausbesuch mitzubringen oder dabei zu haben.*

*Auf Basis der bereits laufenden Entwicklung hin zur personalisierten Medizin ist zu erwarten, dass die Kenntnisse und Erfahrungen mit und über einen individuellen Patienten bei der ärztlichen Behandlung, insbesondere der pharmakologischen Behandlung, in Zukunft einen noch deutlicheren Stellenwert in der Primärversorgung und damit für den Arzt für Allgemeinmedizin erhalten werden.*

# 1. Einleitung

Die Behandlung mit Medikamenten stellt nach wie vor die zentrale Form der ärztlichen Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Symptomen, Gesundheitsbeschwerden oder Erkrankungen dar. Rezeptpflichtige Medikamente können in Österreich entweder in der öffentlichen Apotheke oder in der Hausapotheke des niedergelassenen Arztes/der Ärztin für Allgemeinmedizin bezogen werden, wobei es für das Betreiben einer Hausapotheke genaue Auflagen und Gesetze gibt. Rezeptfreie Medikamente können Patientinnen und Patienten in Österreich direkt in der Apotheke kaufen; Ähnliches gilt auch für Wirkstoffe, die nicht als Medikament, sondern z.B. als Nahrungsergänzungsmittel oder Ähnliches klassifiziert sind.

Die Tatsache, dass die Hausapotheke offensichtlich insbesondere im ländlichen Bereich ein wichtiges, manchmal ökonomisch essentielles Standbein für den Hausarzt oder die Hausärztin darstellt, ist seit Jahren Anlass für Grundsatzdiskussionen zwischen Pharmazeuten und Medizinern: Inwieweit sind Ärzte zur Führung von Hausapotheken befähigt? Erfüllen sie die erforderlichen Qualitätsstandards? Andererseits ist in den letzten Jahren in Österreich der zunehmende Trend erkennbar geworden, dass Kassenplanstellen für Allgemeinmedizin im ländlichen Bereich, insbesondere in entlegeneren Gegenden und wenn eine Hausapotheke am betreffenden Standort nicht möglich ist, zunehmend schwieriger zu besetzen sind. Beispiele aus dem Bregenzer Wald oder aus der Wildschönau in Tirol zeigen dies exemplarisch auf. Auf Grund der demografischen Entwicklung bei den Kassenärzten/-ärztinnen und der deutlich spürbaren Abwanderung von Medizin-Absolventen ins Ausland ist unschwer vorherzusagen, dass sich der dadurch bedingte Mangel an Landärzten in Zukunft noch verstärken wird.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es deshalb, die Aus- und Weiterbildung von Medizinern im Hinblick auf Medikamente und Medikamentenabgabe darzustellen, die wichtigsten Gegebenheiten in der täglichen hausärztlichen Praxis zu benennen, die für die Hausapotheke sprechen, und neuere Entwicklungen im Gesundheitswesen und der Medizin im Allgemeinen zu identifizieren, deren Umsetzung Auswirkungen auf die Abgabe von Medikamenten haben könnten.

## 2. Ärztliche Aus- und Weiterbildung

Die theoretische Ausbildung von Studierenden der Medizin nimmt in den für medikamentöse Therapie relevanten medizinischen Grundlagenfächern quantitativ und qualitativ einen gewichtigen Platz ein: Es sind dies die Fächer Biochemie und Genetik, die Physiologie (Verständnis der normalen Funktionen im Organismus), die Pathologie und Pathophysiologie (Verständnis von gestörten Mechanismen, die zu Krankheiten mit unterschiedlichen Ausprägungen oder Verläufen führen) sowie insbesondere die Pharmakologie.

Im Fach Pharmakologie müssen die Studierenden die pharmakologische Basis der rationellen Therapie mit Medikamenten erlernen. Dem Mission Statement des Instituts für Pharmakologie der Medizinischen Universität Wien war zu entnehmen, dass das Verschreiben von Medikamenten fahrlässig wäre, wenn der Arzt nicht genaue Kenntnis über deren Wirkungsmechanismus und ihren Metabolismus hätte. Ziel ist es, den Studierenden das Rüstzeug für die sichere und effektive Anwendung der Pharmaka mitzugeben und sie auch in die Lage zu versetzen, neu entwickelte Medikamente hinsichtlich ihrer Wirkungen und Sinnhaftigkeit korrekt einzuschätzen. Da die pharmakologische Behandlung regulierend in biologische Vorgänge im Organismus eingreift, ist die Kenntnis der normalen und gestörten Organfunktion sowie ihnen zugrunde liegende molekulare oder zelluläre Vorgänge, wie sie die Medizinstudierenden extensiv für ihre ärztliche Tätigkeit lernen müssen, von entscheidender Bedeutung.

Ein weiteres Ziel ist es, den Studierenden das Verständnis für den Metabolismus der Medikamente mitzugeben; dazu gehört z.B. die Bindung von Medikamenten an spezifische oder unspezifische Rezeptoren, die dadurch hervorgerufene Stimulierung oder Blockierung von Mechanismen – insbesondere der durch die anschließende Signaltransduktion vermittelte biologische Effekt – die Wirkungsdauer und die Inaktivierung, der Abbau oder die Ausscheidung der Pharmaka aus dem Körper. Eine spezifische Funktion erfüllen dabei die Enzyme des Cytochrom-P450-Komplexes in der Leber. Die zahlreichen Variationen dieses Komplexes können bewirken, dass eine Person verschiedene Klassen von Arzneimitteln – wie Antidepressiva, Neuroleptika, Betablocker, Medikamente gegen Herzrhythmusstörungen, Schmerzen und Übelkeit sowie gewisse Krebsmedikamente, aber auch Antikonvulsiva, Protonenpumpenhemmer oder Benzodiazepine – schlecht, mäßig, umfassend („normal“) oder extrem schnell abbaut. Die Kenntnis dieser biologischen Gegebenheiten und ihre Bestimmung durch einfache genetische Tests sowie das Drug Monitoring durch regelmäßige Labortests, EKG usw. unterstreichen die zu-

nehmende Bedeutung von individueller, personenzentrierter ärztlicher Betreuung von Patienten und der auf sie zugeschnittenen individuellen Pharmakotherapie.

Neben der Lehre im Fach Pharmakologie sind Medizinstudierende im Rahmen ihrer klinischen Grundausbildung (Famulatur und klinische Praktika) in den verschiedenen Disziplinen intensiv mit der jeweils relevanten medikamentösen Behandlung der einschlägigen Krankheitsbilder befasst. Auf Basis der vermittelten grundlegenden pharmakologischen Prinzipien wird das theoretische Wissen durch die fachspezifischen Fragestellungen im Hinblick auf Wirksamkeit, Effektivität, Sicherheit und Nebenwirkung der Medikamente erweitert. Grob geschätzt sind der Krankheitsorientierung und der pharmakologischen Behandlung von Erkrankungen etwa 2/3 der gesamten 6-jährigen Studienzeit der Studierenden gewidmet.

In der an die medizinische Grundausbildung anschließenden Weiterbildung zum Arzt oder zur Ärztin für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt eines klinischen Sonderfachs wird im Lehrkrankenhaus, aber insbesondere auch in der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis das theoretische Wissen durch praktische Tätigkeit mit Patientinnen und Patienten und durch das Sammeln von klinischer Erfahrung ergänzt. Neben der schon erwähnten vertieften Beschäftigung mit Gesundheitsstörungen, Krankheitsbildern und definierten Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten durch Pharmaka kommt insbesondere jetzt die tägliche Beschäftigung mit der Effektivität der angewandten Medikamente, ihrer individuellen Dosierung, Verträglichkeit, Sicherheit und ihren Nebenwirkungen hinzu. Essentieller Bestandteil im Rahmen der praktisch-klinischen Weiterbildung ist das Beachten von möglichen Nebenwirkungen, allergischen Reaktionen, die Surveillance von noch unerkannten Wirkungen im Gebrauch von bereits zugelassenen Produkten und deren Meldung an das Ministerium, Medikamenteninteraktionen sowie der Polypragmasie bei Patienten mit Mehrfacherkrankungen und das umfassende Drug Monitoring. Ein weiterer klinisch relevanter Aspekt ist die Kenntnis und praktische Erfahrung im Umgang mit Patienten und Patientinnen aller Altersgruppen, insbesondere von älteren Personen mit veränderter Leber- oder Nierenfunktion sowie daraus resultierender veränderter Empfindlichkeit gegenüber Medikamenten oder verändertem Ansprechen nach deren Einnahme.

Aufgrund der zumindest neunjährigen Aus- und Weiterbildungszeit von Medizinern bis zum *ius practicandi* und ihrer täglichen praktisch-klinischen Erfahrung im Umgang mit Patienten, die eines oder mehrere Medikamente – für chronische Erkrankungen meist über längere Zeiträume – einnehmen, können Ärzte Medikamente hinsichtlich ihrer Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen sehr gut beurteilen. Sie müssen dies auch können, zumal sie die Patienten mit all ihren Gesundheitsproblemen, ihrer Kognition und Compliance kennen, im Alltag

mit dem subjektiven Feedback und den Fragen der Patienten und Patientinnen konfrontiert sind und darauf zufriedenstellend eingehen müssen, Arzneimittelwirkungen – insbesondere Langzeitwirkungen – und Nebenwirkungen mit objektiven klinischen Befunden der Patienten zusammenführen können oder die Effizienz eines Medikaments anhand von funktionellen diagnostischen Tests (z.B. Lungenfunktion, Bewegungsumfang Labor, EKG, ...) überprüfen und nachweisen können.

Darüber hinaus steht ihnen – in Ergänzung zum oben genannten theoretischen und praktischen Fachwissen – auch die relevante Fachinformation (der Originalpräparate, des Austria Codex oder spezieller Software-Programme, Interaktionsprogramme) zur Verfügung. Dies wird insbesondere in den Initialphasen einer neuen medikamentösen Behandlungsform und vor dem Vorliegen klinisch-praktischer Erfahrungen der Ärzteschaft relevant sein. Die praktischen Erfahrungen mit dem Medikament einerseits und die Kenntnis des individuellen Patienten andererseits prädestinieren die Hausärzte – vor allem die hausapothekenführenden Hausärzte – auch dazu, die Patienten und Patientinnen hinsichtlich der genannten Fachinformationen individuell und evidenzbasiert zu beraten.

Seit Mitte 2015 gilt in Österreich eine neue Ärzteausbildungsordnung. Wenn diese auch da und dort geringfügige Veränderungen gebracht hat – insbesondere die gemeinsame Weiterbildung für alle Absolventen und Absolventinnen der Medizin im Ausmaß von 9 Monaten (common trunk 2) –, so ist keine wesentliche Auswirkung hinsichtlich des Wissens und der Erkenntnisse im pharmakologischen Bereich im Vergleich zur bisherigen Ausbildungsordnung erkennbar.

# 3. Medizinische Versorgung der Bevölkerung durch den Hausarzt/die Hausärztin

## 1.1. Fachspezifisches

Eine der wichtigsten Säulen für die hausärztliche Versorgung von PatientInnen durch den Arzt für Allgemeinmedizin stellt die Arzt-Patienten-Beziehung dar.<sup>1</sup> Diese entsteht durch meist langjähriges schrittweises gegenseitiges Kennenlernen von Arzt und Patient in verschiedenen Situationen, umfasst nach wie vor sehr häufig, insbesondere im ländlichen Bereich, langjährige Kenntnisse der gesamten Familie inklusive ihres sozialen, beruflichen und familiären Umfeldes und stellt die Grundlage für ein professionelles Verhältnis dar, das von Respekt, Vertrauen und gegenseitigem Verständnis der individuellen Situation getragen wird. Ergänzt durch die hausarztspezifische Leistung des Hausbesuchs, der einen tiefen Einblick in die Lebensführung der Patienten erlaubt, ist der Arzt oder die Ärztin für Allgemeinmedizin damit in der Lage, die Compliance/Adherence oder Therapietreue seiner/ihrer Patienten hinsichtlich der verordneten Medikation außergewöhnlich gut einschätzen zu können. Dazu helfen die Kenntnis der kognitiven Fähigkeiten der PatientInnen, deren Umgang mit Gesundheitsproblemen (Coping-Mechanismen), ihre individuellen Stärken und Schwächen (zum Beispiel beim Lebensstil) und ihre Bereitschaft, Empfehlungen bzw. Ratschläge oder Informationen zu ihren Erkrankungen zu akzeptieren und langfristig umzusetzen. Hausapothekenführende Ärzte können darüber hinaus mittels in die Software integrierter Pillenzähler den Verbrauch der verordneten Medikamente monitieren.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Pharmakotherapie betrifft die Nebenwirkungen von verordneten Medikamenten und – bei Mehrfach- Medikationen – die Möglichkeit von Medikamenteninteraktionen. Diese sind, wie hinlänglich bekannt, in den Beipacktexten der Präparate ausführlich angeführt. Die Tatsache, dass sehr häufig keine Gewichtung derartiger Neben- oder Wechselwirkungen angegeben ist oder Informationen angeführt sind, die nicht jeder Patient gleichermaßen verstehen kann, führt mitunter dazu, dass PatientInnen ein neu verordnetes Medikament nicht einnehmen und den Arzt/die Ärztin wegen ihrer Unsicherheit extra konsul-

1 Br J Gen Pract. 2015 Aug;65(637):e545-51. doi: 10.3399/bjgp15X686125.

tieren. Wieder ist es die Kenntnis der individuellen Person mit ihrem krankheits-spezifischen Verhalten, ihren Organfunktionen (Niere, Leber) und der individuellen Empfindlichkeit für bestimmte Medikamente (Magen, Sexualfunktion, Schlaf), die es dem Hausarzt oder der Hausärztin ermöglicht, derartige mögliche Wechsel- oder Nebenwirkungen am individuellen Patienten realistisch einzuschätzen und die Notwendigkeit der Medikation im Verhältnis zu potentiellen Risiken abzuwägen. Dieses Abstimmen der besten verfügbaren Evidenz (Leitlinien, Beipackinformation, etc.) mit der individuellen klinischen Situation des jeweiligen Patienten ist es, was man als evidenzbasierte Medizin versteht. Es geht dabei eben nicht nur um die bedingungslose oder kritiklose Befolgung von wissenschaftlichen Erkenntnissen, sondern deren abgestimmte Anwendung oder deren begründete Nichtbefolgung am individuellen Patienten.

Von hoher Relevanz in der hausärztlichen Praxis ist es, Medikamente beim Hausbesuch mitzubringen oder dabei zu haben. Bei zunehmend älteren, multimorbiden und immobileren PatientInnen sowie bei Hausbesuchen nachts oder am Wochenende gewinnt diese gleichermaßen patientenfreundliche und umweltschonende Möglichkeit für die ärztlich betreuten Patienten noch zusätzliche Bedeutung.

Große Bedeutung hingegen hat die öffentliche Apotheke – insbesondere im städtischen Raum – für die Sicherheit von PatientInnen dann, wenn diese verschreibungsfreie Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel oder andere nicht evidenzbasierte Wirksubstanzen kaufen oder kaufen wollen (over the counter drugs, Homöopathica etc. ...). Von der Verwendung dieser Substanzen erzählen die Patienten ihrem Arzt sehr häufig nichts, u.a. weil sie glauben, hier kann es keine Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen geben. Dies ist jedoch nicht der Fall, wie zahlreiche wissenschaftliche Studien belegen.<sup>2</sup>

## 1.2. Gesetzliche Situation

Wichtig in der Diskussion über den Stellenwert der Hausapotheke ist die Kenntnis der gesetzlichen Situation in Österreich und der EU. In der 8. Novelle des Ärztegesetzes ist festgehalten, dass

- die Ausübung des ärztlichen Berufes die Verordnung von Heilmitteln, Heilbehelfen und medizinisch-diagnostischen Hilfsmitteln umfasst (§ 2, Abs. 1 lit. 7).

<sup>2</sup> Geriatr Nurs. 2006 Mar-Apr;27(2):118-29.

- Im Paragraph 3 ist festgehalten, dass die selbständige Ausübung des ärztlichen Berufes in der eigenverantwortlichen Ausführung unter anderem der oben genannten beschriebenen Tätigkeiten besteht (Abs. 2).
- Gemäß § 49, Abs. 1 ist der Arzt verpflichtet, jede von ihm in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommene Person gewissenhaft zu betreuen, wobei er sich laufend fortbilden muss und dabei bestehende Vorschriften und fachspezifische Qualitätsstandards wahren muss.

Daraus ergibt sich eindeutig eine Verantwortung des Arztes für das verordnete Medikament hinsichtlich seiner Wirksamkeit und allfälliger Neben- und Wechselwirkungen am individuellen Patienten, aus der sich auch der Anspruch der PatientInnen auf Schadenersatz begründet, wenn ein Verschulden des Arztes/der Ärztin bei der Beratung, Untersuchung oder Behandlung vorliegen sollte (§ 58a).

Immer wieder wird auch die sachgemäße Lagerung der Medikamente in einer Hausapotheke thematisiert und in Frage gestellt. Allerdings ist dazu jeder Arzt/jede Ärztin, nicht nur hausapothekenführende verpflichtet: Sie tun dies in der Ordination mit ihren Notfallmedikamenten, Ärztemustern, Impfstoffen, Salben für Verbände etc. Die dazu notwendige Information und das theoretische Wissen eignen sich die niedergelassenen ÄrztInnen während ihrer Aus- und Weiterbildung, später aber auch in ihrer Fortbildung (z.B. Qualitätszirkel) an. Bei Änderungen oder der Einführung neuer Medikamente steht die Fachinformation des jeweiligen Präparats zur Verfügung. Die notwendigen Erfordernisse sind in jeder Ordination Standard. Neben der regelmäßigen Überprüfung und Rezertifizierung durch die Behörden sind dies nicht zuletzt ja auch gesetzliche Erfordernisse für das Führen einer Hausapotheke.

Die Aufgaben der öffentlichen Apotheke andererseits sind in der Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über den Betrieb von Apotheken festgehalten.

- § 1 Abs. 2 führt dazu aus, dass dies insbesondere die Anfertigung von Arzneimitteln nach ärztlicher, zahnärztlicher oder tierärztlicher Verschreibung bzw. die Überprüfung der ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Verschreibung auf Eindeutigkeit und Übereinstimmung mit gesetzlichen Vorschriften sowie
- die Beratung des Kunden im Rahmen der Selbstmedikation umfasst. Das bedeutet, dass eine Beratung bei einem vom Arzt/von der Ärztin verordneten Medikament durch Apotheker nicht vorgesehen ist. Dies fällt in die Pflicht zur Dokumentation und Auskunftserteilung des Arztes/der Ärztin (§ 51(1) des Ärztegesetzes).

- § 5 hält fest, dass die Arzneimittel übersichtlich so zu lagern sind, dass ihre Qualität nicht nachteilig beeinflusst wird und Verwechslungen vermieden werden.

Die im Apothekengesetz enthaltenen Regelungen zur Führung von ärztlichen Hausapotheken sowie die bisher darin definierte Abstandsregelung (6 Straßenkilometer, § 29) hat nicht nur zu einer Reduzierung von hausapothekenführenden LandärztInnen geführt, sondern auch zu den Schwierigkeiten, frei werdende Kassenplanstellen ohne Hausapotheke bzw. mit nicht mehr erlaubter Führung einer Hausapotheke zunehmend nicht mehr nachbesetzen zu können. Es ist zu hoffen, dass die jüngst beschlossene Änderung dieser Regelung (4 km bei Übernahme einer bestehenden Hausapotheke <sup>3</sup>) die Reduzierung der Hausapotheken zumindest stoppen kann.

Neben dieser hochproblematischen österreichischen Gesetzeslage, der heftigen Diskussion rund um die Niederlassungsfreiheit für öffentliche Apotheken in der EU und den sich daraus für Österreich ergebenden Konsequenzen zeigt diese Entwicklung jedoch auch deutlich eine Schwäche und mangelndes Verständnis bei der Honorierung ärztlicher Tätigkeiten auf. Im ländlichen Bereich, insbesondere in entlegenen Gebieten, ist ein Hausarzt/eine Hausärztin aufgrund der geringen Bevölkerungsdichte auf das zusätzliche Einkommen durch die Hausapotheke angewiesen; dieses kann bis zu 30 % des Umsatzes ausmachen. Da die Honorierung von ärztlichen Leistungen in Österreich für alle Ärzte und Ärztinnen in einem Bundesland einheitlich geregelt wird, wird die schwierigere Existenzsituation eines Arztes/einer Ärztin in bevölkerungsschwachen Regionen eines Bundeslandes nicht berücksichtigt, was die Notwendigkeit des Zusatzeinkommens durch die Hausapotheke nachvollziehbar macht. Es geht also nicht so sehr um die Frage nach der Hausapotheke und den Abstandsregelungen, sondern vielmehr auch um die nicht adäquate Honorierung von ärztlichen Leistungen in bevölkerungsschwachen Regionen. Auch die sich daraus ergebenden Konsequenzen kann man von zwei Seiten sehen: Zum einen wird der Standort einer Hausarztpraxis durch die Möglichkeit der Hausapotheke aufgewertet und damit für Nachfolger attraktiver, zum anderen ist das Führen einer Hausapotheke oft aber auch eine ökonomische Notwendigkeit.

3 <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010169>

## 4. Gesundheitspolitische und medizinische Entwicklungen

Die verfügbaren Daten aus dem Ausland zeigen überwiegend, dass hausapothekenführende ÄrztInnen kostenbewusster und sicherer dispensieren, für alle Kassen günstiger verordnen, einen hohen Generika-Anteil haben, genauestens überwacht und von Behörden kontrolliert sind und gezielt und unmittelbar verschreiben, was vom einzelnen Patienten medizinisch benötigt wird.<sup>4,5</sup> Verlässliche Studien oder Publikationen zu diesen Themen aus Österreich fehlen bislang.

Zu den geplanten Veränderungen im Rahmen der laufenden Gesundheitsreform gehört die Etablierung von Primary-Health-Care-Zentren (PHC), vorerst in Form von Pilotprojekten. Derartige Einrichtungen können entweder zentral organisiert (im städtischen Bereich) oder dezentral gebildet werden (im ländlichen Bereich in Form von Netzwerken von Gesundheitsanbietern). Definitionsgemäß bestehen sie aus multidisziplinären Teams von verschiedenen Gesundheitsanbietern, die sich gemeinsam um die Bedürfnisse der regionalen Bevölkerung im Hinblick auf alle Bereiche der Primärversorgung von der Gesundheitsvorsorge bis zur Palliativmedizin und Rehabilitation kümmern.

In diesem multidisziplinären Team sind auch die Serviceleistungen einer Apotheke notwendig und vorgesehen. In der zentralen Variante würde das zweifellos eine Vereinfachung für die PatientInnen bedeuten, wenn sie nach einer medizinischen Betreuung an Ort und Stelle auch die notwendige verschriebene Medikation mitnehmen könnten. Im Fall der dezentralen Netzwerkorganisation würde sich aus Sicht des Autors die Möglichkeit ergeben, durch eine adäquate Pauschalierung der vom Netzwerk angebotenen Dienstleistungen (inklusive jener der im Netzwerk befindlichen öffentlichen Apotheke) auch gesundheitspolitische Akzente zu setzen: Es ergäbe sich unter Umständen die Möglichkeit, ärztlich evidenzbasiert verordnete Medikamente von anderen in der öffentlichen Apotheke käuflich erwerbenden Produkten leichter unterscheidbar und diesen Unterschied finanziell besser sichtbar zu machen.

Auf Basis der rezenten wissenschaftlichen Erkenntnisse in verschiedenen Bereichen der Medizin, insbesondere in der Onkologie und bei chronischen Erkrankungen, zeichnet sich seit Jahren ein deutlicher Trend weg von einer standardisierten,

4 J Am Acad Dermatol. 1988 Nov;19(5 Pt 1):915-9.

5 Pharmacotherapy. 2014 Oct;34(10):1012-21. doi: 10.1002/phar.1461

krankheitsbezogenen hin zu einer individualisierten, auf die Person mit einer bestimmten Erkrankung abzielenden ärztlichen und pharmakologischen Betreuung ab.<sup>6</sup> Diese personalisierte oder personenzentrierte Medizin ist schon jetzt – allerdings in einem anderen Verständnis – Alltag jedes Hausarztes/jeder Hausärztin.<sup>7</sup> Dieser Trend wird sich zweifellos weiter fortsetzen und eine deutliche Veränderung in ärztlichen Leistungen nach sich ziehen. Damit erhält der mehr als 100 Jahre alte berühmte Satz von Sir William Osler neues Gewicht: *„Es ist viel wichtiger zu wissen, welche Art von Patient eine bestimmte Erkrankung hat, als welche Art von Erkrankung ein Patient hat.“*

Auf Basis der bereits eingangs erwähnten Ausführungen über den herausragenden Stellenwert des Individuums für den betreuenden Hausarzt oder die Hausärztin und der bereits laufenden Entwicklung hin zur personalisierten Medizin ist zu erwarten, dass die Kenntnisse und Erfahrungen mit und über einen individuellen Patienten bei der ärztlichen Behandlung, insbesondere der pharmakologischen Behandlung seiner akuten oder chronischen Probleme, in Zukunft einen noch deutlicheren Stellenwert in der Primärversorgung erhalten wird.

6 J Clin Pharmacol. 2016 May 16. doi: 10.1002/jcph.765.

7 Am J Med. 2015 Nov;128(11):1251.e1-5. doi: 10.1016/j.amjmed.2015.05.011.

# Literatur

Br J Gen Pract. 2015 Aug;65(637):e545-51. doi: 10.3399/bjgp15X686125.

Geriatr Nurs. 2006 Mar-Apr;27(2):118-29.

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010169>

J Am Acad Dermatol. 1988 Nov;19(5 Pt 1):915-9.

Pharmacotherapy. 2014 Oct;34(10):1012-21. doi: 10.1002/phar.1461

J Clin Pharmacol. 2016 May 16. doi: 10.1002/jcph.765.

Am J Med. 2015 Nov;128(11):1251.e1-5. doi: 10.1016/j.amjmed.2015.05.011.