Rezepturtipp für die Praxis aus der Praxis

Seit der Novelle der Apothekenbetriebsordnung 2012 gab es viele Unklarheiten zur Verordnungsfähigkeit von Rezepturen. Genau genommen ging es um die Unsicherheit, ob Verschreibungen ohne Weiteres von der Apotheke beliefert werden. Denn dort wird die Dokumentation der pharmazeutischen Risikobeurteilung verlangt, sodass nur die Herstellung der auf „Plausibilität“ geprüften Rezepturen zulässig ist. Individualrezepturen, die häufig aus Überlieferungen stammen und nicht immer den Ansprüchen des 21. Jahrhunderts gerecht werden, haben bei fehlender Plausibilität ihre Berechtigung verloren. Die dann notwendige Verständigung auf bessere Alternativen ist manchmal eine Vereinfachung, manchmal ein schmerzlicher Lernprozess, führt aber letztlich zur strukturellen Qualitätsverbesserung der Rezeptur.

Die Anwendung topischer Therapien ist die Domäne des Dermatologen und muss vielen Aspekten gerecht werden: So spielen nicht nur die Krankheitsphasen, die Hautlokalisationen sowie das Alter der Patienten eine entscheidende Rolle, sondern auch Wirkstoffe/Hilfsstoffe sowie Darreichungsformen und mögliche Inkompatibilitäten, die den optimalen Therapieeffekt beeinflussen können. Wir wollen, dass diese Kompetenz erhalten bleibt und von den Apothekern aktiv unterstützt wird. Die Leitlinie für Rezepturen, die von dem Fachgruppenkreis „Magistralrezepturen“ der Gesellschaft für Dermopharmazie erstellt wurde, definiert klar die Aufgaben des Arztes und Apothekers. Gegen trotzdem immer wieder auftretende Kommunikationsprobleme der verschiedensten Art hilft neben der Besinnung auf das gemeinsame Ziel

vor allem aktives praktisches Wissensmanagement.

Die Rezepturtipps des Apothekers Dr. Wolf waren viele Jahre lang fester Bestandteil der Magazinseiten. Nach einigen Monaten Pause möchten wir die Rubrik in etwas geänderten Gewand und mit neuer Besetzung wieder starten.

Die von nun an eigenständige Rubrik „Rezepturtipp für die Praxis aus der Praxis“ soll das kollegiale Miteinander zwischen Ärzten und Apothekern bei Rezepturarmitteln fördern und eine „gemeinsame Sprache“ entwickeln. Für die Rubrik werden verantwortlich zeichnen: Priv.-Doz. Dr. med. Petra Staubach, Sonderreferentin „Dermatologische Rezepturen“ des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen e. V. und Leiterin der Fachgruppe „Magistralrezepturen“ der Gesellschaft für Dermopharmazie e. V., Dr. rer. nat. Stefanie Melhorn und Dr. rer. nat. Holger Reimann, Pharmazeutisches Laboratorium des NRF, Deutscher Arzneimittel-Codex/Neues Rezeptur-Formularium (DAC/NRF), Govi-Verlag Pharmazeutischer Verlag, und Prof. Dr. rer. nat. Axel Helmstädter, Govi-Verlag Pharmazeutischer Verlag.

Wir wollen in den kommenden Beiträgen in einem interdisziplinären Austausch die Qualität der Rezepturen optimieren. Was haben wir vor?

- Häufig verwendete Wirkstoffe in Rezepturen werden näher erläutert.
- Die Problematik beim Rezeptieren wird verständlich dargestellt (Worauf ist weshalb zu achten?).
- Bestehende Magistralrezepturen werden aufgezeigt.
- Optimierungsvorschläge werden besprochen.

- Neue Vorschriften bzw. Rezepturalternativen (Wirkstoffe und Grundlagen) werden in Aussicht gestellt.
- Obsolete/bedenkliche Wirkstoffe/Rezepturen werden kenntlich gemacht.

Beginnen möchten wir mit einem der am häufigsten rezeptierten Wirkstoffe: Clotrimazol. Hier gilt es, die geeigneten Grundlagen und die Problematik beim Rezeptieren zu erkennen und auf geeignete, auf Plausibilität geprüfte Magistralrezepturen zurückgreifen zu können.

➤ Alle aufgeführten Rezepturformeln haben praktische Relevanz im Versorgungsalltag und sind auf Plausibilität geprüft.

Verantwortet werden die standardisierten NRF-Rezepturformeln von der unabhängigen DAC/NRF-Kommission (Deutscher Arzneimittel-Codex/Neues Rezeptur-Formularium) der ABDA, Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände. Alle davon abgeleiteten Rezepturvorschläge sind vorzugsweise in den DAC/NRF-Laboratorien auf Praktikabilität überprüft.

Sollten Sie neue Rezepturideen/-wünsche oder Verbesserungswünsche für die nächste Ausgabe haben, lassen Sie es uns wissen. Sie können die Inhalte der Rubrik mitbestimmen.

Viel Spaß beim Rezeptieren!

Petra Staubach
 Stefanie Melhorn
 Holger Reimann
 Axel Helmstädter

Korrespondenzadresse

PD Dr. P. Staubach

Hautklinik und Poliklinik der Universitätsmedizin
Johannes Gutenberg-Universität KÖR
Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz
petra.staubach@unimedizin-mainz.de

Interessenkonflikt. P. Staubach, S. Melhorn, H. Reimann und A. Helmstädter geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Viele Ärzte sind Vorsorgemuffel

Viele Ärzte neigen offenbar dazu, ihre eigene Gesundheit zu vernachlässigen. Unter diesem Gesichtspunkt haben nun chinesische Forscher aus Taiwan zwei nationale Krebsdatenbanken nach den sechs häufigsten Tumordiagnosen auf der Insel durchforstet. Dazu zählen Wucherungen in Lunge, Darm, Leber, Mund- und Speiseröhre sowie in der weiblichen Brust und im Gebärmutterhals. An solchen Tumoren erkrankten zwischen den Jahren 1999 und 2012 insgesamt 542 Ärzte. Jedem der Ärzte stellten sie nun fünf Nichtmediziner mit gleichem Geschlecht, Alter und Wohnort und ähnlichem Einkommen gegenüber (propensity score matching).

Ähnliche Krebsstadien bei Diagnose

Wie sich zeigte, gab es in der Summe keine großen Unterschiede bei den Krebsstadien zum Zeitpunkt der Diagnose: Knapp neun Prozent der Ärzte hatten einen Stadium-0-Tumor, die übrigen Ärzte verteilten sich fast gleichmäßig auf die anderen Stadien; signifikante Unterschiede zu Nichtmedizinern wurden dabei nicht beobachtet. Stadium-IV-Tumoren kamen bei Ärzten zwar tendenziell etwas häufiger vor, der Unterschied zu Nicht-Medizinern war allerdings nicht signifikant. Auch eine Stratifizierung nach Wohnort, Geschlecht oder Einkommen der Studienteilnehmer ergab keine wesentlichen Differenzen. Ärzte in sehr ländlichen Gebieten scheinen bei der Diagnose aber seltener einen Stadium-IV-Tumor zu haben als der Rest der dortigen Bevölkerung (16 versus 25 Prozent), allerdings war auch dieser Unterschied statistisch nicht signifikant. Deutliche Unterschiede fanden die Gesundheitsforscher lediglich bei Frauen-bezogenen Tumoren. So stellten sie bei Ärztinnen zum Diagnosezeitpunkt etwa zweieinhalbfach häufiger ein metastasiertes Brust- oder Zervixkarzinom fest als bei Frauen ohne Approbation.

Ärztinnen nutzen Vorsorge selten

Zwar gibt es in Taiwan seit dem Jahre 1995 ein Screeningprogramm auf Zervixkarzinome, dies wird offenkundig von Ärztinnen selbst aber kaum in Anspruch genommen. Nach Umfragen nehmen außerdem nur rund zwölf Prozent des weiblichen Medizinpersonals an Mammografie-Untersuchungen teil, nur jede Zehnte geht regelmäßig zu den wichtigsten Krebsvorsorgeuntersuchungen, berichten die taiwanesischen Wissenschaftler. Auch in anderen Ländern sind Ärzte häufig Vorsorgemuffel. So haben Umfragen ergeben, dass zwar 60 Prozent der israelischen Hausärzte die Vorsorge empfehlen, aber nur jeder vierte selbst daran teilnimmt. Und Studien in Kanada haben gezeigt, dass 40 Prozent der Ärzte und Ärztinnen in den vergangenen fünf Jahren keine Prostata- beziehungsweise Brustkrebsuntersuchung bei sich selbst haben machen lassen, wie die chinesischen Forscher berichten. Über die Gründe für dieses Verhalten lässt sich nur spekulieren: Möglicherweise ist die hohe Arbeitsbelastung bei Ärzten eine Ursache für solche Nachlässigkeiten. Allerdings wäre dann zu erwarten, dass auch andere Berufsgruppen mit einem vergleichbaren Einkommen kaum Zeit für die Vorsorge finden.

www.aerztezeitung.de

basierend auf: CMAJ (2015) online 20. Juli