

PSYCHOHYGIENE

Zur Psychologie des Alltags

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

Einnahme-Zuverlässigkeit von Medikamenten

Hintergründe und Folgen

Immer mehr Menschen brauchen Arzneimittel. Doch nicht wenige Patienten nehmen sie nicht regelmäßig, so wie es der Arzt verordnet hat. Es fehlt an Einnahme-Zuverlässigkeit, Compliance, Therapietreue, Adhärenz, wie das fachlich lautet. Warum?

Dazu gibt es mehrere Erklärungen, und zwar von den Betroffenen selber. Sie sind zum Teil berechtigt, überwiegend aber wohl nicht - und das zu ihrem eigenen Schaden. Welches sind nun die Argumente, die am häufigsten vorgebracht werden? Dazu eine kurz gefasste Übersicht.

Ein Problem, das unverändert beschäftigt, nämlich nicht nur die Ärzteschaft, sondern auch die Angehörigen, mehr oder weniger direkt auch Freunde, Bekannte, Arbeitskollegen und Arbeitgeber, nachvollziehbar die Krankenkassen und damit die gesamte Volkswirtschaft, ist die *mangelnde Einnahme-Zuverlässigkeit* von verordneten Arzneimitteln. Sie hat also nicht nur einen psychosozialen, sondern auch wirtschaftlichen Aspekt, der gerade in letzter Zeit wieder vermehrt diskutiert wird. Die finanziellen Einbußen, die sich daraus ergeben, sind zwar nur zu schätzen (und werden deshalb hier auch nicht detailliert aufgeführt), sie summieren sich aber ganz erheblich, nämlich zu Milliarden-Beträgen - letztlich zu Lasten der Solidargemeinschaft.

Diese folgenschwere Entwicklung, die nebenbei nicht weniger, eher mehr zu werden droht, gilt es durch allgemein-verständliche Aufklärung in den Griff zu bekommen. Deshalb einige Bemerkungen aus genereller und medizinischer Sicht:

Einnahme-Zuverlässigkeit – Compliance – Therapietreue – Adhärenz

Die mangelhafte Einnahme-Zuverlässigkeit ist so bedeutsam geworden, dass daraus bereits eigenständige wissenschaftliche Forschungsbemühungen entstanden sind - und damit natürlich auch eine Reihe von Fachbegriffen. Der bekannteste in Medizinerkreisen ist der Begriff der so genannten *Compliance*. Dieses englische Wort bedeutet so viel wie Einwilligung, Befolgung, Willfährigkeit, aber auch Folgsamkeit, Fügsamkeit, Wohlverhalten. Das hat in der direkten Übersetzung natürlich wenig mit der unzureichenden Bereitschaft zu tun, seine Tabletten so lange regelmäßig einzunehmen, bis der Arzt aufgrund des gebesserten Zustands meint, darauf verzichten zu können.

Aus psychologischer Sicht sind hier jedoch einige Hinweise versteckt, warum so mancher Patient sich nicht an die ärztlichen Anweisungen hält: Es stört ihn nämlich, „folgsam, fügsam oder gar willfährig“ zu sein. Er will zwar gesund werden und nimmt deshalb den Arzt in Anspruch, aber seine Eigenständigkeit will er nicht verlieren. Dass er sich mit dieser unflexiblen Einstellung in eine schwierige Lage bringt, versteht sich von selber. Schließlich will der Arzt keine Macht ausüben, sondern heilen. Aber hier spielen bei manchen Menschen unbewusste innerseelische Widerstände eine Rolle. Sie gehen auf teils bekannte, teils aus dem Bewusstsein verdrängte Ereignisse zurück, die nie aufgearbeitet wurden und jetzt das Verhalten indirekt zu steuern beginnen.

Im Übrigen wurde schon seit jeher der Begriff Compliance im Arzt-Patient- und -Angehörigen-Kontakt durch die bereits erwähnte „Einnahme-Zuverlässigkeit“ bzw. den etwas hochtrabenden Begriff der „*Therapietreue*“ ersetzt. Letzterer ist sogar noch breiter zu verwenden, weil sich Einnahme-Zuverlässigkeit nur auf Arzneimittel bezieht, die Befolgung therapeutischer Anweisungen aber auch Genussgifte, körperliche Aktivität, Vermeidung von Stress, Erlernen von Entspannungsverfahren usw. beinhaltet (die mitunter auf nur wenig Gegenliebe stoßen, weil sie mit Eigenleistung, d. h. Anstrengung verbunden sind).

Der jüngste Begriff, der sich langsam durchzusetzen scheint, ist die *Adhärenz* (engl.: adherence = Befolgung). Die Begründung für seinen Einsatz lautet: Ergänzend zum Begriff Compliance soll hier in stärkerem Maße betont werden, dass Patient und Therapeut *gemeinsam* für die Erreichung des gewünschten Ziels verantwortlich sind. Ein grundsätzlich neuer Gesichtspunkt ist damit allerdings nicht gewonnen.

Gründe für mangelnde Einnahme-Zuverlässigkeit

Warum werden nun Medikamente nicht so eingenommen, wie es der Arzt verordnet hat? Dies geht u. a. aus mehrfach durchgeführten repräsentativen Befragungen (z. B. Emnid-Institut) über Verbrauchsgewohnheiten hervor. Dabei geben in der Regel drei Viertel der befragten Bundesbürger an, sich bei der Arzneimittelaufnahme sehr wohl an die Anweisungen des Arztes zu halten.

Etwa ein Viertel befolge sie hingegen nicht oder nicht immer. „Warum“, so fragen die Untersucher vorsichtig, „wird von dieser Einnahmeanweisung abgewichen?“ Nachfolgend einige Antworten aus verschiedenen Befragungen aus der Gruppe der Patienten ohne regelmäßige Medikamenten-Einnahme:

- *„Weil ich Medikamente nur nehme, wenn ich Schmerzen habe“*. Das erscheint vernünftig. Doch wenn es so sinnvoll wäre, hätte es der Arzt auch entsprechend angeordnet.

Vermutlich handelt es sich um Arzneimittel, die ein bestimmtes Krankheitsbild ursächlich behandeln sollen, das sich u. a. in Schmerzen äußert. Dabei geht es also nicht nur um das Warnsymptom „Schmerz“, sondern um eine längerfristige Basisbehandlung, die aber vom Patienten nur dann fortgeführt zu werden scheint, wenn er schmerzhaft daran erinnert wird.

- *„Weil ich schon vorher gesund geworden bin“*. Das ist eine riskante Entscheidung. Der betroffene Laie nimmt sich eine Entscheidung heraus, die vor allem dem Arzt möglich sein dürfte.

Denn dafür ist der Arzt ausgebildet, das ist seine Aufgabe. Zu seinen diagnostischen und therapeutischen Schlussfolgerungen kommt er nicht weil er Macht ausüben will, sondern weil es die gesundheitliche Entwicklung des Patienten gleichsam vorschreibt. Der Arzt registriert lediglich und reagiert darauf - durch Fortführung, Umstellung oder Beenden der Behandlung. Der Patient ist zwar derjenige, der durch seinen Befund und seine Befindens-Schilderung die Entscheidung erst ermöglicht, doch sollte er letztere dem Arzt überlassen - aus gutem Grund. Denn nicht einmal für einen selber erkrankten Mediziner ist es immer leicht, seinen eigenen Zustand objektiv zu beurteilen, selbst wenn es sein Fachgebiet betrifft. Kurz: Diese Selbstherrlichkeit kann Folgen haben - nicht zuletzt Komplikationen, die dann wieder der Arzt lösen soll.

- *„Weil ich Angst hatte, das Medikament könnte schädliche Nebenwirkungen haben“*. Diese Furcht hat deutlich zugenommen. Frauen sind dabei noch vorsichtiger als Männer. Dies ist in der Tat eine ernstzunehmende Reaktion auf die nicht nur lästigen, sondern vielleicht sogar schädlichen Nebenwirkungen von Arzneimitteln, die vermutlich erst im Laufe der Zeit registrierbar werden. Doch auch hier geht es nicht darum, seiner vermuteten, möglicherweise auch durchaus begründeten Angst freien Lauf zu lassen, sondern den dafür zuständigen Fachmann zu konsultieren. Und das ist und bleibt der (verordnende) Arzt.

Sicher mag es Fälle geben, in denen sich in dieser Hinsicht der Patient nicht ausreichend informiert oder ernstgenommen fühlt. Vielleicht ist der Arzt in der Tat überarbeitet und der Patient überängstlich. Aber dieses Problem kann man nur lösen, wenn man es konkret anspricht - notfalls immer wieder. Und natürlich ist es das Recht des Patienten, über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt

zu werden. Deshalb muss sich der Arzt diese Zeit auch nehmen. Was bei den unerwünschten Begleiterscheinungen welchen Stellenwert hat, ist im jeweiligen Einzelfall zu erläutern.

- „Weil ich durch den Beipackzettel vor Nebenwirkungen gewarnt wurde“. In der Tat: Der Beipackzettel ist ein Problem für sich, zu dem Pharmaindustrie, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Ärzteschaft u. a. bisher vergeblich eine ideale Lösung zu finden versuchten, die es vermutlich wohl nie geben wird. Denn diese Packungsbeilage bzw. Gebrauchsinformation, die das Arzneimittelgesetz vorschreibt, wird sowohl vom Patienten als auch als Vermittlungs-Grundlage vom Arzt genutzt. Deshalb ist sie zwangsläufig weder für die eine noch für die andere Seite optimal. Inzwischen versucht man in der Packungsbeilage verstärkt den Verbraucher zu informieren, während für die Ärzteschaft ja seit jeher spezielle Fachinformationen angeboten werden, die die jeweilige medizinisch-wissenschaftliche Abteilung der Herstellerfirma zur Verfügung stellt.

Aber auch die Gebrauchsinformation für den Patienten muss Angaben über die Zusammensetzung des Arzneimittels, ferner Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln, Gegenanzeigen u. a. enthalten. Hier seien lediglich die häufigsten Kritikpunkte wiedergegeben, die immer wieder zu hören sind – nicht zu Unrecht:

- Unverständliche Fachbegriffe für Laien, die eher Ratlosigkeit hinterlassen
- Juristisch ausgefeilte, vom Haftungsrecht beeinflusste Formulierungen, die nur Misstrauen erzeugen
- Oftmals zu kleine Schrift, vor allem für ältere Patienten
- Nicht zuletzt sogar unklare Erläuterungen, die die eigentliche Aufgabe dieser Gebrauchsinformation ins Gegenteil verkehren können.

Das alles kann so weit führen, dass sich eine regelrechte „*Beipackzettel-Krankheit*“ entwickelt. Unter diesem - natürlich nur ironisch gemeinten - Begriff versteht man jene Krankheitszeichen, die nach Einnahme eines verordneten Arzneimittels durch die Lektüre der möglichen Nebenwirkungen des Produkts provoziert werden. Dabei soll noch einmal wiederholt werden:

Jegliche in einem gewissen Häufigkeitsrahmen aufgetretene und an die zuständigen Stellen weitergemeldete Nebenwirkung muss in diesen Beipackzetteln angeführt werden. Wie sinnvoll dies bei sehr seltenen oder nur unter bestimmten Bedingungen gegebenen Begleiterscheinungen sein mag, soll hier nicht diskutiert werden. Auf jeden Fall können aber solche juristisch abgesicherten Formulierungen zu einer Flut von erschreckenden Andeutungen führen, die bei entsprechender Furchtsamkeit mehr Unheil auslösen als Nutzen

bringen. Deshalb sind schon länger entsprechende Reformvorschläge in Diskussion. Dabei hat sich die Verständlichkeit der Beipackzettel deutlich gebessert (vor allem im deutschsprachigen Bereich, in anderen Ländern sind die Verhältnisse z. T. sehr viel schlechter), um wenigstens auf dieser Ebene den drohenden Vertrauensschwund begrenzen zu können.

- *„Weil ich das Medikament nicht vertragen habe“*. An diesem Argument - früher sicher noch häufiger als heute - kommt tatsächlich niemand vorbei, auch nicht der Arzt - sofern er darauf angesprochen wird. Was er seinen Patienten an unerwünschten Begleiterscheinungen zumuten muss, weiß niemand besser als er. Sollte der Arzt andere Therapiemöglichkeiten haben, wird er sie nutzen. Wenn nicht, dann hat er sich bewusst für dieses Präparat entschieden, aus welchen Gründen auch immer (beste Wirksamkeit trotz lästiger Nebenwirkungen, therapeutische Überlegenheit dieses Produktes in diesem oder jenem Fall, inzwischen wohl auch vermehrt der Aspekt der Preisgünstigkeit - nahegelegt von dem Gesundheitsstrukturgesetz).

Allerdings macht er den Patienten in der Regel auf bestimmte Nebenwirkungen und Gefahren aufmerksam. Bei jenen Kranken, die erfahrungsgemäß zu hypochondrischen Reaktionen neigen, pflegt er dabei nicht glücklich zu werden. Doch hat sich gezeigt, dass man besser fährt, die möglichen Folgen selber zu interpretieren, als den Patienten ohne Erläuterung dem Studium des Beipackzettels „auszuliefern“.

Wenn sich entsprechende Nebenwirkungen abzeichnen, dann muss der Betroffene mit seinem Arzt darüber reden. Entweder wird er beruhigt, oder man wird die Dosis bzw. - wie häufig bei den Psychopharmaka - den Einnahmezeitpunkt ändern (z. B. Hauptdosis auf die Nacht legen, um Nebenwirkungen zu „verschlafen“). Oder man muss tatsächlich das Präparat wechseln. Doch wenn der Patient heimlich, still und leise alles weglässt, ist damit niemand gedient, am allerwenigsten ihm selber.

Dass es unterschiedliche Grade der Empfindlichkeit gibt, weiß der Arzt und wird es respektieren, selbst wenn der Patient zum dritten Mal durch Nebenwirkungsklagen eine Umstellung erzwingt. Es gibt jedoch auch Fälle, in denen ein gewisses Maß an Nebenwirkungen nicht zu umgehen ist, will man wieder genesen, weil z. B. die geklagten Begleiterscheinungen praktisch allen Produkten dieses Indikationsbereiches gemeinsam sind. Das muss dann allerdings in einem entsprechenden Aufklärungsgespräch deutlich werden.

- *„Weil das Medikament nicht geholfen hat“*. Das mag auf den ersten Blick einleuchten, ist jedoch bei näherem Hinsehen ein riskantes, ja ggf. gefährliches Argument, vor dem nur gewarnt werden kann. Denn mag der Kunde im Kaufhaus König sein, so liegen die Dinge beim Arzt-Patient-Verhältnis anders, und zwar im Interesse des Betroffenen. So kann die Frage: „Hilft es oder hilft

es nicht?“ häufig und vor allem in der Anfangsphase vom Kranken selber gar nicht entschieden werden.

Das klingt zunächst sonderbar, denn niemand außer dem Kranken weiß doch so gut, wie es ihm geht. Doch müssen subjektives Befinden und objektiver Befund lange Zeit nicht übereinstimmen, und zwar in beiden Richtungen:

Beispiel Nr. 1: Wenn sich jemand durch ständigen Alkoholmissbrauch seine Leber ruiniert, wird ihn das lange nicht beeinträchtigen, obgleich seine Leberwerte bereits bedenklich angestiegen sind.

Und umgekehrt, Beispiel Nr. 2: Jemand nimmt ein Arzneimittel ein und spürt subjektiv keine Besserung. Objektiv aber, d. h. in den Laborwerten, im klinischen Befund usw. deutet sich ein erster Erfolg an, dem aber erst nach und nach eine Befindens-Besserung folgen wird. Wer schon jetzt das Arzneimittel selbstherrlich absetzt, unterläuft also den Genesungsprozess aufgrund der irrtümlichen Annahme, dass Beschwerdebild und Heilungsverlauf grundsätzlich parallel laufen müssten.

Und ein 3. Beispiel sei angeführt, gerade in der Psychiatrie: Antidepressiva gegen depressive Zustände brauchen in der Regel ein bis zwei Wochen, bis sich die Stimmungsaufhellung einstellt. Wer zuvor abbricht, hat nichts gewonnen. Denn auch ein neues Präparat benötigt diese Anlaufzeit, und alles beginnt von vorne. Und bei den Neuroleptika gegen Psychosen sieht es noch komplizierter aus. Denn schizophrene oder manische Patienten haben häufig wenig Geduld oder nicht selten überhaupt keine Krankheitseinsicht und damit Behandlungsmotivation. Sie wollen keine Therapie und werden dafür ggf. bitter bezahlen müssen.

Der eigenmächtige Behandlungsabbruch, „weil das Arzneimittel nicht geholfen hat“, gehört zu den bedenklichsten und folgenschwersten Kurzschlussreaktionen, die sich ein Patient selber antun kann.

- *„Der Arzt hat mir keine Einnahmeanweisung gegeben“*. So etwas ist möglich und bedauerlich. Man darf dann aber davon ausgehen, dass es im Praxisstress untergegangen ist. Denn zum Ausschreiben eines Rezeptes gehört auch die mündliche Einnahmeanweisung.

Vermutlich aber fällt unter dieses Argument eine Reihe von Schutzbehauptungen, d. h. die Patienten haben nicht richtig hingehört, manches falsch verstanden und nicht gleich nachgefragt, einiges schnell vergessen, vielleicht sogar aus unbewussten Gründen verdrängt usw.

- *„Weil ich es vergessen habe“*. Tatsächlich: Die regelmäßige Medikamenteneinnahme hin und wieder einmal zu vergessen, dürfte nicht so selten sein. Dies hängt von vielen Faktoren ab, die später noch kurz besprochen werden

sollen. In den meisten Fällen ist es auch nicht so tragisch, wenn sich der Ausfall zeitlich in Grenzen hält. Ob man dann am nächsten Tag die gleiche Dosis oder mehr nehmen soll, hängt vom jeweiligen Arzneimittel ab und sollte zuvor geklärt werden.

Auf jeden Fall ist das Vergessen eine ehrliche Antwort, die weit mehr Patienten betreffen dürfte, als es zugestanden wird. Wer es eingesteht, ist in der Regel auch (mehr oder weniger) zuverlässig und macht sich vor allem selber nichts vor.

- *„Weil ich die Medikamente lieber etwas länger einnehme, um völlig sicherzugehen.“* Dies ist das Gegenteil von dem, was bisher geantwortet wurde, nämlich eine eigenmächtig verlängerte Einnahme der verordneten Arzneimittel. Diese Antwort ist zwar selten, aber ebenfalls nicht ohne Risiko. Was verbirgt sich hinter diesem Geständnis? Wenn man einmal die Arzneimittel mit Wirkung auf organische Leiden beiseitelässt und sich nur den psychotropen Pharmaka zuwendet, ist zumindest für diese Gruppe folgender Verdacht nicht auszuschließen:

Die antipsychotisch wirkenden Neuroleptika werden vermutlich nur so lange genommen, wie der Arzt darauf besteht, weil es das Krankheitsbild erfordert. Das Gleiche dürfte im Allgemeinen für Antidepressiva gelten, auch wenn so mancher ängstliche Patient die Einnahmedauer von sich aus gelegentlich verlängern mag. Dagegen ist hier der Konsum von Beruhigungs- und Schlafmitteln vom Typ der Benzodiazepine sowie einer Reihe von Schmerzmitteln sicher ausgeprägter beteiligt.

Nun ist es natürlich völlig unzulässig, ein Medikament länger einzunehmen, als es der Arzt empfiehlt (und im Übrigen auch zu verantworten hat). Dies gilt für alle Arzneimittel im Allgemeinen sowie die suchtfährlichen im Speziellen. Wenn der Patient wirklich sichergehen will, dann muss er dies mit seinem Arzt besprechen. Der Arzt wird mit der Weiterbehandlung nicht kleinlich sein, wenn ansonsten ein Rückfall droht. Er muss aber beispielsweise bei den Substanzen mit Abhängigkeitsgefahr stets abwägen zwischen Therapieerfolg und negativen Konsequenzen, von denen die Suchtgefährdung eine der unangenehmsten und langwierigsten ist. In manchen Fällen wird er mit Sorge registrieren, dass es dem Patienten an Eigeninitiative mangelt, die er durch den (automatischen) Griff zur Tablette zu kompensieren versucht. Das ist am Anfang bequem und im weiteren Verlauf verhängnisvoll.

Wer sich in seinem nicht mehr ärztlich gedeckten oder gar heimlichen Arzneimittelverbrauch durch obiges Argument zu rechtfertigen sucht, sollte sich folgende kritische Fragen stellen:

Was steckt wirklich hinter meinem Versuch, von der ärztlichen Anweisung abzuweichen? Nehme ich beispielsweise ein suchtfährliches Arzneimittel ein,

und bin schon abhängig geworden? Mache ich mir (und meinen Angehörigen) etwas vor? Lässt sich durch ein offenes Gespräch mit meinem Arzt noch etwas retten?

Natürlich lässt sich das, es muss nur sofort geschehen; je später, desto folgenschwere.

EINFLUSSFAKTOREN AUS MEDIZINISCHER SICHT

Bis hierher kamen die Patienten selber zu Wort bzw. nahmen Stellung. Wie aber sehen nun Ärzte in Klinik und Praxis, Wissenschaftler, Vertreter der Pharmaindustrie, Medizinsoziologen, Medienforscher u. a. das Problem der Therapietreue? Dazu einige Stichworte, weil sie zeigen, wie viele Faktoren hierbei beteiligt sein können:

Der Patient und sein Umfeld

Der wichtigste Faktor ist und bleibt der Patient selber - und sein engeres Umfeld. So wird die Einnahme-Zuverlässigkeit bestimmt durch:

- Alter (wobei besonders das höhere Lebensalter nachvollziehbarerweise Schwierigkeiten bereitet)
- Geschlecht (fraglich, auch wenn von Frauen immer wieder vermutet wird, dass sie zuverlässiger sind)
- Persönlichkeitsstruktur (z. B. zuverlässig/unzuverlässig)
- Urteilsvermögen und Informationsstand.

Auch der Leidensdruck und die entsprechende Erwartungshaltung an das Arzneimittel spielen eine Rolle, außerdem Selbstheilungs-Willen und Krankheits-Einsicht.

Das mag manchem sonderbar vorkommen. Doch die Krankheits-Einsicht pflegt gar nicht so selten zu fehlen, insbesondere bei manchen seelischen Störungen (z. B. Schizophrenie, Manie, Demenz).

Selbst der Wille, wieder gesund zu werden und dazu aktiv beizutragen, fehlt krankheitsbedingt nicht nur bei Rauschgift-Abhängigen, Suchtrauchern und Alkoholkranken, sondern kann sogar bei manchen neurotischen, psychosomatischen, ja depressiven Zuständen bewusst oder unbewusst zu wünschen übrig lassen. So zählt die Depression zwar zu den gefürchtetsten seelischen Krankheiten, doch kann der psychologische Ablauf, z. B. bei unlösbarem Partnerkonflikt, zur Chronifizierung selbst dieses quälenden Beschwerdebilds beitragen.

Weitere Faktoren sind neben der Art des Krankheitsbildes, der Dauer des Leidens und der individuellen Erfahrung mit dieser Krankheit (erstmalig, wiederholt) vor allem psychosoziale Einflüsse aus dem Umfeld: Dazu gehört einerseits die soziale Situation und Schichtzugehörigkeit (was wieder mit den intellektuellen Voraussetzungen und damit Urteilsvermögen/Informationsbedürfnis zusammenhängt), zum anderen aber die Einstellung der Angehörigen.

Verwandte, aber auch Freunde, Bekannte, Nachbarn, Kollegen usw. haben einen „viel längeren Arm“ als man gemeinhin annimmt. Das kann zum Guten wie zum Schlechten beitragen. Auf jeden Fall sind die meisten Patienten mehr oder weniger verunsichert, so dass Krankheitsschilderungen oder Ratschläge der Umgebung gerne aufgenommen werden.

Am liebsten hat man natürlich die Bestätigung seines eigenen Urteils. Das ist menschlich. Ob es im Sinne der Genesung ist, hängt vom Einzelfall ab. Leider pflegen die negativen Informationen (scheinbare Erfolglosigkeit, Nebenwirkungen usw.) oft einen größeren Stellenwert einzunehmen als die positiven.

Kurz: Die Einnahme-Zuverlässigkeit und damit der Behandlungserfolg hängen wesentlich davon ab, ob Angehörige, Bekannte usw. den Patienten zur Therapietreue ermuntern oder seine Mitarbeit untergraben - meist unter dem Deckmantel der Fürsorge. Gerade im seelischen Bereich hat das Phänomen der „sich selber erfüllenden Prophezeiung“ einen besonderen Stellenwert: Wenn man eine Behandlung lange genug und unbelehrbar in Frage stellt, kann man erstaunlich oft registrieren, dass man (scheinbar) recht hatte. Nur, zu wessen Lasten?

Dies alles ist dem Arzt bekannt. Deshalb versucht er möglichst schon im Vorfeld seiner Behandlung eine Übereinstimmung der beiderseitigen Therapievorstellungen zu erreichen. Auch im weiteren Behandlungsverlauf muss er diese gemeinsame Basis immer wieder erneuern, und zwar von sich aus. Denn es gibt auch viele Patienten, die positive Bemerkungen ihrer Umgebung dem Arzt weitermelden, negative aber für sich behalten, weil sie keine Kritik wagen oder Angst haben, den Doktor zu verärgern. Dann ist natürlich keine klärende Aussprache möglich, und der heimlich nagende Zweifel untergräbt alle Heilungskräfte.

Das Medikament und sein Einfluss

Natürlich hat auch das Arzneimittel selber einen Einfluss auf die Einnahme-Zuverlässigkeit. Das beginnt mit der Namensgebung und geht über Größe, Form, Farbe und Geschmack bis hin zu psychologischen Faktoren, die man sich als Laie kaum vorzustellen vermag.

- Einer der wichtigsten und nachvollziehbarsten Einflussfaktoren auf die Therapietreue ist die *Zahl der verordneten Arzneimittel*. Dazu gibt es detaillierte Untersuchungen, die alle das Gleiche aussagen: Je mehr Präparate eingenommen werden müssen, desto geringer ist die Einnahme-Zuverlässigkeit - vor allem im höheren Lebensalter, in dem die Übersicht am ehesten verloren geht.
- Das Gleiche gilt für die *Art der Dosierung*: Je öfter man zur Arzneimittelschachtel greifen muss, desto häufiger die Irrtümer. Am günstigsten ist eine Einmal-Dosierung, die sich vielleicht noch an ein festes Ereignis anlehnen kann (z. B. Frühstück, Abendessen).

Die größte Therapietreue hat natürlich die Depot-Injektion mit tage- bis wochenlanger Wirkung. Immer häufiger aber gibt es auch Tabletten mit verlängerter Wirkungsdauer bzw. Arzneimittel mit so langer Halbwertszeit, dass eine Einmal-Dosis pro Tag ausreicht.

Bereits ausführlich besprochen sind die Möglichkeiten und Grenzen, d. h. der Informationsgehalt bzw. die Verunsicherung durch den *Beipackzettel*. Dabei geht es nicht nur um Aufmachung und Verständlichkeit, sondern vor allem um den Inhalt, besonders die Darstellung der Nebenwirkungen.

Bei den unerwünschten Begleiterscheinungen gibt es leichtere, lästige, zermürbende bis quälende oder gar gefährliche. Die überwiegende Mehrzahl ist harmlos und durch Dosisanpassung oder vorübergehende zusätzliche Behandlung gut zu korrigieren. Leider gibt es auch unter den harmlosen Nebenwirkungen solche, die zum Behandlungsabbruch führen können. Unangenehm, lästig bis riskant sind beispielsweise bei den Psychopharmaka Gewichtszunahme, unerträgliche Mundtrockenheit (Prothesenträger), zu starke Dämpfung (z. B. Teilnahme am Verkehr), Händezittern und Verstopfung. Hier müssen Patient und Arzt gemeinsam nach einer Lösung suchen, und zwar bevor der Betroffene so verunsichert und verbittert wird, dass er zu keinem Kompromiss mehr in der Lage ist.

Schließlich kommt es noch darauf an, wie schnell und wie befriedigend ein *Wirkungseintritt* des Arzneimittels registriert wird. Nicht jede Substanz wirkt auf jeden Patienten gleich gut. Das ist den Betroffenen zuvor nicht anzusehen, das muss erst für jeden Einzelnen herausgefunden werden. Der Satz des Arztes: „Das hat aber sonst gut geholfen“, ist also keine Schutzbehauptung.

Was für viele Arzneimittel, auf jeden Fall die Mehrzahl der Psychopharmaka, noch fehlt, sind sichere Vorhersage-Kriterien, ob ein Patient auf diese oder jene Substanz befriedigend anspricht. Damit muss man - zumindest vorerst - leben.

Bei der Mehrzahl der Psychopharmaka beispielsweise ist der verzögerte Therapie-Effekt bzw. Rückfallschutz eher die Regel als die Ausnahme. So brau-

chen Antidepressiva zwischen ein und zwei (drei) Wochen, bis die Stimmungsaufhellung eintritt. Der Rückfallschutz durch Lithiumsalze kann vor Ablauf eines halben bis ganzen Jahres nicht beurteilt werden. Umgekehrt gilt: Wenn eine Neuroleptikum-Dosis reduziert wird, dann ist die Frage „richtig oder falsch“ häufig nicht sofort, sondern erst Monate später zu beurteilen, d. h. im negativen Falle, wenn es zu spät ist. Das allerdings muss man dem Patienten zuvor erläutern, um ihn nicht in Zweifel oder gar Resignation treiben zu lassen.

Arzt und Einnahme-Zuverlässigkeit

Dass es auch vom jeweiligen *Arzt* abhängt, ob sein Patient mitmacht oder nicht, ist natürlich unstrittig. Das fängt mit seiner eigenen Wesensart an und geht über seine Überzeugungskraft und persönliche Einstellung bis hin zur Art der Rezeptausstellung. Dazu gehören allgemeine Aufklärung, Einzelhinweise, ggf. zusätzliche schriftliche Aufklärung (vermehrter Aufwand, aber durch verbesserte Therapietreue lohnend). Auch die Häufigkeit der Konsultationen, ja sogar die Dauer der Wartezeit spielen mit herein. Entscheidend sind und bleiben die stets (!) erneute Unterweisung und Motivierung. Selbst die - vielleicht als schulmeisterlich empfundene - Bitte um Wiederholung der Instruktionen durch den Patienten selber ist zumindest in bestimmten Fällen vertretbar.

Diese Hinweise sind dem Arzt nicht neu. Es gibt spezifische Fachartikel, Bücher und Seminare zu diesem Themenkreis. Das Problem liegt meist im Stress des Praxisalltags und seinen bekannten Folgen. Trotzdem darf, ja soll der Patient seine Fragen stellen und sich nicht scheuen, zuzugeben, dass er dies oder jenes noch nicht richtig verstanden hat. Schließlich geht es um keinen beliebigen Einkauf mit Umtauschmöglichkeit, sondern um seine Gesundheit.

Interessante Hinweise zu diesen Problemen gibt es übrigens für beide Seiten in dieser Serie, beispielsweise in dem Kapitel „Patientenwünsche“ bzw. der dreiteiligen Serie „Der schwierige Patient“.

Medien und Therapietreue

Dass Arzt, Patient und Angehörige bei der Einnahme-Zuverlässigkeit eine Rolle spielen, ist einleuchtend. Was aber bewirken *Presse, Rundfunk, Fernsehen und Internet*? Ist ihr Einfluss bei einem so individuellen Geschehen wie dem Gesundheitsverhalten zu weit hergeholt? Vor einigen Jahrzehnten hätte man diesen Einwand vielleicht noch bejahen können, inzwischen nicht mehr. Die Medien haben einen weit größeren Einfluss auf unser Verhalten als wir zugehen.

Dies muss keinesfalls nur Nachteile haben. Die *Medien* erfüllen inzwischen einen sehr entscheidenden Beitrag zum Gesundheitsverhalten, d. h. zu Vor-

beugung, Therapie, Rehabilitation usw. Über die Qualität einzelner Sendungen oder Artikel mag man geteilter Meinung sein, von den übers Internet geposteten persönlichen Ansichten ganz zu schweigen. Das Gleiche gilt für gewisse ideologische, wirtschaftliche, werbepsychologische u. a. Strategien. Bei kritischer Einstellung ist die Gesamtentwicklung jedoch eher positiv und der gesundheitspolitische Einfluss der Medien inzwischen unverzichtbar. Das bezieht auch die Einnahme-Zuverlässigkeit für Arzneimittel mit ein.

Einzelheiten würden hier zu weit führen, weshalb sie nur in Stichworten angedeutet werden sollen:

- Art und Zahl der Aufklärungs- bzw. Öffentlichkeitsarbeit.
- Redaktionelle Tendenzen in die eine oder andere Richtung, d. h. Lob (bis zur unkritischen Anpreisung von „Wundermitteln“) oder Tadel bis zur konkreten Warnung vor bestimmten Substanzen.
- Gezielte Hilfestellung durch rasche, flächendeckende Informationen der Bevölkerung bei Rückrufaktionen bzw. Aus-dem-Verkehr-Ziehen von Präparaten, bei denen sich plötzliche bedenkliche (Nebenwirkungs-) Erkenntnisse ergeben haben.

Neben diesen rein medizinischen Fakten reichen aber auch schon Skandale in der Pharma-Industrie wie Umweltverschmutzung, Gewinnspanne, Preispolitik, unterschiedliche Verfahrensweisen je nach Nation, insbesondere in den Entwicklungsländern, ferner Tierversuche, umstrittene Herstellungsverfahren u. a., um das - an sich individuelle - Gesundheitsverhalten zu beeinflussen. Selbst solche Aspekte können durch eine unbewusst geprägte Einstellung mitentscheiden, ob man dieses oder jenes Medikament zuverlässig oder lückenhaft nimmt bzw. ganz weglässt - aus welcher Motivation nach außen oder innen heraus auch immer. Nicht zu vergessen sind kontroverse Ansichten aus Kreisen der Forschung selber bzw. bestimmter Interessengruppen, deren Anliegen durchaus fundiert und ehrenwert sein mag. Ob dann die Konsequenz im Einzelfall segensreich oder verhängnisvoll auszufallen pflegt, kann natürlich erst einmal niemand überblicken.

Auf jeden Fall sollte sich jeder darüber im Klaren sein, dass sein Verhalten gegenüber einem Therapieverfahren bzw. Arzneimittel auch durch die Medien bzw. bestimmte Interessengruppen beeinflusst werden kann. Wie er sich dann entscheidet, bleibt jedem selber überlassen. Es kann jedoch nie schaden, wenn man bei seinem Tun und Lassen erst einmal versucht, sich Rechenschaft darüber abzulegen, was einen zu diesem Schritt veranlasst hat.

Wenn das gelungen ist, soll man sich nicht scheuen, seinem Arzt darüber zu berichten. Zwar ist kein Arzt darüber begeistert, sich allzu häufig mit „medien-gesteuerten Patienten-Reaktionen“ auseinandersetzen zu müssen. Doch ist es ihm allemal lieber, durch ein korrigierendes Gespräch seine eigene Behand-

lungsstrategie noch einmal erläutern zu können, anstatt mit einem unerklärlichen Behandlungsmisserfolg konfrontiert zu sein, der nur auf eine uneingestandene Einnahme-*Unzuverlässigkeit* zurückgeht.

SCHLUSSFOLGERUNG

Der therapeutische Erfolg eines Arzneimittels hängt nicht nur von seiner Wirksamkeit ab. Hier spielt eine Reihe von Faktoren mit herein, die den meisten unbekannt, auf jeden Fall nicht immer gegenwärtig sein dürfte. Der wichtigste ist zweifellos die Einnahme-Zuverlässigkeit. Diese wiederum wird von bestimmten Einflüssen gesteuert, die teils im individuellen, zwischenmenschlichen, beruflichen, bisweilen schicksalhaften Bereich liegen, teils im Arzt-Patient-Verhältnis und oft genug - unbewusst - in nicht-pharmakologischen Aspekten des jeweiligen Arzneimittels.

Wo der Behandlungserfolg ausbleibt oder die Behandlung unbefriedigend verläuft, obgleich alle üblichen Behandlungsbedingungen stimmen (Dosis, Dauer usw.), dort kann es nicht schaden, das vorliegende - für den Laien erst einmal sonderbar anmutende - Kapitel über die Einnahme-Zuverlässigkeit von Arzneimitteln noch einmal durchzugehen.

Oftmals ist es nämlich nicht nur ein Faktor. Häufig summieren sich mehrere kleine Probleme, bis daraus eine ernste Beeinträchtigung durch Verunsicherung, innere Widerstände, Vertrauensschwund usw. erwächst. Ein solch komplexes Geschehen ist dem Betroffenen dann zwar noch weniger bewusst, eines aber ist sicher: Er muss die Nachteile (er)tragen, was bei einer befriedigenden Informationslage vermeidbar wäre.

LITERATUR

Grundlage dieser Ausführungen ist das entsprechende Kapitel in dem Fachbuch (mit freundlicher Genehmigung des Autors):

*Volker Faust: **Medikament und Psyche.** Eine allgemeinverständliche Einführung zu Möglichkeiten, Grenzen und Gefahren. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 1995*