

Die Medikation aus der Sicht des Patienten¹

Erika Faust-Kübler²
Ciba-Geigy AG, Basel

«Rezepte schreiben ist leicht, aber im übrigen sich mit den Leuten verständigen, ist schwer.»

Franz Kafka: «Der Landarzt»

Wenn ich die schöne Aufgabe habe, Ihnen etwas über die Medikation aus der Sicht des Patienten zu berichten, so nicht darum, weil ich als Redaktor einer pharmazeutischen Firma Einblick habe in das ernste Bemühen, für den Patienten ein Optimum an therapeutischer Wirksamkeit herauszuholen (eine Tatsache, die in diesem Kreis gar nicht belegt zu werden braucht), sondern weil ich seit bald 15 Jahren eine psychosoziale Sprechstunde [5] für Problempatienten führe, die mir in schönster Eindrücklichkeit ihre Beziehungen zum Arzt und ihr Verhältnis zu dem von ihm verschriebenen Medikament beschreiben.

Und damit bin ich schon mitten im Thema. Ich meine, wir können das Medikament nie als selbständig wirkendes und wirksames Therapeuticum ansehen: es ist immer hineingestellt in dieses psychologische Bezugnetz, das das Milieu des Kranken ausmacht.

Versuchen wir das einmal von aussen zu betrachten, dann sehen wir fünf Parteien in dieses Versorgungsnetz einbezogen:

1. den Arzneimittelhersteller, der mit seinem guten Namen ein gewisses Image schafft,
2. die Zulassungsbehörde (in der Schweiz die IKS), die bei uns grosses Vertrauen genießt,
3. den Arzt, der viel mehr ist als blosser Verschreiber, nämlich Magier, Vater, Heiler im besten Falle,
4. den Apotheker als Verteiler und in den Augen des Patienten oft der Rückversicherer,
5. die Sozialversicherung (die Krankenkasse, die Suva, die MV oder IV oder die Ergänzungsleistung zur AHV), die letztlich bezahlen soll, was 1–4 zum Verschreiben und zum Konsum freigegeben haben.

Das Medikament ist also für den Patienten viel mehr als ein einfaches Therapeuticum, es ist sozusagen «Mittel zu dem Zweck», eine ernsthafte und ernst zu nehmende Interaktion herzustellen zwischen dem Arzt, bei dem man Hilfe sucht, und zu allen möglichen Kreisen, die eben auch eingeschaltet werden müssen, um den Tatbestand zu untermauern, *dass man krank ist*. Ich spreche nun nicht von all jenen Patienten, die wegen einer akuten Erkrankung ihren Hausarzt aufsuchen und primär einmal medikamentös behandelt werden, sondern von jenen Kranken im sehr breiten Grau-

Die Autorin führt seit bald 15 Jahren neben ihrer redaktionellen Tätigkeit eine psycho-soziale Beratungsstelle für Problempatienten, vorwiegend im Rentenalter. Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf ihre Beobachtungen in dieser «Sprechstunde für Alleinstehende und Betagte» (Rheinsprung 22 in Basel).

bereich zwischen akuter Erkrankung und psychosomatischem Leiden, die unser aller Interesse finden sollten. Diese Krankheiten sind ein einziger grosser Hilferuf des Betroffenen an den Arzt (und seine nähere Umgebung), ihm neben menschlichem Verständnis «etwas» zu geben, das ihm fehlt.

Aus der Sicht der Patienten

Ich habe in meiner Sprechstunde in den Monaten September und Oktober 1979 122 Patienten, die wegen familiärer und anderer Probleme zu mir kamen, gefragt, ob sie unter medikamentöser Behandlung stünden. 86 % haben diese Frage bejaht und gleichzeitig unaufgefordert mitgeteilt, dass sie ihrem Arzt dankbar sind, dass er ihnen a) Mittel gegen Schlaflosigkeit und Schmerzen, b) Antidepressiva und c) Blutdruckmittel verschrieben habe, weil sie glaubten, das Arzneimittel sei ein Beweis dafür, dass ihr Arzt das Leiden, das sie ihm geschildert haben, ernst nehme.

Ernst genommen zu werden (von seinem Arzt, wenn von niemand anderem sonst) ist das wichtigste Anliegen, das meine Patienten an mich herantragen. Sie sind darum sehr ernsthaft darauf aus, auch immer wieder sogenannte «Wiederholungsrezepte» zu bekommen, weil ihnen diese garantieren, dass sie den indirekten Kontakt zu ihrem Arzt und zu ihrem Apotheker – und sehr oft auch zur Ausgleichsstelle der AHV – behalten. Die Tatsache, dass die AHV/IV über die Ergänzungsleistungen alle Selbstbehalte für den Gesundheitsaufwand (bis auf eine Franchise von 200 Franken p. a.) bezahlt, setzt auch voraus, dass die meist betagten und alleinstehenden Frauen Buch führen über ihre Medikamentenbezüge und dass sie darüber Ende des Jahres abrechnen.

Diese Abrechnungen werden ihnen zum Teil in meiner «Sprechstunde für Alleinstehende und Betagte» zusammengestellt, und sie ergeben eindruckliche Resultate. Das sieht – auf meine 122 Probanden bezogen – so aus:

- 105 nehmen regelmässig Arzneimittel ein, davon:
- 74 Schlafmittel
- 38 Antidepressiva

¹ Referat anlässlich der Herbsttagung der Schweizerischen Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin, zum Thema «Das Medikament im heutigen Gesundheitswesen», vom 26./27. Oktober 1979.

² Redaktorin Ciba-Geigy AG, St.-Albanring 193, CH-4052 Basel.

- 34 Blutdruckmittel (weitere 21 wissen, dass sie einen zu hohen Blutdruck haben, nehmen die Medikamente aber nicht regelmässig ein)
- 33 Schmerzmittel
- 12 Abführmittel
- 56 verschiedene Mittel

Regelmässig werden 1–14 Medikamente pro Tag eingenommen. Wer frisch aus dem Spital kommt, nimmt erheblich mehr Medikamente ein als die Patienten aus ambulanter Behandlung.

Nur 8 von 105 Patienten konnten mir auf Anhieb sagen, wie ihr Medikament heisst und wofür es eingesetzt wird. Weitere 16 führten die Medikamente in der Handtasche mit sich und konnten so einen einigermaßen glaubhaften Überblick über die von ihnen konsumierten Medikamente geben. Die meisten Patienten stellten fest, dass sie ihre Medikamente «nach Bedürfnis» einnehmen und nicht nach Vorschrift des Arztes. Ob vor oder nach dem Essen, am Morgen oder kurz vor dem Schlafengehen, das erschien ihnen nicht sehr wichtig. Von Bedeutung war nur die Tatsache, dass *ihr* Arzt ihnen ein Medikament verschrieben hatte (noch besser mehrere) und dass er darum ein *guter* Arzt war. Ärzte, die Medikamente verweigern oder gar glauben, nichts verordnen zu müssen, werden grundsätzlich als «schlechte» Ärzte bezeichnet.

So ist es denn auch nicht verwunderlich, dass 65 % der Befragten feststellten, dass für sie ärztliche Betreuung in erster Linie «Kontakt mit einem Mann» bedeute. Sie sagten, es sei für sie wichtig, dass sie einen Arzt hätten, mit dem sie «über alles» reden könnten und der ihnen auch erkläre, wie und warum er ihnen Medikamente verschreibe. Den Widerspruch zwischen ihrem Bedürfnis nach Information und ihrer ausgesprochen schlechten «patients compliance» fällt ihnen gar nicht auf.

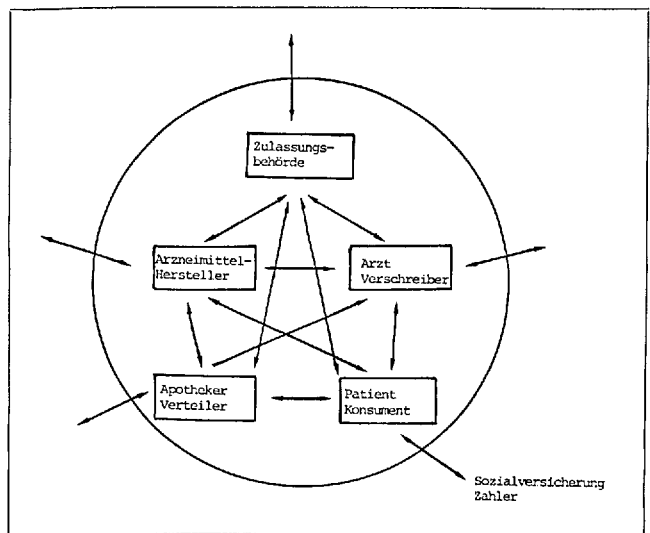
Das gleiche Resultat, das meine spontane Umfrage in diesen Wochen in Basel ergeben hat, sehen wir übrigens bestätigt in einer Studie, die die Bundesvereinigung der deutschen Ärzteverbände im November 1978 durch Infratest erarbeiten liess [4]. Dort bestätigten 56 % der Befragten, dass sie den Arzt für ihre zwischenmenschlichen Beziehungen brauchten. Selbst das fachliche Handeln (24 %) und seine Kenntnisse (18 %) traten daneben stark in den Hintergrund.

Wie nun sieht das beim praktizierenden Arzt aus?

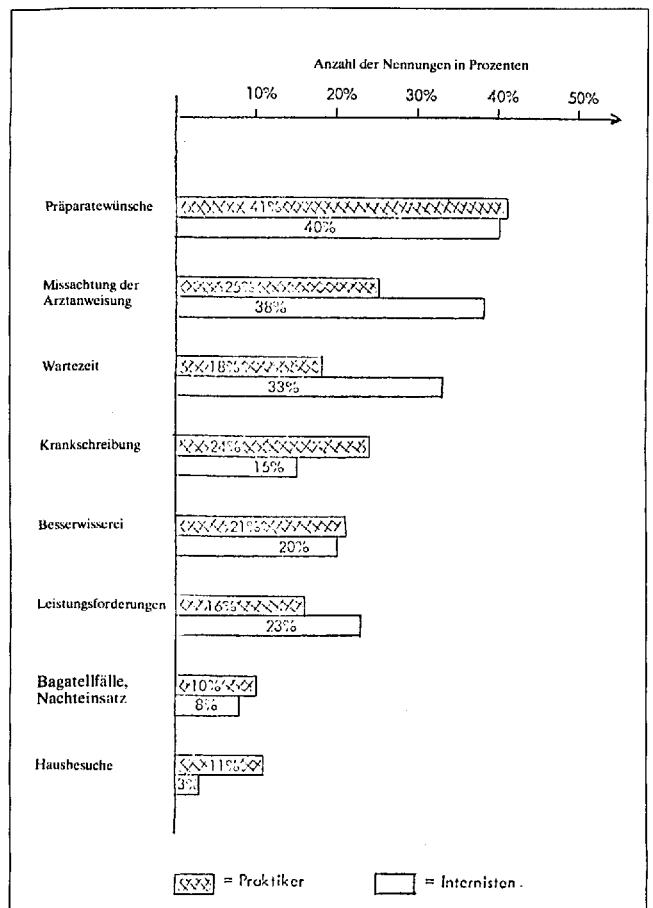
Er sollte gelernt haben zu hören und zu sehen, was hinter der Fassade verborgen ist. Er darf nicht vergessen, die zur Schau gestellten «Symptome» ernst zu nehmen, weil der Kranke ja seinen Körper benützt, um auszudrücken, dass ihm «etwas» fehlt. Das kommt immer am deutlichsten zum Ausdruck bei Arbeitslosen, Geschiedenen und Getrenntlebenden, viel weniger häufig bei Verwitweten. Ein Körperteil schmerzt, weil die Seele schmerzt. Ein Körperteil funktioniert nicht mehr, weil die Welt, in der der Kranke lebt, ihm «etwas» vorenthält, das er braucht. Und der Arzt müsste es hören, spüren, hinterfragen. Aber weil er so wenig Zeit hat, vielleicht auch, weil er nie gelernt hat,

diesen Zusammenhängen nachzugehen, verschreibt er ein Medikament. Er kann etwas tun für seinen Patienten. Dieses Tun genügt aber nicht, wenn es nicht wiederum nur Mittel zum Zweck ist, nämlich in einen Dialog zu treten mit dem Kranken, als Therapeut Hilfe anzubieten und nichtverbal auszudrücken: *Ich möchte dir etwas geben*. In der Praxis wird diese Aufgabe zu wenig ernst genommen.

Umwelt des Patienten



Probleme beim Umgang mit Patienten aus der Sicht des Arztes



Wenn man einer Arbeitsgruppe für psychologische Marktanalysen über die Veränderung des Arzt-Patienten-Verhältnisses [3] folgt, so wird ersichtlich, dass etwa ein Drittel der Ärzte ihre Kranken «nur manchmal oder sehr selten» über die jeweiligen Medikamente aufklären. Mit anderen Worten: Sie verschreiben zwar Arzneimittel, aber sie erläutern das Warum, Wie und Wann nicht und verpassen damit auch die Gelegenheit, mit ihren Patienten in den erwarteten und dringend benötigten Dialog zu treten.

Nun muss man aber auch die Stimme des Arztes hören, der anlässlich der gleichen Befragung die Probleme von einer ganz anderen Warte aus betrachtet: 41 % der befragten Ärzte fühlen sich über Forderungen der Patienten nach bestimmten Präparaten beunruhigt oder gar verärgert. Hier zeigt sich eine deutliche und für den Arzt spürbare Einflussnahme der Patienten auf die Therapie. Der Patient entwickelt also eigene Vorstellungen über seine Krankheit und seine Heilung. Dass diese Anregungen aber oft nur ein Signal dafür sind, dass ein echtes Gespräch gesucht wird, zeigt die gleiche Frage an den Patienten, welche Kritik er seinem Arzt entgegenzubringen habe. Nur 6 % der Patienten erwähnen die medikamentöse Therapie als Grund zur Beanstandung, während 81 % der Patienten den mangelnden Zeitaufwand als gravierendsten Vorwurf nennen, 22 % zusätzlich «eine oberflächliche Behandlung» beklagen und 12 % die «unpersönliche Behandlung und mangelnde Information» nennen.

Die Medikation im Spital

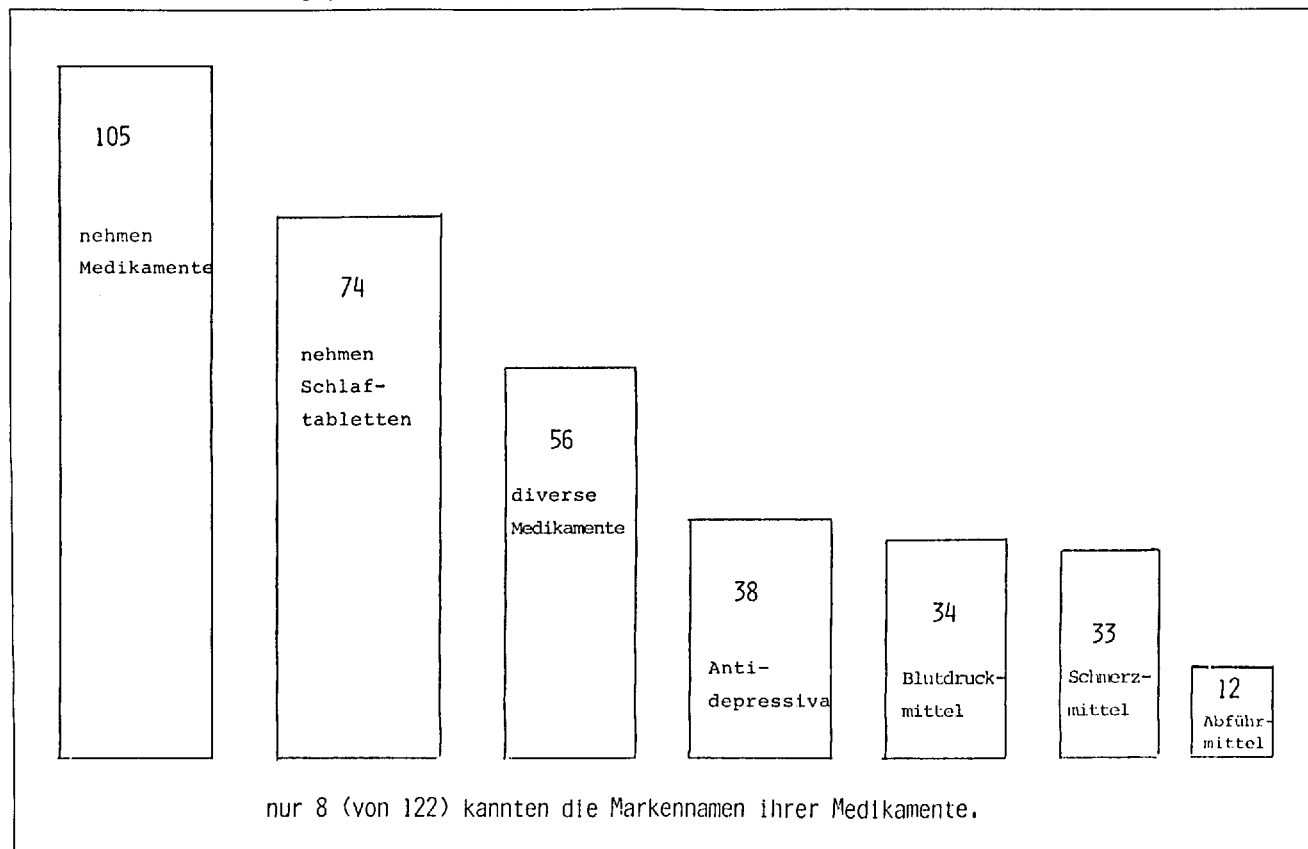
Sie hat im Krankenhaus einen anderen Stellenwert als in der ambulanten Behandlung. Aber auch hier ist die Diskrepanz zwischen den Informationswünschen der Patienten und der täglichen Praxis gross. Die meisten Patienten behaupten, die Medikamente jeweils von einer Krankenschwester ohne irgendwelche Hinweise zu bekommen. Man müsse sie auch ohne Widerrede schlucken. Etwas anderes werde nicht erwartet! Wenn ein Patient fragt, welche Medikamente er bekomme, wird ihm oft – wie einem kleinen Kind – erläutert, das «gelbe» sei für den Magen, das «weisse» zum Schlafen und das grössere für die Nerven. Auf eine solche Antwort hin wagt sich der Patient in der Regel nicht mehr, weiterzufragen. Er schluckt, oder er benützt die Gelegenheit, die Tablette aus dem Fenster zu werfen oder herunterzuspülen, wenn sein Bett in der Nähe des Wasserbeckens placiert ist.

Nach einer Umfrage von Gilliland konnten nur 30 % von spitalentlassenen Patienten ihre Diagnose erklären, und nur 20 % wussten, wie man sie behandelt hat.

Spitalhefte

Diesem Notstand ist eigentlich nur abzuhelpen durch die Einführung sogenannter «Spitalhefte», wie sie jetzt durch zwei Arbeitsgruppen der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP) einerseits und der Veska andererseits entworfen und diskutiert werden. Der mündige Patient soll wissen, was ihm verschrieben wurde, aber er soll auch schriftlich festgehal-

Von 122 Klienten einer psychosozialen Sprechstunde nahmen 105 regelmässig Medikamente, nämlich:



ten bekommen, wie und wann und warum er seine Medikamente einnehmen soll.

Ein solches Heft ist um so wichtiger, als die Krankenhauspraxis ja auf dem Prinzip beruht, dass jeder Arzt jederzeit durch einen andern ersetzt werden kann [2] (Balint), während in der Praxis des niedergelassenen Arztes das Prinzip gilt: ein Arzt/ein Patient. Diese feste Bezugsperson in der ambulanten Praxis wird erst in der Gruppenpraxis und in der Poliklinik in Frage gestellt, was vielleicht die Tatsache erklärt, dass mehr und mehr Patienten von einem Arzt zum andern «wandern». Eine wichtige Rolle könnten in solchen Fällen die Sprechstundenhilfen spielen, wenn sie dafür sorgen, dass die «indirekten» Mitteilungen und Fragen der Patienten – die fast immer Hilferufe sind – weitergeleitet werden. Dann kann sich zwischen dem Arzt und dem umherirrenden Patienten eine Beziehung herstellen lassen, die über die rollengemässen Grenzen von Diagnose und Therapie hinausgeht. Und genau das brauchen unsere Kranken!

Der Chronischkranke

Ich habe bis jetzt weitgehend vom Psychosomatiker gesprochen, was immer wir unter diesem Sammelbegriff verstehen mögen. Es gibt eine Patientengruppe, die ihm in manchem verwandt ist: der Langzeit- oder Chronischkranke.

Er nimmt, das wissen wir aus einer Vergleichsstudie mit 422 Probanden in Basel, neben seinen krankheits-spezifischen Arzneimitteln:

- in 50 % der Fälle Kopfweh- und Schmerzmittel
- in 30 % der Fälle Stärkungsmittel und Vitamine
- in 20 % der Fälle Beruhigungsmittel
- in 15 % der Fälle Schlafmittel
- in 12 % der Fälle Abführmittel

Bei Kopfschmerzen greift mehr als die Hälfte der Probanden sofort zu einem Schmerzmittel, ebenso bei Verstopfung. Bei Schlaflosigkeit greifen mehr als 30 % öfters zu einem Medikament, und bei Reizbarkeit immerhin 17 %.

Die Beeinträchtigung muss also nur minim sein, damit der Patient zu einem zusätzlichen Medikament greift: es gilt insbesondere als das Mittel der Wahl am Arbeitsplatz bei jenen Berufsschichten, die sich bei Unwohlsein nicht ohne weiteres frei machen können.

Darum ist die Selbstmedikation auch Teil eines Verhaltensrepertoires, das wiederum gekennzeichnet wird durch den Verhaltensspielraum, der dem Individuum gegeben ist. Man sieht das besonders deutlich beim Rheumatiker, der über seine spezifischen und direkt symptombezogenen Medikamente hinaus meistens noch eine Zusatzmedikation nimmt.

Aus dieser Bereitschaft, primär das Medikament «zu Hilfe» zu nehmen, resultiert auch die eindruckliche Reihenfolge aus einer Patientenbefragung. Bei 67 % der Patienten [2] rangiert der Wunsch nach bestimmten Präparaten an erster Stelle (siehe oben).

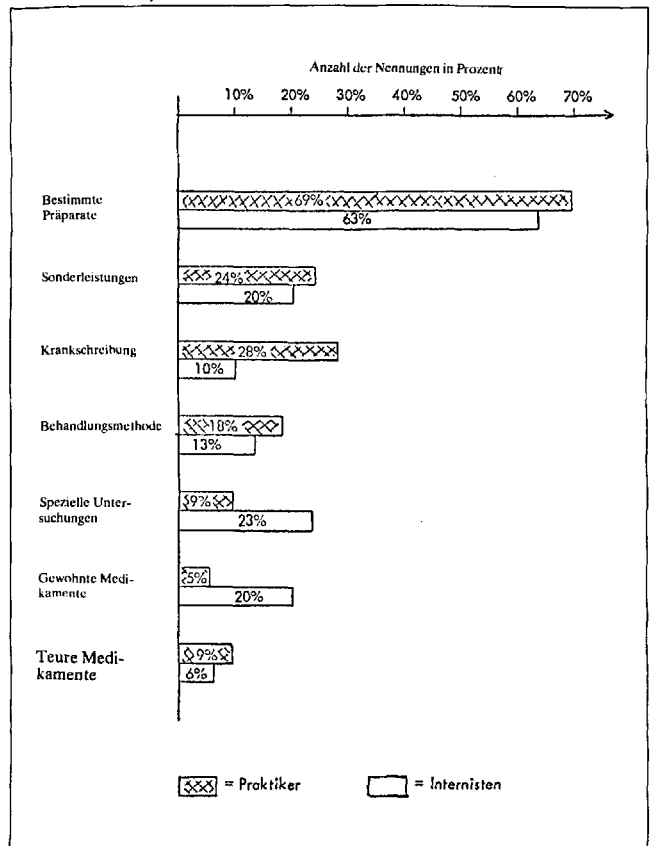
Folgerungen

Wenn wir endlich gelernt haben, was medikamentöse Therapie sein kann: 1. ein Mittel ersten Ranges zur Kommunikation und 2. ein Chemotherapeuticum, dann werden wir es künftig anders einsetzen als bisher. Nämlich nicht mehr als Alibi für nicht stattgefundenen Gespräche und Untersuchungen, sondern als hervorragendes, ja einmaliges Mittel zu einem gezielten Dialog, der das Mitmachen des Patienten erfordert, eine «compliance», die auch im zeitlichen Rahmen weit über die Begegnung mit dem Arzt hinauswirkt und Wechselwirkungen von hohem therapeutischem Wert auslöst.

Man müsste in diesen Lernprozess auch die Selbsthilfeorganisationen miteinbeziehen, die so segensreich sind für unsere Kranken. Und ich denke dabei nicht nur an die bekannten Rheumaligen, Krebsligen, TBC-Ligen usw., sondern auch an die Ilco-Gruppe, die in Deutschland Patienten mit einem künstlichen Darmausgang zusammenschliesst, an jene Krebspatientinnen mit amputierter Brust und an die Anonymen Alkoholiker, die so viel Gutes tun. Wir können «Gesundheit» nur fördern, wenn wir jedem einzelnen bewusst machen, dass sein Problem von vielen geteilt und von vielen getragen wird – und auch, dass jeder von uns ein potentieller Anwärter auf *sein* ureigenes Leiden ist. Aus dieser Einsicht müsste eine gewisse Solidarität zu entwickeln sein.

Patienten- und Selbsthilfeorganisationen können uns auch helfen, lange geübte Verhaltensweisen zu ändern,

Patientenwünsche an den Arzt



indem sie diese in der Gruppe diskutieren. Dort kann die sachliche Information durch die emotionale ergänzt werden, die Voraussetzung ist für jedes partnerorientierte Gespräch. Einfühlung ist dabei das Wichtigste.

Sie sehen, meine Damen und Herren, der Umgang mit meinen Patienten hat mich gelehrt, das Medikament nicht gering zu schätzen, aber die Droge «Arzt» noch viel ernster zu nehmen als bisher. Das eine in der Hand des andern, mit etwas menschlicher Wärme und Einfühlung verabreicht, kann seinen Zweck nicht verfehlen: es heilt.

Vergessen wir aber dabei nie, dass «das Mittel» allein nichts ist, es sei denn zwischen zwei Partnern, die eine Kommunikationsebene gefunden haben, in der Heilung möglich ist.

Zusammenfassung

Die Referentin führt in Basel, Schweiz, eine psychosoziale Sprechstunde für Alleinstehende und Betagte. Die vorliegende Arbeit konzentrierte sich einerseits auf ihre Beobachtungen im Zusammenhang mit zwischenmenschlichen Problemen und andererseits auf eine Umfrage, die sie bei 122 Klienten während der Monate September und Oktober 1979 durchführte: 105 von ihnen nehmen regelmäßige Medikamente ein, aber nur 8 konnten sagen, wie ihr Arzneimittel heisst.

Die meisten ihrer Patienten benützen die Verschreibung des Arzneimittels zur Kontaktnahme mit einer Bezugsperson, die für sie wichtig ist. Der Arzt ist die «Droge», die sie nötig haben; das ärztliche Gespräch, die menschliche Zuwendung ist wichtiger als jede andere Therapie. Indessen kann das Medikament in beiden Richtungen den Zugang zum Dialog schaffen; in diesem Sinne reicht seine Wirksamkeit weit über das hinaus, was der Pharmakologe beweisen kann. Das ärztlich verordnete Medikament ist in unserer emotional verarmten Welt das Mittel der Wahl geworden, seine Umwelt um Hilfe zu rufen.

Résumé

Le médicament – vu du point de vue du malade

L'auteur tient à Bâle un cabinet de consultations psycho-sociales pour personnes seules et âgées. L'exposé traite, d'une part, des problèmes des relations interhumaines tels qu'elle les a observés, et,

d'autre part, d'une enquête qu'elle a menée auprès de 122 interlocuteurs pendant les mois de septembre et octobre 1979. Parmi ces 122 personnes, 105 prennent régulièrement des médicaments, mais seulement 8 étaient à même d'indiquer le nom exact de leur médicament.

La plupart de ses patients mettent à profit la prescription d'un médicament pour établir un contact humain avec le médecin et c'est ce contact qui est essentiel pour eux. Le médecin est la «drogue» dont ils ont besoin; l'entretien avec le médecin, «l'écoute humaine» sont plus importants que toute autre thérapie. Ainsi, le médicament peut ouvrir la voie à un dialogue réciproque; de ce fait, l'efficacité du médicament va au-delà de ce que le pharmacologue peut scientifiquement prouver. Le médicament prescrit par le médecin est devenu, dans notre monde appauvri sur le plan émotionnel, le moyen de choix pour lancer un appel au secours à ses prochains.

Summary

The Medical Prescription as seen by the Patient

The author gives psychosocial consultation hours for single and aged persons at Basle. The present study is based, for one part, on her observations regarding problems of interhuman relations and, for the other part, on an inquiry she conducted with 122 patients during September and October 1979: 105 among them take drugs regularly, but only 8 of them were able to tell the exact name of their drug.

Most of her patients take the opportunity of the prescription to establish a contact with a human being involved and this contact is important for them. The doctor is the "drug" they need; the dialogue with the doctor, the human touch is more relevant than any other therapy. Thus the drug may open way for a dialogue in both directions and in this context, the efficacy of the drug reaches far beyond which the pharmacologue may be able to prove. The drug prescribed by the doctor has become, in our world impoverished in the emotional field, the means of choice to ask the environment for help.

Literatur

- [1] Balint M., «Das Wiederholungsrezept, Behandlung oder Diagnose», Ernst-Klett-Verlag, Stuttgart.
- [2] Haupt K., «Veränderungen des Arzt-Patienten-Verhältnisses», Studie der Arbeitsgruppe für psychologische Marktanalysen.
- [3] Pharma-forum 7, 1979 (zit. Studie der Bundesvereinigung der deutschen Ärzteverbände).
- [4] Venulet J., «Aspects of social pharmacology», Progress in Drug Research 22, 10–25 (1978).
- [5] Weigel et al., «Wie sieht erfülltes Leben aus?», Kreuz-Verlag, Stuttgart.