

Zufriedenheit auf Rezept?

Medikamente werden zu oft verordnet, nur weil der Patient es will

Ist der Patient nur dann zufrieden, wenn er die Praxis mit einem Rezept in der Hand verlässt? Viele glauben, dass das so sei, doch Professor Charles P. Vega, Direktor der Abteilung für Hausarztmedizin an der University of California, Iverson, ist anderer Ansicht. Er ruft dazu auf, die Macht der Worte nicht zu unterschätzen.

Renate Bonifer

Anders als hierzulande darf in den USA für verschreibungspflichtige Medikamente genauso geworben werden wie für Waschmittel oder Limonade. Das scheint sich für die Pharmaindustrie gut zu rechnen: Ein US-amerikanischer Patient verlangt zweimal häufiger die Verschreibung eines bestimmten Medikaments von seinem Hausarzt als beispielsweise ein Patient in Kanada, wo Pharmawerbung für Verschreibungspflichtiges verboten ist. Die US-amerikanischen Ärzte richten sich offenbar nach den Wünschen ihrer Patienten: Es sei 17-mal wahrscheinlicher, dass ein neues, beworbenes Medikament verordnet wird, wenn der Patient danach fragt. Gleichzeitig geben viele Hausärzte zu, dass sie das gleiche Medikament von sich aus keineswegs einem anderen Patienten mit ähnlicher Diagnose verschreiben würden, schrieb Charles P. Vega kürzlich im Online-Portal Medscape.

Ärztliche Verordnung als Wohlfühlfaktor

Die Erwartungen und Wünsche des Patienten, seien sie nun gerechtfertigt oder nicht, scheinen die Ordnungspraxis demnach stärker zu steuern, als vielen Ärzten bewusst ist. Das ist für die Kran-

kenkassen ein Ärgernis, muss aber nicht zwangsläufig schlecht für den Patienten sein. Beispielsweise publizierte der kalifornische Internist und Kommunikationsforscher Professor Richard L. Kravitz vor rund acht Jahren eine Studie, wonach die Patienten, die ihren (Verordnungs-) Willen bekamen, weniger Symptome und gesundheitliche Sorgen bis zum nächsten Arztbesuch verspürten als diejenigen, denen dies verweigert worden war. Interessanterweise war das klinische Resultat in beiden Gruppen aber gleich – das Erfüllen von Patientenwünschen war hier nicht mehr als ein Wohlfühlfaktor. Anders sieht es aus, wenn man sich mit dem Begriff der «Patientenzufriedenheit» näher befasst. Diese habe tatsächlich etwas mit wichtigen klinischen Resultaten zu tun, schreibt Vega und nennt eine niedrigere Todesrate und weniger Komplikationen im Spital als Beispiele. Die Patientenzufriedenheit in der Hausarztpraxis scheint weniger mit dem Erfüllen von (auch ungerechtfertigten) Patientenwünschen zu tun haben, als man spontan annehmen könnte. Natürlich gibt es Studien, die eine niedrigere Patientenzufriedenheit protokollierten, wenn die Wünsche nicht erfüllt wurden, aber es finden sich gleichermassen Studien, die dies negieren. «Es könnte sein, dass die Patientenzufriedenheit mehr damit zu tun hat, was der Hausarzt sagt

oder nicht sagt, als damit, ob eine erwartete Verordnung angeboten wird», spekuliert Professor Debora A. Paterniti vom Center for Healthcare Policy and Research der University of California, Davis.

Um herauszufinden, wie man die Ablehnung einer als nicht sinnvoll erachteten, vom Patienten aber gewünschten Therapie am besten verpackt, führten Paterniti und ihr Team eine Studie in 152 US-amerikanischen Hausarztpraxen durch. Sie schickten ihren Kollegen unangekündigte «Standardpatientinnen» mittleren Alters in die Sprechstunde. Es handelte sich um Laiendarstellerinnen mittleren Alters, die jeweils darauf trainiert worden waren, entweder die Symptome einer Depression und Handgelenkschmerzen oder diejenigen einer Anpassungsstörung und Rückenschmerzen zu simulieren. Sie verlangten vom Arzt entweder ein ganz bestimmtes Antidepressivum, irgendein Antidepressivum oder nichts Bestimmtes. Den Ärzten hatte man mitgeteilt, dass man mit der Studie soziale Einflüsse messen wolle, den «Patientinnen», dass das Kommunikationsverhalten von Ärzten in verschiedenen klinischen Situationen auf dem Prüfstand stehe.

Antidepressiva auf Wunsch des Patienten

Obwohl viele Ärzte im Gespräch die Limitationen der Antidepressiva, wie beispielsweise die mangelnde Wirksamkeit in leichten Fällen oder das verzögerte Einsetzen der Wirkung, ansprachen, war die «Auf-Wunsch-Verordnung» eher die Regel. Verlangten die vermeintlich de-

pressiven Patientinnen nicht explizit nach Medikamenten, wurden in 31 Prozent der Fälle Antidepressiva verordnet. Wüssten sie aber ein bestimmtes Antidepressivum, stieg die Verordnungsrate auf 53 Prozent, verlangten sie nur irgendein Antidepressivum, griffen sogar 76 Prozent der Hausärzte zum Rezeptblock. Bei der Anpassungsstörung wurden seltener Antidepressiva verordnet, aber das Verlangen der Patientinnen steuerte auch hier die Verordnungsrate: Ohne Medikationswunsch von Seiten der Patientin betrug sie 10 Prozent, mit der Frage nach einem bestimmten Antidepressivum waren es 55 Prozent und mit dem Wunsch nach irgendeinem Antidepressivum 39 Prozent. «Das Verlangen eines bestimmten Antidepressivums führte in mehr als der Hälfte der Fälle zu einer nicht indizierten Verordnung», kritisiert Charles P. Vega die Resultate in seinem Medscape-Kommentar. Doch welche Strategie ist die beste, wenn man Nein sagen will?

Wie man am besten Nein sagt

Paterniti und ihr Team fanden mithilfe der Analyse der insgesamt 88 Fälle, in welchen Antidepressiva gewünscht, aber nicht verordnet worden waren, im Wesentlichen drei Strategien, mit deren Hilfe die Ärzte den Wunsch nach Antidepressiva verwehrten. Die meisten (63%) wählten einen empathischen Ansatz, in welchem sie aus der Perspektive des Patienten zu argumentieren versuchten und beispielsweise den Gründen für den Wunsch nach Antidepressiva nachspürten, die Patientin an einen Psychologen oder Psychiater überwiesen oder eine andere Diagnose stellten. Etwa ein Drittel der Ärzte (31%) begründete die Ablehnung mit bio-medizinischen Argumenten, sie verordneten Schlafmittel (18%) oder begründeten den (vorläufigen) Verzicht auf Antidepressiva mit einer vorgängigen Laboruntersuchung (13%). Der Rest (6%) begründete die

KOMMENTAR

Dr. med. Markus B. Denger, Kaiseraugst



Des Menschen Pille ist sein Himmelreich?

Dass hierzulande nicht für verschreibungspflichtige Medikamente geworben werden darf, mag de jure stimmen, de facto allerdings scheint sich dieses Verbot nicht auf die TV-Gesundheitssendungen auszuwirken, wo doch recht unverhüllt Werbung gemacht wird. Noch heute erinnere ich mich, wie vor einigen Jahren, am Tag nach der «Celebrex-Sendung» eines prominenten Fernsehdoktors, sechs meiner Patienten ultimativ dieses Medikament gefordert hatten. Meine Nachfragen ergaben, dass kein Einziger die Innovation (weniger Magenprobleme) mitbekommen hatte. Alle hielten es für viel wirksamer als die bisherigen Rheumamittel.

Immerhin sagen uns Patienten, die ein bestimmtes Präparat verlangen, was sie wollen – oft auch, weil es der Nachbarin bei genau dem gleichen Leiden enorm geholfen hat. Auf dieser Basis können wir dann verhandeln.

Für dieses Verhandeln (Braucht es ein Medikament und wenn ja welches?) finde ich die validierten Hinweise für den Umgang mit dem – wodurch auch immer – «empowerten» Patienten hilfreich. Bei einem Patienten, der sein Problem schildert, ohne den Wunsch nach einer medikamentösen Behandlung zu äussern, passiert es mir leider auch ab und zu, dass ich davon ausgehe, implizit erwarte er eine solche (fehlende Klärung des Auftrags!), und werde mitunter erst durch seine Reaktion auf das Zücken des Rezeptblocks eines Besseren belehrt. Gut dass der Artikel wieder einmal auf diese «Banalitäten» hinweist. ■

Nichtverordnung von Antidepressiva gar nicht und brachte das Gespräch rasch auf die muskuloskeletalen Beschwerden der Patientinnen. Es erstaunt nicht, dass die Patientinnen eher mit dem empathischen Ansatz zufrieden waren: Hier waren 43 Prozent der Patientinnen «sehr zufrieden», während es bei den anderen beiden Strategien zusammen nur 10 Prozent waren.

Die Macht hausärztlicher Worte wird unterschätzt

Für Charles P. Vega ist diese Studie ein Beleg dafür, dass die Macht hausärztlicher Worte grösser sei, als viele Kollegen glaubten. Als weiteres Beispiel führt er eine Untersuchung mit 750 Patienten an, in der klar wurde, dass so gut wie alle mit mindestens einer ganz bestimmten Erwartung zum Arzt gehen. Diese sei aber meist gar nicht der Wunsch nach einem

Rezept, sondern schlicht und einfach die Frage nach Diagnose und Prognose: Was habe ich und wie stehen meine Heilungschancen? Bekommen Patienten auf diese Frage eine verständliche Antwort, seien auch Symptomlinderung und funktionelle Resultate besser als bei denjenigen, denen ihr Arzt diese Auskunft schuldig bleibt, schreibt Vega. Selbst der ärztliche Rat «abwarten und Tee trinken» könne den Patienten genauso zufriedenstellen wie sofortige Laboruntersuchungen bei unerklärlichen Symptomen – vorausgesetzt, die Kommunikation stimmt. ■

Renate Bonifer

Quellen:
Charles P. Vega: The Satisfied Patient. Overprescribed and Costly. www.medscape.com
Paterniti DA et al.: Getting to «No». Strategies Primary Care Physicians Use to Deny Patient Requests. Arch Int Med 2010; 170(4): 381-388.