

# IMPLICONplus

– Gesundheitspolitische Analysen –



04 / 2011

Defizite in der Arzneimitteltherapie in  
Deutschland

von Andreas Meusch

## Defizite in der Arzneimitteltherapie in Deutschland

von Andreas Meusch

**Es gibt dramatische Defizite in der Arzneimitteltherapie in Deutschland, aber wenig Wissen und noch weniger Ansätze darüber, wie diese systematisch beseitigt werden können. Es braucht eine Vielzahl von Ansätzen zur Verbesserung. Der Verbesserung der Interaktion „Arzt-Patient“ kommt dabei eine besondere Aufmerksamkeit zu. Es wird dafür plädiert, eine sozialwissenschaftlich geprägte Compliance-Forschung zu verstärken, die Compliance-Probleme verstehbar und damit managebar macht.**

Die gesundheitspolitischen Diskussionen in Deutschland kreisen vor allem um Steuerungsfragen auf der Makro- und auf der Meso-Ebene. Seit dem ersten Kostendämpfungsgesetz 1977 gestalten der Gesetzgeber und die Partner der Selbstverwaltung aus Krankenkassen und Ärzten eine Dauerreform, die jetzt schon länger dauert als die Zeitspanne vom Ausbruch des ersten Weltkrieges bis zum Ende des zweiten. Die Arzneimittelversorgung war und ist ein Schwerpunkt der Anstrengungen und hat im Laufe der Jahrzehnte eine Vielzahl von zum Teil inkonsistenten Steuerungsinstrumenten mit hervorgebracht [1]. Unbestreitbar ist, dass die Regelungsfülle die Ausgabenentwicklung gedämpft hat. Das zum Jahreswechsel in Kraft getretene Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) fügt sich in diese Tradition ein, zu der auch gehört, dass die Steuerungswirkung auf der Mikroebene, sprich im direkten Arzt-Patienten-Kontakt, irrelevant ist. Wenn die Forderung „mehr Qualität wagen“ für die Arzneimitteltherapie erhoben wird, dann bedeutet dies vor allem, dass wir die Steuerung auf der Mikroebene stärker in den Blick nehmen müssen. Hier müssen nach Überzeugung des Autors die zentralen Qualitätsprobleme in unserem Gesundheitswesen gelöst werden.

So ist es eine implizite Prämisse der Kosten-Nutzen-Diskussion, dass sich der in den klinischen Studien festgestellte Nutzen durch entsprechenden Einsatz der Medikamente durch den Arzt und eine entsprechende Compliance der Patienten im Versorgungsalltag wiederfindet. Beides ist aber keineswegs selbstverständlich.

## Fehlende Compliance als Qualitätsproblem

Es gibt „kaum einen Patienten, der eine Arzneimitteltherapie richtig durchführt. Etwa ein Drittel der Rezepte wird nicht eingelöst, und die Hälfte aller Medikamente werden gar nicht oder falsch angewandt. In einem Drittel der Fälle entstehen dadurch ernste Gesundheitsschäden [2]“. Geisler schätzt, dass selbst die regelmäßige Einnahme lebensnotwendiger Medikamente unter 50 Prozent liegt [3]. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass über die Hälfte der Patienten vom medikamentösen Therapieschema abweichen, also ein Nicht-Compliance-Verhalten entwickelt haben [4]. Bei einer EMNID Befragung aus dem Jahr 1996 schätzten lediglich 33 Prozent der Befragten sich selbst als compliant ein [5].

Die Einschätzungen sind im Grundtenor erschreckend, aber in der Dimension doch so unterschiedlich, dass es sich lohnt, genauer hinzusehen. Für zahlreiche Indikationen und Therapieschemata ist nachgewiesen, dass Nicht-Compliance zu zusätzlichen krankheitsbezogenen Komplikationen, Krankenhausaufenthalten und einer höheren Mortalität führt [6]. Allerdings sind die Compliance-Raten durchaus unterschiedlich:

Tab. 1: Compliance-Raten bei unterschiedlichen Krankheiten

<b>Erkrankung</b>	<b>Non-Compliance-Rate</b>
Asthma	20% (-80%)
Epilepsie	30% - 50%
Diabetes	40% - 50%
Bluthochdruck	50%
Rheuma	55% - 70%
Osteoporose	über 50%

Quelle: Pirk, O. et al.: Field Research in: Schöffski, Oliver; Graf von der Schulenburg, Matthias (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen S. 201-260, S. 245

Es überrascht nicht, dass bei diesen unterschiedlichen Einschätzungen auch die Angaben differieren, wie hoch die Kosten fehlender Compliance sind:

- Ein Report der deutschen Agentur für Health-Technology Assessment (DAHTA) kommt 2007 zu dem Ergebnis, dass die medikationsbezogene Nicht-Compliance der Patienten in Deutschland Kosten von rund 10 Milliarden Euro jährlich verursacht [7].

- Vollmer und Kielhorn schätzen konservativ die Gesamtkosten für Non-Compliance in Deutschland auf 8,1 bis 10,7 Milliarden Euro [8].
- „Die direkten Kosten von Non-Compliance betragen jährlich ca. 4,4 Prozent der Gesamtausgaben für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung [9]“. Das wären für 2010 fast 70 Milliarden Euro.

Die zitierten Arbeiten haben nicht empirische Befunde aus beobachtetem Patientenverhalten und noch weniger aus Beobachtungen der Arzt-Patienten-Interaktion gewonnen, sondern betrachten die Compliance-Problematik auf der Systemebene. Dort ist sie aber nicht lösbar. Sie entzieht sich dem Zugriff des Gesetzgebers genauso wie dem der Vertragspartner der Krankenkassen und Leistungserbringer. Bereits hier lässt sich also feststellen, dass dem deutschen Gesundheitssystem systematische Ansätze zur Lösung der Problematik fehlen.

## **Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)**

Schaut man sich über einen längeren Zeitraum die Defizite im Verordnungsverhalten der Ärzte an, so sieht man, dass es bei der Qualität der Arzneimittelversorgung in Deutschland erheblichen Handlungsbedarf gibt. So stellt die OECD für Deutschland fest: „Several reports mentioned inadequacies of pharmaceutical therapy in some areas. For instance, results of an epidemiological study on hypertensive patients showed several shortfalls in treatments by general practitioners [10]“. Der Sachverständigenrat Gesundheit beschäftigt sich in seinem Jahresgutachten 2007 auf 27 Seiten mit dem Thema unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln und Pharmakovigilanz und stellt „dringenden Handlungsbedarf und zahlreiche Optimierungspotentiale“ fest [11]. Für Deutschland geht der Rat von Übereinstimmung mit den internationalen Literaturdaten aus, wozu auch Untersuchungen aus den USA gehören, wonach Arzneimittelnebenwirkungen die sechsthäufigste Todesursache waren [12]. Außerdem schätzen die Sachverständigen, dass fünf bis neun Prozent der Gesamtkrankenhauskosten eingespart werden könnten (350 bis 400 Millionen Euro), die durch UAWs verursacht werden [13]. Im Gutachten 2009 wird das Thema vertieft: „Insgesamt erfolgten 6,5 Prozent der Aufnahmen wegen UAWs, wobei fast drei Viertel dieser Ereignisse (72 Prozent) nach Ansicht der Autoren vermeidbar gewesen wären. „Von den 1.225 Patienten, die wegen UAWs stationär aufgenommen wurden, verstarben 28 (2,3 Prozent) als direkte Folge des Ereignisses [14]“. Auch Haefeli hat bei der Analyse von Versichertendaten festgestellt, dass jedem zwanzigsten Versicherten Arzneimittel verordnet wurden, die zu klinisch relevanten

Arzneimittelinteraktionen führen und 23,6 Prozent der Versicherten mehr als fünf verschiedene Wirkstoffe gleichzeitig verschrieben wurden [15].

„Entgegen der weit verbreiteten Ansicht wandern die meisten Betroffenen nicht von Arzt zu Arzt, um ihren Medikamentenkonsum möglichst unauffällig zu betreiben. Vielmehr erfolgen Dauerverschreibungen am häufigsten durch denselben Arzt, obwohl zum Beispiel Benzodiazepine gemäß den Leitlinien maximal für acht Wochen verordnet werden sollten [16]“.

Auch wenn die Häufung von UAWs kein spezifisch deutsches Problem ist [17], sind die vorhandenen Erkenntnisse für Deutschland erschreckend. In den Studien werden Zahlen zwischen 6.000 und 8.000 Arzneimittel-toten [18] als geringste Annahme und 57.000 Arzneimittel-toten allein in internistischen Fachabteilungen deutscher Krankenhäuser genannt [19]. Letzteres entspräche statistisch über 156 Arzneimittel-toten allein in den internistischen Krankenhausabteilungen an jedem Tag des Jahres. Selbst wenn man den geringsten Wert annimmt, der hier belegt ist, bedeuten 6.000 Arzneimittel-tote pro Jahr statistisch über 115 Tote pro Woche. Stichtenoth weist darauf hin, dass 40 Prozent der UAWs vermeidbar seien [20]. Es gibt auch Studien, die belegen, dass rund 50 Prozent der tödlichen Fälle vermeidbar wären [21].

## **Fehlmedikation im Alter**

Bei der themenbezogenen, synoptischen Lektüre des seit 1985 jährlich erscheinenden Arzneiverordnungsreports (AVR) wird dies deutlich [22]. Als ein Beispiel soll hier schlaglichtartig die Medikamentenversorgung älterer Menschen beleuchtet werden [23]. „Durch Polytherapie kann ein voll funktionsfähiger Mensch zu einem verwirrten, inkontinenten, bettlägerigen Patienten werden [24]“. Außerdem sind unerwünschte Arzneimittelwirkungen bei älteren Patienten häufiger und „viel gefährlicher“. Darüber hinaus können bei sehr alten Patienten Medikamente lebensverkürzend sein, die für alte Patienten nützlich sind [25].

Wie stellt sich mit Blick auf diese Problematik die Praxis der Pharmakotherapie in Deutschland dar? Zu diesem Thema wird erstmals im AVR 1987 berichtet: „Die Altersgruppe der 71- bis 80-Jährigen, in die 7,7 Prozent der GKV Versicherten fallen, vereinigt 23,5 Prozent der Arzneimittelausgaben auf sich – also das Dreifache des Anteils an der Bevölkerung. In dieser Altersgruppe ist im statistischen Durchschnitt

jeder mit fast drei Arzneimitteln dauertherapiert. Im Durchschnitt wurden jedem Versicherten dieser Altersgruppe 1985 299 Arzneipackungen im Gegenwert von knapp 900,- DM verordnet. Addiert man die Tagesdosen, die aus den Indikationsgebieten der Psychopharmaka, Hypnotika und Sedativa verordnet wurden, so reichen sie aus, um jeden fünften Patienten dieser Altersgruppe in einer Dauertherapie zu halten [26]“. Und zusammenfassend heißt es dazu: „Gerade die älteren Menschen erhalten offenbar deutlich mehr Arzneimittel als angezeigt wäre [27]“.

Im AVR 1990 heißt es: „Die Versicherten mit einem Lebensalter von mehr als 60 Jahren, die lediglich rund 22 Prozent der Gesamtpopulation darstellen, vereinigen über 52 Prozent der gesamten Arzneimittelkosten auf sich, also rund das 2,4-fache des Bevölkerungsanteils. Addiert man die Tagesdosen, die aus den Indikationsgebieten der Psychopharmaka, Hypnotika und Sedativa verordnet wurden, so reichen sie aus, um beinahe jeden fünften Patienten dieser Altersgruppe in einer Dauertherapie zu halten. Gerade ältere Menschen erhalten offenbar deutlich mehr Arzneimittel, als angezeigt wäre [28]“.

Im AVR 2006 findet sich eine Tabelle, die veranschaulicht, dass pro Versicherten die 80- bis 84-Jährigen mehr als 2,8-mal so viele Arzneimittel erhalten als die 50- bis 54-Jährigen und elfmal so viel wie die 35- bis 39-Jährigen. Im Text heißt es dazu erläuternd: „Die Einnahme zahlreicher verschiedener Arzneimittel ist wegen oft schwer überschaubarer Wechselwirkung jedoch nicht unproblematisch. ... Studien über die Häufigkeit unerwünschter Arzneimittelwirkungen zeigen, dass ältere Patienten besonders gefährdet sind [29].“

Im AVR 2009 findet sich wiederum eine Tabelle, die veranschaulicht, dass pro Versicherten die 80- bis 84-Jährigen mehr als 3,2-mal so viele Arzneimittel erhalten wie die 50- bis 54-Jährigen und 9,6-mal so viel wie die 35- bis 39-Jährigen. Im Text heißt es dazu erläuternd: „Die Einnahme zahlreicher verschiedener Arzneimittel ist wegen oft schwer überschaubarer Wechselwirkung jedoch nicht unproblematisch. Studien zur Arzneimittelversorgung älterer Menschen über die Häufigkeit unerwünschter Arzneimittelwirkungen zeigen, dass ältere Patienten besonders gefährdet sind [30].“

„Von mehr als drei Viertel aller schädlichen Arzneinebenwirkungen sind über Siebzigjährige betroffen, und ein Drittel dieser Schäden entsteht durch Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Substanzen“, zitiert „Der Tagesspiegel“ eine Pharmakologin, die ein Forschungsvorhaben mit dem Ziel einer besseren Versorgung alter Menschen (Priscus) betreut [31].

„Vor allem Ältere und Alte, die mehrere Krankheiten gleichzeitig haben, werden manchmal mit einer solchen Menge an Tabletten, Salben und Spritzen medikamentös behandelt, dass nach Meinung von Arzneimittelexperten der Schaden den Nutzen übertreffen kann. Von mehr als drei Viertel aller schädlichen Arzneinebenwirkungen sind über Siebzigjährige betroffen, und ein Drittel dieser Schäden entsteht durch Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Substanzen. An der Spitze der eine Klinikeinweisung verursachenden Medikamente steht der Gerinnungshemmer Phenprocoumon (bekanntestes Präparat: Marcumar) wegen innerer Blutungen, gefolgt von Insulin, Insulin-Analoga und Diabetesmitteln in Tablettenform; ferner Digitalis, Diuretika, Betablocker und die große Gruppe der (nichtsteroidalen) Schmerz- und Rheumamittel, von denen einige im Alter besonders häufig Magenbluten auslösen können.

Zur Vorsicht rät Petra Thürmann, Pharmakologin aus Wuppertal, aber auch im Umgang mit allen Substanzen, die bei Älteren die Gefahr eines Sturzes verstärken, wie Beruhigungsmittel und andere Psychopharmaka (zum Beispiel Antidepressiva, Neuroleptika, Benzodiazepine). Besonders in Pflegeheimen würden sie oft falsch angewandt. Auch andere Substanzen wie etwa Anticholinergica (etwa Atropin) können im Alter Schläfrigkeit, Schwindel, Verwirrtheit und Abbau der Hirnleistung verursachen und damit einen Sturz mit der gefürchteten Folge einer Hüftfraktur herbeiführen [32].

## Sucht auf Rezept

Dass Sucht auf Rezept in Deutschland ein Thema ist, belegen diverse wissenschaftliche Untersuchungen: „Tabletten rangieren nach Alkohol längst auf Platz zwei der Abhängigkeitstatistik. Nach Expertenschätzungen sind bis zu 1,9 Millionen Deutsche tablettensüchtig, in ca. 80 Prozent der Fälle liegt eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen vor [33]“. Jacobowski geht von 1,5 Millionen Medikamentenabhängigen in Deutschland aus, davon über drei Viertel von Benzodiazepinen bzw. Analoga. Grundlage der Einschätzung ist die dynamische Auswertung der Benzodiazepin-Rezepte von über 16 Millionen Einwohnern aus sieben Bundesländern über sechs Monate: Bei 748.000 Patienten liegen Verstöße gegen die bestehenden Leitlinien vor. In 790.000 erfassten Fällen wurden Patienten Mengen von Benzodiazepinen verschrieben, die nach medizinischen Erkenntnissen schaden. Davon waren bei 50.000 Patienten die verordneten Mengen (im Durchschnitt 23,6 Rezepte im Erfassungszeitraum pro Patient) so hoch, dass bei Einnahme dieser Mengen von Sucht gesprochen werden muss [34].

„Zu den Medikamentensüchtigen kommen noch etwa 1,7 Millionen Menschen, die als mittel- bis hochgradig gefährdet gelten [35]“. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. geht davon aus, dass 1,7 bis 2,8 Millionen der über 60-Jährigen Frauen und Männer einen problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente bzw. von Schmerzmitteln aufweisen oder gar als medikamentenabhängig zu bezeichnen sind. Besonders stark sind diese Folgen in der stationären Altenpflege zu beobachten. Hier wird der Anteil der von Psychopharmaka abhängigen Bewohner/-innen über 70 Jahre auf mindestens 25 Prozent geschätzt [36].

Offenkundig gibt es auch ein Compliance-Problem seitens der Ärzte. Viele wenden die bestehenden Leitlinien und Therapieempfehlungen nicht so an, wie es sein müsste. Dies kann auf der einen Seite ein Problem fehlenden Wissens sein. Allerdings wissen wir sehr wenig über die komplexen Gründe für die offenkundigen Versorgungsprobleme und wie sie vermieden werden.

## **Dringender Handlungsbedarf**

Es gibt Maßnahmen, gegen die geschilderten Probleme anzugehen. Drei Beispiele:

- Die Bundesärztekammer hat einen 56-seitigen Leitfaden „Medikamente - schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ für die ärztliche Praxis erarbeitet [37].
- Die Techniker Krankenkasse stellt Versicherten über 65 Jahren, die das wünschen, Informationen darüber zur Verfügung, welche Verordnungskombinationen für diese Personengruppe problematisch sind [38]. Grundlage ist die PRISCUS-Liste, eine auf deutsche Verhältnisse adaptierte Variante der in den USA entwickelten Beers-List [39].
- „RpDoc“ ist eine Software für die elektronische Verordnungsunterstützung zur Optimierung von Sicherheit und Kosteneffizienz der medikamentösen Therapie. Sie kann in Akut- und Reha-Kliniken, in Arztpraxen, Apotheken und Altenpflegeheimen eingesetzt werden [40]. Das Produkt wurde sogar von der Financial Times Deutschland als besonders innovativ ausgezeichnet [41].

Die Beispiele sind löblich, nichts spricht aber dafür, dass sie ausreichen, die oben beschriebenen Probleme zu lösen. Offenkundig hat das deutsche Gesundheitswesen noch keinen Hebel gefunden, die bestehenden Qualitätsprobleme bei der Wurzel zu packen. Damit stellt sich die Frage, worin die Wurzel des Übels liegt. Ein Indikator, der



das oben geschilderte Bild von Problemen in der Arzneimitteltherapie auf der Mikroebene abrundet und den Weg zu diesen Wurzeln zeigt, ist die hohe Menge der Arzneimittel, die jährlich auf dem Müll landen:

- „Allein in der Region Hannover werden jährlich zwischen 20 und 30 Tonnen Arzneimittel bei der kostenlosen Annahmestelle der Abfallwirtschaft Region Hannover abgegeben, 28 Tonnen waren es im vergangenen Jahr [42]“;
- „Mehr als 55 Kilogramm Medikamente landen nach Angaben der Techniker Krankenkasse (TK) täglich im Müll. Allein 2009 wurden bei der Berliner Stadtreinigung (BSR) 20 Tonnen Medikamente bei den Schadstoffannahmestellen oder Apotheken abgegeben [43]“;
- „Etwa 4000 Tonnen Arzneimittel landen jährlich auf dem Müll. Medikamente landen auf dem Müll, wandern in den Abfluss oder werden schlichtweg nicht genommen. Die Gründe dafür rangieren von der Angst vor Nebenwirkungen bis hin zum schlichten Vergessen [44]“.

## **Was wissen wir darüber, wie man Compliance verbessern kann?**

Knapp 28 Milliarden Euro wendeten die gesetzlichen Krankenkassen in 2010 für Arzneimittel auf, die von niedergelassenen Ärzten verordnet wurden. Nicht enthalten in dieser Zahl sind die Kosten für Medikamente, die in der stationären Behandlung verordnet werden. Es besteht kein berechtigter Zweifel daran, dass ein relevanter Teil dieses Geldes entweder keinen Nutzen stiftet oder sogar schadet, weil Arzt und/oder Patient strukturell mit der Komplexität der Pharmakotherapie überfordert sind.

Es ist auch wenig plausibel anzunehmen, dass dieses Problem auf der Systemebene gelöst werden kann, oder glauben wir wirklich, dass die Menschen weniger Arzneien wegwerfen, wenn wir die Zuzahlungen erhöhen oder verändern? Der Autor zumindest hält dies für unwahrscheinlich.

Das deutsche Gesundheitswesen wird sich also der Mühen der Ebene unterziehen müssen, um Bottom-up zu Verbesserungen zu kommen. Der Top-down der letzten Jahrzehnte hat das Problem ignoriert. Wir brauchen eine Vielzahl von Einzelmaßnahmen, um der Pharmakotherapie als wichtigster Therapieform im Gesundheitswesen die Wirksamkeit zu geben, die in diesem Instrument steckt und die noch lange nicht *lege artis* genutzt werden.

Verglichen mit dem großen Forschungsaufwand für die Entwicklung neuer Medikamente fällt auf, wie wenig empirische Forschung es zu Fragen gibt, die sich damit beschäftigen, wie die wirksame Anwendung sichergestellt werden kann. Die empirischen Sozialwissenschaften scheinen sich für diese Fragen wenig zu interessieren. Und Institutionen, die Gelder zur Verfügung stellen, scheint es nicht zu geben. So werden Compliance-Probleme eher abstrakt und nicht Empirie-gesättigt diskutiert:

- Verbessert individuelle Verblisterung die Compliance? Selbst auf der Homepage des „Bundesverbandes patientenindividueller Arzneimittelverblisterer“ erhält man dafür keine zwingenden Argumente. Man findet dort zwar Quellenhinweise zum volkswirtschaftlichen Nutzen des Verblisterens auf der Grundlage „konditionale(r) Kostenrechnung [45]“, eine Argumentation, warum zum Beispiel eine Krankenkasse für die Verbesserung der Arzneimittelqualität auf patienten-individuelles Verblistern setzen soll, liefert nicht einmal die zuständige Lobbying-Organisation.
- Verschlechtern Rabattverträge die Compliance? „Pharmafirmen warnen: Rabattverträge mindern Compliance“ meldet das Deutsche Ärzteblatt und beruft sich dabei auf eine „Studie des Marktforschungsinstitut IMS Health [46]“. Doch schaut man sich die Studie an, macht sie mehr auf das grundsätzliche hier diskutierte Compliance-Problem aufmerksam, als dass sie Argumente gegen die Rabattverträge liefert. Ihr Ergebnis: Bei Antidepressiva lösen Patienten bei nichtrabattierten Medikamenten Rezepte ein, die 36 Therapietage mehr umfassen als bei rabattierten Medikamenten [47]. Bei der Lipidsenkertherapie ist der Unterschied 22 Tage [48]. Die Studie taugt deshalb im politischen Meinungskampf, fördert aber keine hinreichenden Erkenntnisse über Compliance.
- Schrecken Beipackzettel von der Einhaltung einer sinnvollen Arzneimitteltherapie ab? Tatsächlich sehen dies laut EMNID 14 Prozent der befragten Patienten [49]. Wo aber sind die Ansätze, hier etwas zu verbessern?

## **Das Arzt-Patienten-Verhältnis als zentraler Faktor einer erfolgreichen Arzneimitteltherapie**

„Das entscheidende für die Compliance scheint die Art zu sein, wie sich ein Patient von seinen Behandlern verstanden fühlt [50]“. Das Zitat stammt zwar aus dem engen Kontext der Psychiatrie, es spricht aber sehr viel dafür, es als einen Schlüsselsatz für die Verbesserung der Arzneimitteltherapie allgemein anzusehen. Ob es sich nun um fehlende

Compliance, UAWs oder Übermedikamentierung alter Menschen handelt, Probleme in der Interaktion Arzt-Patient sind in der Regel ein wichtiger Teil des Problems. Es soll deshalb dafür plädiert werden, der Kommunikation zwischen Arzt und Patient als einem entscheidenden Faktor zur Verbesserung der Arzneimitteltherapie mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Kommunikation ist dabei mehr als die Weitergabe von Information und das Sprechen. Viel oder wenig zu reden ist kein geeigneter Indikator für gelungene oder misslungene Kommunikation. Auch wenn man dies nur im konkreten Einzelfall beurteilen kann, so gibt es doch Surrogatparameter, mit deren Hilfe man sich dem Thema Kommunikation zwischen Arzt und Patient nähern kann: Wie lange sprechen sie miteinander? Worüber sprechen sie miteinander? Welche Rolle nehmen sie ein? Ist der Arzt Halbgott in Weiß? Ist er Coach oder Partner auf Augenhöhe? Welcher Patient reagiert in welchen Krankheitsepisoden auf welche Form der Kommunikation besonders positiv im Sinne von Compliance? Ist das Zücken des Rezeptblocks der Übergang von Diagnose zu Therapie oder das Signal, dass das Zeitkontingent, das der Arzt für den Patienten investieren will, ausgeschöpft ist? Über die Kommunikation in deutschen Sprechzimmern ist so sehr wenig erforscht. Wenn wir mehr Qualität in der Arzneimittelversorgung wagen wollen, dann müssen wir uns endlich diesen Fragen zuwenden.

## Fazit:

Es gibt also dramatische Defizite in der Arzneimitteltherapie in Deutschland, aber wenig Wissen und noch weniger Ansätze darüber, wie diese systematisch beseitigt werden können. Es braucht eine Vielzahl von Ansätzen zur Verbesserung, wobei der Verbesserung der Interaktion „Arzt-Patient“ besondere Aufmerksamkeit zukommt. Es wird dafür plädiert, eine sozialwissenschaftlich geprägte Compliance-Forschung zu verstärken, die Compliance-Probleme verstehbar und damit managebar macht.

Andreas Meusch  
Rothenbaumchaussee 239  
20149 Hamburg  
mail@andreas-meusch.de

Bitte besuchen Sie uns auch unter **www.implicon.de**. Hier finden Sie unter der Rubrik „News“ die wichtigsten gesundheitspolitischen Nachrichten des letzten Monats.

### Impressum:

#### Herausgeber

Dr. med. Manfred Albring  
Tel.: 030/431 02 95

#### Redaktion

Helmut Laschet (verantwortlich)

#### Anschrift

Warnauer Pfad 3  
13503 Berlin

#### Layout

Dr. rer. nat. Kai Albring

## Literatur

1. Eine Übersicht dazu findet sich in: Wille, Eberhard; Cassel, Dieter; Ulrich, Volker (2009): Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und des Arzneimittelmarktes, Baden-Baden, S. 86
2. Sonnenmoser, Marion: Fehlende Compliance: Patienten, die dem Arzt etwas vorgaukeln, in: Deutsches Ärzteblatt vom 11. 03. 2005, Jg. 102, Heft 10 S. A-704
3. Geisler, Linus: Arzt und Patient - Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege, Frankfurt 2002  
online verfügbar: [http://www.linus-geisler.de/ap/ap16\\_compliance.html](http://www.linus-geisler.de/ap/ap16_compliance.html)
4. WHO (2003) Failure to take prescribed medicine for chronic diseases is a massive, world-wide problem  
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/en/>
- Ähnliche Dimensionen der Non-Compliance sieht Mühlig, Stephan (2004): Compliance: Formen und messmethodische Fragen. In: Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, S. 45-52, S. 45.  
„Die Non-Compliance chronisch kranker PatientInnen stellt eines der bedeutendsten Probleme des modernen Gesundheitswesens dar. Bei einer durchschnittlichen Compliance-Rate von nur ca. 50 % können viele medikamentöse Therapien keine ausreichende Wirksamkeit entfalten. Infolgedessen haben sich die Morbiditäts- und Mortalitätsraten der großen ‚Volkskrankheiten‘ trotz großer Fortschritte bei den medizinischen Behandlungsmöglichkeiten in den letzten Jahren kaum verbessert.“
5. Zit. in: Pirk, Olaf.; Claes; Christa.; Schöffski, Oliver: Field Research in: Schöffski, Oliver; Graf von der Schulenburg, Matthias (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen S. 201-260, S. 244
6. Osterberg, L., Blaschke, T.:(2005): Adherence to medication, in: N Engl J Med. 2005 Aug 4; 353(5), S. 487-497
7. Gorenoui Vitali, Schönermark Matthias P., Hagen Anja (2007): Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance bzw. Adherence in der Arzneimitteltherapie mit Hinblick auf den Therapieerfolg; <http://www.egms.de/static/en/journals/hta/2008-3/hta000049.shtml>
8. Volmer, Timm; Kielhorn, Adrian (1998): Compliance und Gesundheitökonomie, S. 49-56
9. Zit. nach: Schuller, Susanne: Steigerung der Patienten-Compliance, Wiesbaden 2002, S. 127
10. Paris, Valérie; Docteur, Elizabeth (2008): Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Germany. (OECD Health Working Papers, 39). Online verfügbar unter <http://www.oecd.org>, S. 50
11. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Herausgegeben von Deutscher Bundestag. (BT-Drs. 16/6339). Online verfügbar unter <http://dipbt.bundestag.de>, S. 688
12. *ibid.*, S. 674
13. *ibid.*, S. 689
14. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Gutachten 2009 „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“. Online verfügbar unter <http://www.svr-gesundheit.de>

15. Straub, Christoph (2007): Arzneimittelversorgung aus Sicht der TK. Kostenoptimierung vs. Therapieoptimierung. Veranstaltung vom 07.11.2007, aus der Reihe „12. Pharma-Gipfel“. Berlin. Veranstalter: ZENO, Folien 14 und 15
16. Braunwarth, Anja (2010): Dauerrezepte kommen meist vom eigenen Hausarzt. In: Medical Tribune Deutschland, H. 8, S. 16
17. Für die USA gibt es Studien, die davon ausgehen, dass jede 14. Medikation gefährlich ist. Barker, Kenneth N. (2002): Medication Errors Observed in 36 Health Care Facilities. In: Archives of Internal Medicine, Jg. 162, H. 16, S. 1897-1903. Online verfügbar unter <http://archinte.ama-assn.org>
18. Schönhöfer, Peter S. (1999): Klinik-basierte Erfassung Arzneimittel-bedingter Erkrankungen im Pharmakovigilanz-System. In: Arzneimitteltherapie, H. 17, S. 83-86
19. Schnurrer, Jochen U.; Frölich, Jürgen C. (2003): Zur Häufigkeit und Vermeidbarkeit von tödlichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen. In: Internist, H. 44, S. 889-895
20. Stichtenoth, Dirk O. (2008): Medikationsfehler. Veranstaltung vom 18.02.2008. Hannover. Veranstalter: Fachtagung Patientensicherheit in Niedersachsen. Online verfügbar unter <http://www.patientenuniversitaet.de>
21. Ebbesen, Just et al. (2001): Drug-Related Deaths in a Department of Internal Medicine. In: Archives of Internal Medicine, H. 161, S. 2317-2323. Online verfügbar unter <http://archinte.ama-assn.org>
22. <http://wido.de/arsneiverordnungs-rep.html>
23. Ein weiteres Beispiel ist die Therapie von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen. Die Zunahme der Verschreibung von Methylphenidat (wichtigster Handelsname: Ritalin) gegen das sogenannte „Zappelphilipp- oder Aufmerksamkeits-defizit-Syndrom“ (ADHS) ist medizinisch sehr bedenklich: „2008 waren es 1617 Kilogramm. Besonders drastisch fällt die Statistik aus, wenn man auf das Jahr 1993 zurückblickt: Dort lag der Erwerb von Methylphenidat durch die Apotheken lediglich bei 34 Kilogramm“. Kontrolliert wird die Vergabepaxis der Mediziner bislang nicht. „Es handele sich um eine Selbstverpflichtung“ der Ärzte, heißt es beim Bundesinstitut für Arzneimittel, und das obwohl die Verschreibung dieser Mengen als bedenkliche Fehlversorgung bewertet werden kann und einige Mediziner sogar grundsätzlich den Sinn dieser Pharmakotherapie bestreiten wie der Göttinger Hirnforscher Gerald Hüther: Das Problem der ADHS-Kinder sei keine Aufmerksamkeitsstörung oder ein gestörter Hirnstoffwechsel, sondern eine mangelnde Sozialisationserfahrung. Irle, Katja (2010): ADHS: Immer mehr Pillen. In: Frankfurter Rundschau, 10.05.2010
24. Zit. n.: Frölich, Jürgen C. (2005): Besonderheiten der Pharmakologie bei älteren Menschen und bei Kindern. In: Wehling, Martin; Diener, Hans-Christoph (Hg.): Klinische Pharmakologie. Stuttgart, S. 638-650.
25. *ibid.*, S. 641
26. Paffrath, Dieter (1987): Arzneimittelverordnung nach Altersgruppen. In: Schwabe, Ulrich; Paffrath, Dieter (Hg.): Arzneimittelverordnungs-Report '87. Stuttgart, New York, S. 469-479, S. 471
27. *ibid.*, S. 472

28. Paffrath, Dieter (1990): Arzneimittelverordnungen nach Altersgruppen. In: Schwabe, Ulrich; Paffrath, Dieter (Hg.): Arzneiverordnungs-Report '90. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Stuttgart, New York, S. 401-409, S. 405f.
29. Nink, Katrin; Schröder, Helmut (2007): Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: Schwabe, Ulrich; Paffrath, Dieter (Hg.): Arzneiverordnungs-Report 2006. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Berlin, Heidelberg, S. 966-978, S. 971f.
30. Coca, Valentina; Nink Katrin (2009): Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: Schwabe, Ulrich; Paffrath, Dieter (Hg.): Arzneiverordnungs-Report 2009. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare Berlin, S. 901-914, S. 904f.
31. Nach OECD-Angaben liegt Deutschland etwa im Durchschnitt. Dabei geht die OECD von folgenden Zahlen aus: „5 % of patients with drug treatment experienced ADRs, that 3 to 6 % of hospital admissions are due to ADRs [adverse drug reactions, A.M.], and that 0.15 % of hospitalised patients died because of ADRs. Siehe auch: Stein, Rosemarie (2009): Chaos im Körper. Viele Medikamente vertragen sich nicht – vor allem bei älteren Menschen kann das schwerwiegende Folgen haben. In: Der Tagesspiegel, 18.09.2009. Online verfügbar unter <http://www.tagesspiegel.de>
32. Stein, Rosemarie (2009): Chaos im Körper. Viele Medikamente vertragen sich nicht - vor allem bei älteren Menschen kann das schwerwiegende Folgen haben. In: Der Tagesspiegel, 18.09.2009
33. Raschke, Peter (2005): Medikamentenabhängigkeit. Zahlen und Fakten aus epidemiologischer Sicht. Veranstaltung vom 25.11.2005. Mainz. Veranstalter: Techniker Krankenkasse. Prof. Dr. Peter Raschke ist stellvertretender Direktor des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS). <http://www.wiso.uni-hamburg.de>
34. Jacobowski, Constanze (2009): Medikamente - schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Leitfaden für die ärztliche Praxis. Veranstaltung vom 25.11.2009. Mainz. Veranstalter: Techniker Krankenkasse
35. Professor Dr. Frieder Hessenauer, Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, zit. in: Braunwarth, Anja (2010): Dauerrezepte kommen meist vom eigenen Hausarzt. In: Medical tribune Deutschland, H. 8, 2010, S. 16. Online verfügbar unter <http://www.medical-tribune.de>
36. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2010): Medikamentenabhängigkeit im Alter erzeugt hohe Mehrkosten im Gesundheitssystem. Pressemitteilung vom 07.04.2010. Berlin / Hamm. Online verfügbar unter <http://www.dhs.de>
37. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/LeitfadenMedAbhaengigkeit.pdf>
38. <http://www.tk.de/tk/arsneimittel/tk-services-zu-arsneimitteln/priscus/273198>
39. <http://www.priscus.net/>
40. <http://www.rpdoc.de/>
41. Financial Times Deutschland vom 12. April 2011 „Ideen für die Zukunft“
42. „28 Tonnen Medikamente landen im Sondermüll“ Hannover, 30.03.2010, dpa Landesdienst Niedersachsen

43. „Mehr als 55 Kilogramm Medikamente landen täglich im Müll“, 15.04.2010, ddp
44. WANC (05.03.07): „Etwa 4000 Tonnen Arzneimittel landen jährlich auf dem Müll“, herausgegeben von medizinauskunft.de. Online verfügbar unter <http://www.medizinauskunft.de>
45. <http://www.blisterverband.de/>
46. Deutsches Ärzteblatt 11. Februar 2010
47. „Bis zum Therapieabbruch der Antidepressiva dauert es bei Patienten, die auf ein rabattiertes Produkt umgestellt wurden, 329 Tage, bei den nicht umgestellten Patienten 365 Tage.“ BAH-Studie 2010: Einfluss von Rabattverträgen auf die Arzneimittelversorgung Folie 8  
[http://www.bah-bonn.de/index.php?eID=tx\\_nawsecuredl&u=0&file=uploads/media/IMS-BAH-Compliance-FINAL10-09.pdf&t=1303392757&hash=7d8de8dc95ec932c44ce5dea171b18cb](http://www.bah-bonn.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=uploads/media/IMS-BAH-Compliance-FINAL10-09.pdf&t=1303392757&hash=7d8de8dc95ec932c44ce5dea171b18cb)
48. „Bis zum Therapieabbruch der Lipidsenker-Therapie dauert es bei den nicht umgestellten Patienten im Schnitt 365 Tage, bei den auf ein rabattiertes Produkt umgestellten Patienten 343 Tage“, *ibid.*, Folie 11
49. Zit. in: Pirk, Olaf.; Claes; Christa.; Schöffski, Oliver: Field Research in: Schöffski, Oliver; Graf von der Schulenburg, Matthias (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen S. 201-260, S. 244
50. Rössler, Wulf (2004) Psychiatrische Rehabilitation, Heidelberg, Berlin, S. 416