

Aus der Abteilung Allgemeinmedizin
(Prof. Dr. med. M. M. Kochen, MPH, FRCGP)
im Zentrum Innere Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

**Stimmungsverändernde Medikamente
aus Sicht von Arzt und Patient**

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät
der Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von
Christoph Meyer
aus
Peine

Göttingen 2005

Dekan: Prof. Dr. med. W. Brück

I. Berichterstatter: Priv.-Doz. Dr. disc. pol. W. Himmel

II. Berichterstatter/-in: Prof. Dr. med. H. Schauenburg

III. Berichterstatter/-in:

Tag der mündlichen Prüfung: 18.10.2005

Inhaltsverzeichnis		Seite
1.	Einleitung	6
2.	Stand der Forschung	7
2.1	Stimmungsverändernde Medikamente	7
2.2	Antidepressiva	7
2.3	Depression (<i>major depressive disorder</i>)	8
2.4	Bedeutung für die Hausarztpraxis	10
2.5	Compliance und Non-Compliance	12
2.6	Adherence und Non-Adherence	13
2.7	Gründe für Non-Adherence	14
2.8	Concordance	16
2.9	Schwierigkeiten der medikamentösen Therapie	17
3.	Forschungsfragen	18
4.	Material und Methoden	19
4.1	Rekrutierung der Ärzte	19
4.2	Rekrutierung der Patienten	19
4.3	Semistrukturierte Interviews mit Patienten	21
4.3.1	Leitfaden für Ärzte-Interviews	22
4.3.2	Leitfaden für Patienten-Interviews	23
4.4	Interview mit den Ärzten	24
4.5	Interview mit den Patienten	24
4.6	Auswertung	24
4.6.1	Grounded theory	25
4.6.2	Editing Analysis Style	25
4.6.3	Auswertungsprogramm	26
4.7	Zirkulärer Forschungsablauf	28
4.8	Datenschutz und Ethik	30
5.	Ergebnisse	31
5.1	Reaktionen auf die Untersuchung	31
5.2	Auswertung der Arztinterviews	31
5.2.1	Stichprobe	31
5.2.2	Verordnung von Antidepressiva nach Patientenmerkmalen	32

5.2.3	Therapiestrategien	36
5.3	Auswertung der Patienteninterviews	45
5.3.1	Stichprobe	45
5.3.2	Die Wirkung des Medikamentes aus Patientensicht	45
5.3.3	Autonomie	50
5.3.4	Selbstregulatives Verhalten	55
5.3.5	Medikamentengruppen	61
5.3.6	Stigma	64
6.	Diskussion	67
6.1	Diskussion der Methode	67
6.1.1	Ärzte-Stichprobe	68
6.1.2	Patienten-Stichprobe	68
6.2	Ergebnisse der Arztinterviews	69
6.2.1	Patientengruppen	69
6.2.2	Therapiestrategien	70
6.3	Ergebnisse der Patienteninterviews	71
6.3.1	Wirkungserwartungen und Wirkungswahrnehmungen	71
6.3.2	Selbstregulation	75
6.3.3	Medikamentengruppen	77
6.3.4	Stigma	78
6.4	Ausblick	79
7.	Zusammenfassung	81
8.	Literatur	82
9.	Anlage	96
9.1	Arztfragebogen	96
9.2	Soziodemografische Daten der Ärzte	97
9.3	Soziodemografische Daten der Patienten	98
9.4	Informed Consent-Bogen	99
9.5	Arztinterviewleitfaden	101
9.6	Patienteninterviewleitfaden	102
9.7	Zusätzliche Codes der Kategorie „Wirkung des Medikamentes“	103
10.	Abkürzungsverzeichnis	105

Verzeichnis der Abbildungen

	Seite
Abbildung 1: Verordnungen von Antidepressiva 1990 bis 2003	7
Abbildung 2: Schematische Darstellung der Erkennung und Therapie der Depression	11
Abbildung 3: Analyseprozess	27
Abbildung 4: Darstellung von Atlas.ti	28
Abbildung 5: Forschungsablauf	29
Abbildung 6: Austausch der Einleitungsfrage	30
Abbildung 7: Patientengruppen	35
Abbildung 8: Einflussfaktoren auf die Therapieentscheidung	36
Abbildung 9: Wirkung des Medikamentes	51
Abbildung 10: Autonomie	56
Abbildung 11: Zeitlicher Zusammenhang der Subkategorien von Autonomie	56
Abbildung 12: Selbstregulatives Verhalten	59
Abbildung 13: Verknüpfung der Kategorien „Wirkungserwartung“, „Wirkungswahrnehmung“ und „Selbstregulatives Verhalten“	61

Verzeichnis der Tabellen

	Seite
Tabelle 1: Antidepressiva-Substanzgruppen	9
Tabelle 2: Einschluss- und Ausschlusskriterien	20

Vorbemerkung

Der besseren Lesbarkeit wegen wird im Text die männliche Sprachform gewählt. Selbstverständlich sind, wenn nicht ausdrücklich anders erwähnt, beide Geschlechter gemeint.

In dieser Arbeit werden unter dem Begriff Hausarzt die Bezeichnungen praktischer Arzt, Arzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Allgemeinmedizin zusammengefasst.

1. Einleitung

Behandlungspflichtige psychische Erkrankungen sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Eine Möglichkeit der Behandlung ist der alleinige Einsatz von stimmungsverändernden Medikamenten oder deren Kombination mit weiteren Therapiemöglichkeiten.

Bei psychischen Erkrankungen wird oft gerade der Hausarzt als Ansprechpartner aufgesucht und um Rat gebeten, denn meist ist ihm die persönliche und familiäre Situation der Patienten seit Jahren bekannt. Vielen Patienten fällt es deshalb leichter, mit ihm zu sprechen als mit einem Facharzt.

Häufig verschreiben Hausärzte stimmungsverändernde Medikamente. Insbesondere die Gruppe der Antidepressiva verzeichnet jährlich einen deutlichen Verordnungszuwachs. Die Therapie mit stimmungsverändernden Medikamenten jedoch ist für den Hausarzt oft problematisch, da viele Patienten die Medikamente absetzen oder deren Dosis reduzieren, ohne ihn darüber zu informieren. Dem Arzt sind dabei die Beweggründe des Patienten meistens unbekannt. Untersuchungen hierzu fehlen in Deutschland.

Diese Studie ist ein Teil des europäischen Verbundprojektes „European User Perspective of Mood-modifying Medicine“ (EU_PoMMe): ein kollaboratives Projekt, das 1997 entstand und aus 12 Arbeitsgruppen aus 10 europäischen Ländern besteht. Das Gesamtziel von EU_PoMMe ist es herauszufinden, welche individuellen und sozialen Bedeutungen stimmungsverändernde Medikamente in verschiedenen europäischen Ländern haben. Das Verbundprojekt hat die vorliegende Arbeit inspiriert und beeinflusst.

Ziel dieser Arbeit war es, Verordnungs- und Einnahmeverhalten von stimmungsverändernden Medikamenten aus Perspektive von Ärzten und Patienten zu untersuchen. Dem Hausarzt sollten durch diese Arbeit Anhaltspunkte für eine bessere Betreuung gegeben werden.

2. Stand der Forschung

2.1 Stimmungsverändernde Medikamente

Stimmungsverändernde Medikamente werden in der Fachsprache als Psychopharmaka bezeichnet. "Psychopharmaka" sind Medikamente, die vor allem die Aktivität des zentralen Nervensystems beeinflussen und auf psychische Funktionen einwirken; im engeren Sinne zählen dazu Antidepressiva, Tranquilizer und Neuroleptika (Pschyrembel 2004, 1506). Von den Psychopharmaka wird die Gruppe der Antidepressiva am häufigsten verschrieben. Der Trend ist steigend (s. Abbildung 1): die Verordnung von Antidepressiva hat sich innerhalb der letzten 10 Jahre fast verdreifacht (Lohse and Müller-Oerlinghausen 2004).

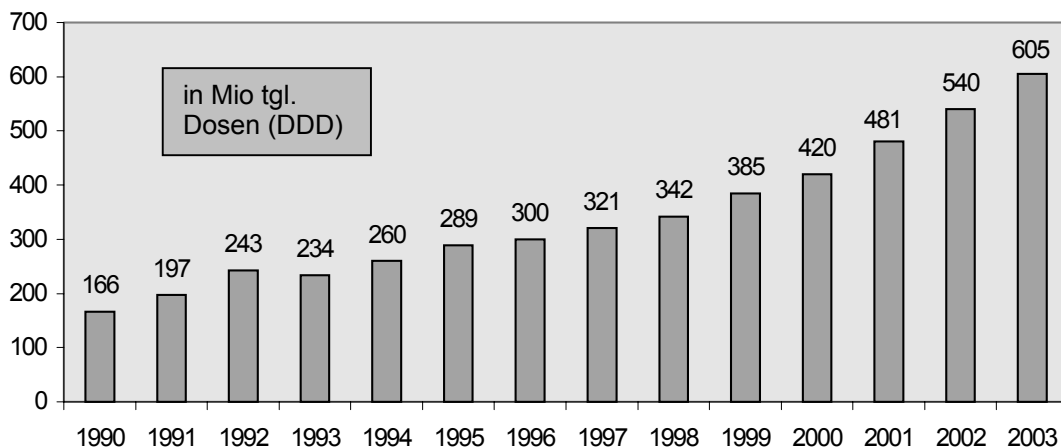


Abbildung 1: Verordnungen von Antidepressiva 1990 bis 2003 (Lohse and Müller-Oerlinghausen 2004, 771)

2.2 Antidepressiva

Antidepressiva sind prinzipiell bei allen Formen depressiver Störungen indiziert, wobei jedoch die Wertigkeit der verschiedenen therapeutischen Strategien von der genaueren diagnostischen Zuordnung abhängig ist (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 2000). In jüngerer Zeit finden Antidepressiva auch bei einer Reihe weiterer

psychiatrischer Erkrankungen Verwendung, wie etwa Panikattacken, generalisierten Angstsyndromen, Bulimia nervosa, Essstörungen, Zwangsstörungen und Phobien sowie schließlich bei der Kombinationstherapie chronischer Schmerzen (Benkert and Hippus 1998). Bezüglich des Einsatzes von Antidepressiva bei anderen psychiatrischen Erkrankungen, wie zum Beispiel bei Panikattacken, kann die Behandlung aus einer Kombination mit Tranquilizern bestehen.

Grundsätzlich lassen sich Antidepressiva in fünf chemische und eine pflanzliche Substanzgruppe einteilen. Die chemischen Gruppen bestehen aus tricyclischen Antidepressiva (TCA), tetracyclischen Antidepressiva, selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI), atypischen Antidepressiva und Monaminoxidase-Hemmern (Karow and Lang-Roth 2005). Als pflanzliches Antidepressivum wird Johanniskraut (*Hypericum perforatum*) eingesetzt (Stevinson and Ernst 2004). In Tabelle 1 findet sich eine aktuelle Auflistung von Antidepressiva-Gruppierungen mit den dazugehörigen Einzelsubstanzen und einer Kurzcharakterisierung (Karow and Lang-Roth 2005). Diese Tabelle erhebt keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit, soll jedoch illustrieren, welche Fülle an verschiedenen Antidepressiva für den Arzt verschreibbar ist. Alle Antidepressiva beginnen erst nach einer Zeitspanne von mehreren Wochen zu wirken. Ein Therapieerfolg ist nach einem Zeitraum von 4 bis 8 Wochen zu erwarten. Danach muss der gleiche Zeitraum noch einmal für eine Stabilisierung einkalkuliert werden (Karow and Lang-Roth 2005). Darauf folgt die Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe. Behandlungsrichtlinien der American Psychiatry Association empfehlen eine Behandlungsdauer für eine akut auftretende Depression von 6 bis 8 Wochen. An diese sollte sich eine 4- bis 9-monatige Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe anschließen, sobald die Akutsymptome verschwunden sind (American Psychiatry Association 2000).

2.3 Depression (*major depressive disorder*)

Die Depression (*major depressive disorder*) ist eine weit verbreitete, chronisch wiederkehrende Krankheit, die mit einer signifikanten Morbidität und Mortalität verbunden ist und enorme persönliche, soziale und finanzielle Konsequenzen haben kann (American Psychiatry Association 2000).

Tabelle 1: Antidepressiva-Substanzgruppen

Substanzgruppe	Freiname	Handelsname	Charakteristika
Tricyclische Antidepressiva (TCA)	Imipramin	Pertofran [®]	Stimmungsaufhellend
	Amitriptylin	Tofranil [®]	Aufhellend/Dämpfend
	Desipramin	Saroten [®]	Aufhellend/Aktivierend
Tetracyclische Antidepressiva	Maprotilin	Ludiomil [®]	Stimmungsaufhellend
	Mianserin	Tolvin [®]	Stimmungsaufhellend
Atypische Antidepressiva	Trazodon	Thombran [®]	Sedierend/Aufhellend
	Venlafaxin	Trevilor [®]	Antriebssteigernd
	Viloxazin	Vivalan [®]	Antriebssteigernd
Selektive Serotonin- Wiederaufnahme- hemmer (SSRI)	Citalopram	Cipramil [®]	Alle SSRI: Antriebssteigernd
	Fluoxetin	Fluctin [®]	
	Fluvaxamin	Fevarin [®]	
	Paroxetin	Tagonis [®]	
Monoaminoxidase- (MAO-) Hemmer	Sertralin	Zoloff [®]	
	Moclobemid	Aurorix [®]	Antriebssteigernd
Pflanzliche Antidepressiva	Tranylcypromin	Jatrosom [®]	Stimmungsaufhellend
	Hypericum	Felis [®]	Stimmungsaufhellend

Obwohl die Möglichkeiten, eine Depression zu behandeln, sich innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte deutlich verbessert haben (Wang et al. 2004, Thase 2004), können viele Menschen von dem vielseitigen Arsenal anerkannter Therapien nicht profitieren.

Die Depression ist weltweit die viertgrößte Ursache für Arbeitsunfähigkeit und wird aller Wahrscheinlichkeit nach bis zum Jahr 2020 an die zweite Stelle vorrücken (Murray and Lopez 1997). Neben dem Verlust an Lebensqualität weist Rupp (1995) auch auf den Rückgang der Produktivität durch eine unbehandelte Depression hin. Trotz wachsender Kenntnis, Akzeptanz und Verfügbarkeit effektiver Antidepressiva bleiben die Diagnosestellung wie auch die Therapie der Depression oft unbefriedigend (Greden 2002, Nierenberg 2001, Anderson 2000, Lin et al. 1995).

Ziel der Therapie ist die vollständige Remission aller Symptome und die Prävention eines Rückfalls. Je länger Patienten eine volle Remission erreichen, desto seltener erleiden sie einen Rückfall in eine erneute depressive Episode. Nur wenige Patienten erreichen jedoch dieses Ziel. Der größte Anteil behält Restsymptome und tendiert zu Rückfällen (Kennedy et al. 2002). Restsymptome können zwischen den einzelnen Episoden verbleiben und signifikant mit der allgemeinen Funktion im Alltag und der Lebensqualität des Patienten interferieren (Feighner 1994). Je größer die Anzahl der vorangegangenen Episoden, desto höher ist auch die Wahrscheinlichkeit, wieder einen Rückfall zu erleben (Keller and Boland 1998).

2.4 Bedeutung für die Hausarztpraxis

Für Hausärzte wird es in der Zukunft immer wichtiger sein, depressive Patienten gut betreuen zu können. Hausärzte sind im Versorgungssystem in der Regel die erste Anlaufstelle für Patienten mit depressiven Störungen (Williams et al. 1999, Norquist and Regier 1996). Die Depression tritt innerhalb der Hausarztpraxis mit einer Prävalenz von ungefähr 10% auf (Berardi et al. 2002, Barret et al. 1988). Zudem hat - einer amerikanischen Untersuchung zufolge - die Anzahl der Patienten, die ihre Depression durch einen Hausarzt anstelle eines Psychiaters behandeln lassen, deutlich zugenommen (Olfson et al. 2002). Die Problematik des Erkennens und Behandelns von Patienten mit Depression veranschaulicht Abbildung 2 (Pincus et al. 2001).

Für einen Großteil der Antidepressiva ist ihre spezifische Wirkung in Kurzzeit- und Langzeitversuchen bewiesen mit einer klinisch signifikanten Verbesserung in 65 bis 75% und völliger Erholung in 40 bis 50% der untersuchten Fälle (Frazer 1997). Diese hohen Wirksamkeitsraten wurden allerdings in klinischen Untersuchungen - und damit unter vergleichsweise idealen Bedingungen - festgestellt. Die medizinische Realität in der Hausarztpraxis ist jedoch meistens sehr viel komplexer als in klinischen Studien darstellbar. Die Wirksamkeitsraten aus klinischen Studien in die Realität umzusetzen, stellt den Hausarzt vor eine große Aufgabe. Kennedy et al. (2002) fanden

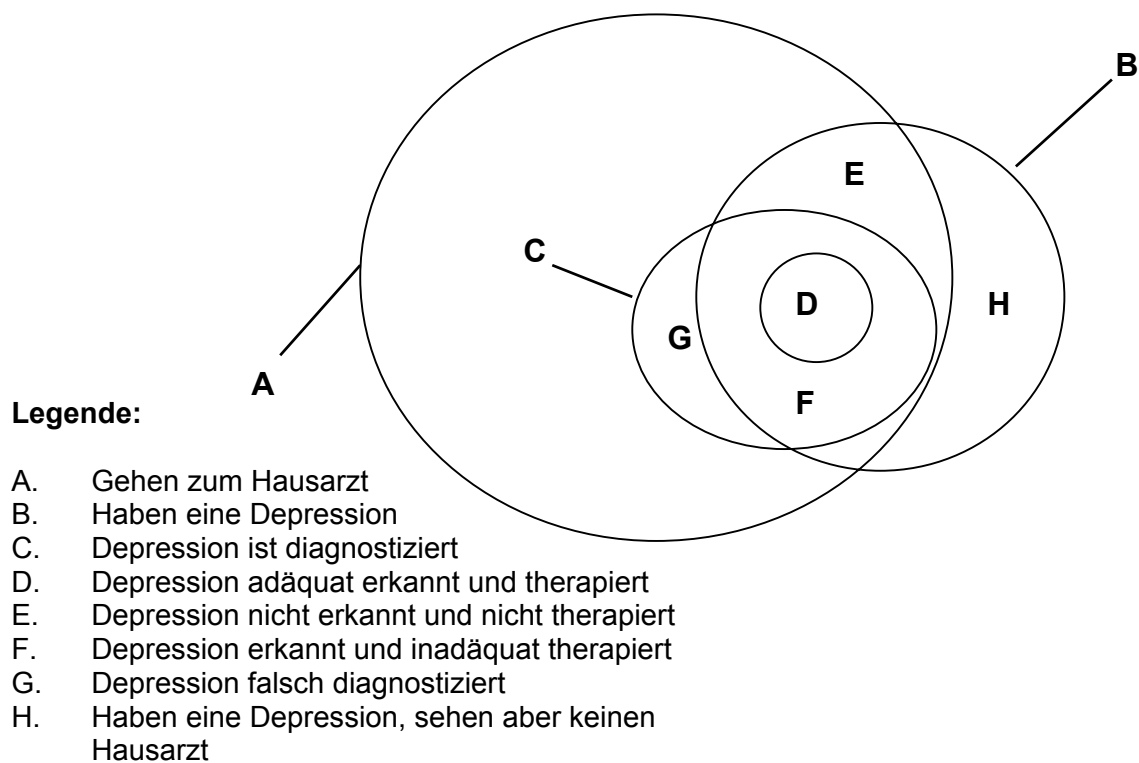


Abbildung 2: Schematische Darstellung der Erkennung und Therapie der Depression
(Pincus et al. 2001, 312)

in einer Untersuchung über die Häufigkeit eines Rückfalls, dass weniger als 30% der Untersuchten eine richtliniengetreue Behandlung erhielten. Hielten sich die Patienten jedoch an die Richtlinien oder erreichten Arzt und Patient gemeinsam eine richtliniengetreue Behandlung, war die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls deutlich geringer.

Die Herausforderung für den Hausarzt ist die chronische Natur der Depression, die für viele Patienten einen oft lebenslangen Leidensweg bedeutet mit Episoden von unter Umständen immer längerer Dauer und steigender Intensität. Keller and Boland (1998) fanden heraus, dass Patienten mit einem hohen Rückfallrisiko einer prophylaktischen Behandlung bedürfen. Sie empfehlen eine Langzeitbehandlung für Patienten mit drei oder mehr vorhergegangenen Depressionsepisoden. Ein weiteres Problem ist, dass es, anders als bei anderen chronischen Krankheiten, keinen messbaren Endpunkt gibt, ab dem der Therapeut von einer endgültigen Remission ausgehen kann (Keller 2003).

2.5 Compliance und Non-Compliance

Compliance wird definiert als das Ausmaß, in dem der Patient seine Medikation wie vom Arzt verschrieben einnimmt (Frank et al. 1992, Haynes et al. 1982). Im Verlauf der Therapie mit Antidepressiva spielt die Compliance eine wichtige Rolle, um die Ziele einer antidepressiven Therapie zu erreichen. Diese Ziele sind Symptombeseitigung, Wiedererlangung einer normalen Funktion und Verhinderung eines Rückfalls (Agency for Health Care Policy Research 1996). Compliance bei der Therapie mit Antidepressiva beruht auf mindestens zwei Grundprinzipien: zum einen auf der Einnahme des Antidepressivums im verschriebenen Intervall, zum anderen auf dem Erreichen einer angemessenen Therapiedauer, um alle Therapieziele zu erreichen. Von Non-Compliance spricht man, wenn eine oder gar beide dieser Voraussetzungen nicht erreicht werden (Demyttenaere and Haddad 2000). Da klinische Studien zeigen, dass zwischen 30% bis 40% der Patienten ihre Medikamente nicht so nehmen, wie ursprünglich verschrieben (Demyttenaere 1997, Cramer 1995), ist Non-Compliance ein prominentes Thema in der antidepressiven Therapie.

Frank (1997) konnte zeigen, dass ein wichtiger Faktor für Non-Compliance das Wissen von Arzt und vor allem Patient über Krankheit und Therapie ist. Um eine Verbesserung der Compliance zu erreichen, schlugen Jacob et al. (1987) vor, die Fortbildung bzw. Information von Arzt und Patient bezüglich Krankheit und Therapie zu verbessern und auch Familienmitglieder und Freunde in diesen Prozess mit einzubeziehen. Auf diese Weise ließe sich ein Unterstützungssystem (*support system*) schaffen (Jacob et al. 1987). Frank (1997) beschreibt die Bedeutung der Fortbildung des Patienten, um eine bessere Compliance zu erreichen. Diese Fortbildung sollte dem Patienten erklären, was der Grund der Depression ist und welche Arten der Behandlung es gibt. Sie sollte den Grund für die Auswahl einer spezifischen Behandlung nennen. Der Patient sollte darüber informiert sein, wie die Behandlung aller Wahrscheinlichkeit nach wirkt, wann die Wirkung eintreten wird und wie man ggf. Nebenwirkungen durch aktives Management begegnen kann. Eine gute Compliance bei Langzeittherapie zu erzielen, wird schon von Haynes et al. (1982) als äußerst schwierig beschrieben. Sie schlagen eine konsequente Überwachung der Patienten z.B. durch häufigeres Einbestellen vor.

2.6 Adherence und Non-Adherence

Klinische Pharmakologen verwendeten des öfteren den Begriff Compliance für den Grad oder das Ausmaß, in dem der Körper ein Medikament verarbeitet. Hiermit tat sich das Problem auf, dass das Wort Compliance sowohl ein Verhaltensmerkmal wie auch einen biochemischen Prozess beschreiben kann. Aufgrund dieser Verwirrung schlugen Frank et al. (1992) vor, den Begriff Adherence (Adhärenz) anstelle von Compliance zu benutzen. Mit Adherence meinten sie das Ausmaß, in dem ein Patient ein empfohlenes Medikament nimmt (Frank et al. 1992). Die World Health Organization (2003) präzisiert in ihrer Definition Adherence als das Ausmaß, in dem das Verhalten einer Person bei Medikamenteneinnahme mit den Empfehlungen eines Arztes korrespondiert. Von Adherence kann man erst sprechen, wenn der Patient mit den ärztlichen Empfehlungen einverstanden ist. Genau darin unterscheiden sich Adherence und Compliance. Von Adherence kann man also sprechen, wenn der Patient ein aktiver Partner seines Arztes ist und beide Parteien gut miteinander kommunizieren (World Health Organization 2003). Trotz der klaren Definitionen und damit eindeutigen theoretischen Unterscheidungen und Abgrenzungen zwischen Compliance und Adherence bleibt es bei Durchschau der aktuellen Literatur schwierig, diese beiden Begrifflichkeiten auseinander zu halten. In vielen Artikeln werden die Begriffe Compliance und Adherence gleichbedeutend benutzt.

Non-Adherence bei stimmungsverändernden Medikamenten ist häufig. Lingam und Scott (2002) kamen in ihrer Review über den Zeitraum von 1976 bis 2001 im Mittel auf 40% Non-Adherence bei stimmungsverändernden Medikamenten. Dieser Wert hatte sich im Verlauf der letzten Untersuchungsjahre kaum verändert (Lingam and Scott 2002). Non-Adherence gilt zwar als Ursache einer teilweise vermeidbaren Morbidität und Mortalität, zugleich als Ursache von Produktivitätsverlusten; andererseits repräsentiert sie für viele Patienten einen Weg, die eigene Identität und Lebensqualität zu bewahren (DiMatteo 2004).

2.7 Gründe für Non-Adherence

Klinische Studien legen nahe, dass die Gründe für Non-Adherence zwar variieren, jedoch in drei Kategorien einteilbar sind: (1) arzt spezifische, (2) patientenspezifische und (3) medikamentenspezifische Gründe (Bull et al. 2002 a, Bull et al. 2002 b, Lin et al. 1995).

(1) Arztspezifische Gründe für Non-Adherence

Zu den arzt spezifischen Faktoren zählen (a) die zu geringe Kommunikation mit dem Patienten, (b) die Wahl des für die Patientenbedürfnisse inadäquaten Präparates, (c) suboptimale Dosierungen und (d) die zu kurze Therapiedauer. Patienten, die der Arzt über den verzögerten Wirkungseintritt und das Auftreten von Nebenwirkungen innerhalb der ersten Therapiewochen aufgeklärt hatte, zeigten eine deutlich gesteigerte Medikament-Adherence (Bull et al. 2002 b, Docherty 1997). Patienten mit suboptimalen Dosierungen zeigten sich dabei anfälliger für einen Therapieabbruch (Katon et al. 1992). Auch die Einstellung der adäquaten Dosierung des Antidepressivums kann die Adherence beeinflussen. Bei Einsatz von TCAs ist das Finden und Aufrechterhalten der adäquaten Dosis schwieriger, da die vom Hersteller empfohlene Einstiegsdosis und die therapeutische Dosis meist weit auseinander liegen. So liegt z.B. die Einstiegsdosierung von Amitriptylin bei 25-50 mg, während die therapeutische Durchschnittsdosierung Höhen von über 300 mg/d erreichen kann (American Psychiatry Association 2000). Einfacher ist der Umgang mit SSRIs, deren Einstiegsdosierung häufig schon eine adäquate Therapie darstellt (Johnson et al. 1997).

(2) Patientenspezifische Gründe für Non-Adherence

Patientenspezifisch sind (a) die generelle Abneigung gegen Medikamenteneinnahme, (b) das Gefühl, stigmatisiert zu sein, (c) ein schwaches soziales Netzwerk (Bull et al. 2002 a, Docherty 1997). Viele Patienten vergleichen Nachteile und Vorteile und stellen eine klare Kosten-Nutzenrechnung auf. Auf der einen Seite stehen für den Patienten Therapiekosten, Nebenwirkungen und die Unbequemlichkeit, Medikamente einnehmen

zu müssen, auf der anderen Seite die Entlastung und das Wohlbefinden (Delgado 2000). Aufgrund der Natur der Krankheit sind Patienten mit Depression nicht übermäßig motiviert, sich selbst zu helfen, und nicht selten fühlen sie Hoffnungslosigkeit bezüglich einer möglichen Erholung (American Psychiatry Association 2000). Patienten brechen deutlich häufiger als ihre behandelnden Ärzte die Therapie ab (Kobak et al. 2002). Ein weiterer Hauptgrund für den Therapieabbruch eines Patienten ist, dass trotz Therapie keine Symptomverminderungen wahrgenommen werden. Patienten fühlen oft selbst zwei und manchmal sogar bis zu 12 Wochen nach Therapiebeginn keine Symptomverminderung (Greden 2002). Sollte der Patient eine schnelle Erleichterung erwarten, erschwert dies die Einschätzung bezüglich der Effektivität des eingesetzten Medikaments. Innerhalb der ersten Therapiewochen ist das Risiko, unerwünschte Nebenwirkungen zu erleiden, am größten, die Wahrscheinlichkeit, den Nutzen der Therapie zu erkennen und zu verspüren, jedoch am geringsten (Montgomery et al. 2002). Sollten die Patienten zu Beginn einer Therapie nicht auf diese Unausgewogenheit hingewiesen worden sein, werden viele bald denken, dass die Therapie ihnen keinen Vorteil bietet. So nannten in einer kürzlich durchgeführten Studie 12% der Patienten, die ihre Therapie innerhalb der ersten drei Monate, und 13% der Patienten, die ihre Therapie nach sechs Monaten abgebrochen hatten, als Grund, dass sie keine Verbesserung verspürten (Bull et al. 2002 b). Viele Patienten brechen ihre Therapie auch dann ab, wenn sie keine Krankheitssymptome mehr an sich bemerken. Studien über das Wiederauftreten der Depression zeigten aber, dass die Symptome einer Depression schon häufig verschwunden sind, bevor sich die zugrundeliegende Krankheit vollständig aufgelöst hat. Dadurch sind die Patienten verwundbar für Restsymptome und Rückfälle (Kennedy et al. 2002, American Psychiatry Association 2000).

(3) Medikamentenspezifische Faktoren für Non-Adherence

Negativ auf die Adherence wirken (a) therapiebedingte Nebenwirkungen, (b) komplizierte Einnahmepläne, (c) Verzögerung der Wirkungsentfaltung, (d) die ständige Gefahr einer subtherapeutischen Dosierung und (e) die geringe Popularität stimmungsverändernder Medikamente. Unerwünschte Nebenwirkungen sind für Ärzte und Patienten der häufigste Grund für einen Therapieabbruch. Bull et al. (2002 b) fanden heraus, dass 43% der Patienten, die innerhalb der ersten drei Monate die Therapie abbrechen, dies aufgrund der unerwünschten Nebenwirkungen taten. Der Anteil fiel auf

27% in den drei folgenden Monaten, so dass offensichtlich die Wahrscheinlichkeit für einen nebenwirkungsbedingten Therapieabbruch zu Beginn einer Therapie am höchsten ist. In einer anderen Studie konnten Bull et al. (2002 a) zeigen, dass die Abbruchrate aufgrund der Nebenwirkungen signifikant sank, wenn die Patienten über den Verlauf des Auftretens der Nebenwirkungen informiert waren. Verordnungen, die eine einmal tägliche Einnahme vorsehen, werden eher befolgt als solche, die zwei oder mehr Tabletten pro Tag erfordern (Viale 1998). Langzeitpräparate, die z.B. nur einmal wöchentlich angewandt werden müssen, erhöhen den Therapiekomfort (Golden et al. 2002, De Klerk 2001, Dinan 2001). Nicht von der Hand zu weisen ist der Faktor der geringen Popularität der medikamentösen Therapie. Eine in Deutschland durchgeführte Untersuchung zeigte, dass Patienten bei psychiatrischen Erkrankungen eine Psychotherapie bevorzugten und die überwiegende Mehrheit sich gegen eine medikamentöse Therapie aussprach (Angermeyer and Matchinger 1996). In einer weiteren deutschen Studie meinten 64% der Befragten, eine Psychotherapie sei die beste Therapie der Depression. Nur 4% sahen hier in der medikamentösen Therapie die bessere Behandlung (Benkert et al. 1997).

Bei bis zu 85% der Patienten mit Depression überlappen sich die Symptome mit denen von Angststörungen (Gorman 1996). Dies erschwert die Diagnosestellung, beeinflusst die Therapiewahl und beeinträchtigt die Adherence des Patienten aufgrund der häufig zahlreichen Begleitmedikationen, widersprüchlichen Therapieansätzen und der ausgeprägten Nebenwirkungen. Die Auswahl eines Medikamentes, mit dem das volle Spektrum der Symptome sowohl der Depression als auch der Angststörung behandelt werden können, führt zu größerer Zufriedenstellung und verbesserter Adherence (Greden 2002, Gregorian et al. 2002).

2.8 Concordance

Concordance ist ein begrifflich neues Konzept für ein besseres Verhältnis zwischen Arzt und Patient in der Verordnungssituation: der Arzt respektiert die Einstellungen und Wünsche seines Patienten (d.h.: ob, wann und wie Medikamente genommen werden); der Patient kann offen über sein Einnahmeverhalten sprechen. Concordance beschreibt ein Bündnis, in dem der Arzt die Vorrangstellung der Patientenentscheidungen bezüglich der empfohlenen Medikamenteneinnahme anerkennt (Britten 2004).

2.9 Schwierigkeiten der medikamentösen Therapie

Die Hauptschwierigkeit der medikamentösen antidepressiven Therapie für den Hausarzt besteht darin, den Patienten davon zu überzeugen, den für die Therapie notwendigen langen Zeitraum durchzuhalten. Die Raten für Non-Compliance und Non-Adherence sind für alle Substanzklassen von Antidepressiva als hoch einzustufen. Von 164 Patienten, die in der Studie von Lin et al. (1995) ein Antidepressivum verschrieben bekommen hatten, beendeten 28% die Einnahme innerhalb des ersten Monats und 44% innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn der Therapie. In einer Studie zur Abbruchrate bei tricyclischen Antidepressiva und Fluoxetin brachen 52% der Patienten die Therapie nach 10-12 Wochen ab (Maddox et al. 1994). Eine Telefonumfrage unter Patienten, die einen SSRI verschrieben bekommen hatten, zeigte eine Abbruchrate von 28% innerhalb von drei Monaten (Bull et al. 2002 b). Der Hausarzt ist sich jedoch häufig nicht bewusst, dass seine Patienten die Therapie frühzeitig abgebrochen haben. Ungefähr 70% der Patienten, die ihre antidepressive Therapie verfrüht abgebrochen haben, hatten ihren Hausarzt nicht darüber informiert (Bull et al. 2002 b). Des Weiteren konnten Kobak et al. (2002) nachweisen, dass 25% der untersuchten Patienten ihrem Hausarzt gegenüber vortäuschten, die Medikation weiter zu nehmen. In klinischen Untersuchungen fand sich, dass die meisten Patienten die Therapie aufgrund von Nebenwirkungen abbrachen, am häufigsten wegen Übelkeit (Beasley et al. 2000, Lin et al. 1995).

3. Forschungsfragen

Thema dieser Studie sind Meinungen, Erfahrungen und Bewertungen von niedergelassenen Allgemeinärzten und Patienten zu stimmungsverändernden Medikamenten. Nachdem zahlreiche Studien auf Adherence-Probleme bei der Behandlung der Depression aufmerksam gemacht haben, sollte diese Untersuchung durch eine qualitative Methode die subjektive Sicht von Patienten und Ärzten nachzeichnen und dadurch das Verständnis für die Gründe von Non-Adherence vertiefen. Der methodische Ansatz, Arzt- und Patienteninterviews parallel durchzuführen und in der Auswertung aufeinander zu beziehen, eröffnete dabei die Möglichkeit des direkten Abgleichs einzelner Gesichtspunkte.

Im Einzelnen sollte die Untersuchung darüber Aufschluss geben, wo Ärzte selbst Therapieschwierigkeiten im Umgang mit stimmungsverändernden Medikamenten sehen. Nachdem neuere Studien nachgewiesen haben, dass eine intensivere Arzt-Patient-Kommunikation den Therapieausgang deutlich positiv beeinflusst, sollte in dieser Untersuchung diese Kommunikation sowohl von Arzt- wie auch von Patientenseite betrachtet werden. Hieraus könnten sich Hinweise ergeben, worauf Ärzte und Patienten bei der Kommunikation Wert legen und ob sie in ihrer Bewertung differenzieren. Die Ärzte sollten daher auch über ihre Vorstellungen über Patientenansichten befragt werden.

Über Patientenansichten gibt es bis jetzt nur wenig Studien - insbesondere zur subjektiven Wahrnehmung von stimmungsverändernden Medikamenten. Aktuelle Studien weisen allerdings daraufhin, dass gerade die subjektiven Wahrnehmungen entscheidenden Einfluss auf die Adherence haben können. Diese Studie sollte daher Aufschluss darüber geben, welche Erfahrungen Patienten mit der Einnahme ihrer Medikamente gemacht haben und welche Wahrnehmungen von besonderer Bedeutung sind.

4. Material und Methoden

Ärzte und Patienten sollten in einer relativ freien, d.h. nicht standardisierten Form über stimmungsverändernde Medikamente befragt werden. Kapitel 4.1 und 4.2 beschreiben die Rekrutierung der Ärzte und Patienten; Vorbereitung und Durchführung der Interviews sind in Kapitel 4.3 bis 4.5 dargestellt. Kapitel 4.6 und 4.7 zeigen das Auswertungs- und Analyseverfahren.

4.1 Rekrutierung der Ärzte

Es wurden Ärzte aus zwei unterschiedlichen Bezirken der Stadt Göttingen angeschrieben und um Studienteilnahme gebeten. Der eine Stadtteil gilt als Arbeiterviertel, der andere als Viertel des gehobenen Mittelstandes. Die verschiedenartigen Viertel wurden in der Absicht ausgewählt, eine möglichst große Bandbreite an Interviewpartnern zu gewinnen. Das Schreiben war wie folgt aufgebaut:

- Begrüßung
- Erklärung der Studienziele
- Erklärung des Studienaufbaus
- Aufklärung über den für den Arzt entstehenden Aufwand
- Zusicherung absoluter Anonymität für Arzt und Patient
- Bitte um Teilnahme
- Bei Zusage: Terminabsprache.

4.2 Rekrutierung der Patienten

Den teilnehmenden Ärzten wurden nach dem Interview jeweils 5 Informed Consent-Bögen ausgehändigt, um diese Bögen an Patienten weiterzugeben, die in den folgenden Tagen in ihre Sprechstunde kommen würden.

Ein Informed Consent-Bogen bestand aus drei Teilen:

1. Informationsblatt, welches den Patienten noch einmal über das geplante Vorhaben informieren sollte und ihm absolute Anonymität zusicherte.
2. Einwilligungsbogen, auf dem der Patient seine Adresse und Telefonnummer einträgt und per Unterschrift seine Teilnahme bestätigt.
3. Briefumschlag, freigestempelt und an die Abteilung für Allgemeinmedizin rückadressiert.

Die Tabelle 2 nennt die Einschluss- und Ausschlusskriterien für Patienten.

Tabelle 2: Einschluss- und Ausschlusskriterien für Patienten

Einschlusskriterien

- Patienten in/nach Behandlung mit stimmungsverändernden Medikamenten (SSRI, TCA, Hypericum)
- Alter: 18 Jahre oder älter

Ausschlusskriterien

- Stationäre Patienten
 - Patienten mit Suizidgefahr
-

Nach Eingang der Einwilligungserklärung wurde der Interviewpartner angerufen. Dieses Telefongespräch sollte im Idealfall folgendermaßen strukturiert sein:

- Begrüßung
- Erklärung der Studienziele
- Erklärung des Studienaufbaus
- Bitte um Tonbandaufnahme
- Zusicherung absoluter Anonymität
- Termin- und Treffpunktabsprache.

Zu Beginn des Telefongesprächs wurden noch offene Fragen beispielsweise zur Durchführung des Interviews geklärt. Es wurde daraufhin ein Interviewtermin vereinbart. Teilnehmer konnte sich frei entscheiden, wo das Interview stattfinden sollte (Zuhause, in der Abteilung Allgemeinmedizin oder an einem Ort ihrer Wahl).

4.3 Semistrukturierte Interviews mit Patienten

In der Planungsphase wurde festgelegt, mit welchem Instrument die qualitative Datenerhebung durchgeführt werden sollte. Nach Crabtree and Miller (1992) lassen sich qualitative Daten mittels drei Methoden sammeln:

- I. Beobachtung
- II. Audio- oder Videoaufzeichnung
- III. Interview.

Taylor and Bogdan (1998) gehen nur von zwei Methoden aus, der Beobachtung (*participant observation*) und dem Interview (*in-depth interview*).

Bei dieser Untersuchung sollten die subjektiven Erfahrungen der Patienten („Informanten“ in der Terminologie qualitativer Forschung) mit stimmungsverändernden Medikamenten erforscht werden. Um diese Erfahrungen zu verstehen, musste der Untersucher die Meinungen und Wahrnehmungen der Ärzte und Patienten in Bezug auf den Gebrauch und Einsatz dieser Substanzen kennen lernen. Deshalb war ein freies Interview die geeignete Methode.

Da Ärzte und Patienten nach persönlichen und teils intimen Erfahrungen und Erlebnissen befragt werden sollten, waren Einzelinterviews angemessen. Im Interviewverlauf sollte die Möglichkeit bestehen, Patienten auf spezifische Themen anzusprechen (z.B. auf die Empfindungen beim Einnehmen der Medikamente). Hierfür schien das Konzept des semistrukturierten Interviews besonders geeignet:

„Ein semistrukturiertes Interview ist ein geleitetes, konzentriertes, fokussiertes und offen gehaltenes Kommunikationsereignis, welches durch In-

terviewer und Informant gemeinschaftlich geschaffen ist und welches außerhalb des alltäglichen Geschehens stattfindet. Die Fragen und Einwürfe (prompts) sind dabei in Form eines flexiblen Interviewleitfadens aufgeschrieben“ (Crabtree and Miller 1992, 15).

Für Arzt- wie auch Patienteninterview wurden daher Interviewleitfäden entworfen. Die Leitfragen sollten offen gestellt werden. Offene Fragen sind Fragen, die den Informanten dazu animieren, möglichst ausführlich und ohne weiteres Eingreifen des Interviewers zu erzählen. Auf diese Weise lassen sich individuelle Formulierungen, Fakten, insbesondere aber Bedeutungsstrukturen der Informanten ermitteln (Lamnek 1995). Vorbereitete Einwürfe (*prompts*) verfolgten das Ziel, den Informanten im Erzählfluss zu halten oder ihn dazu motivieren, detaillierter zu erzählen. Sie wurden immer dann eingesetzt, wenn der Erzählfluss zu stoppen drohte. Vorbereitete *prompts* waren unter anderem: „Können Sie mir ein Beispiel nennen?“ oder „Können Sie mir diese Situation genauer schildern?“.

Im Anschluß an das Interview wurden vom Interviewer *field notes* aufgeschrieben. Sie beinhalteten eine kurze subjektive Beurteilung über den Gesprächspartner, die räumlichen Gegebenheiten, die Gesprächssituation und die persönlichen Gefühle des Interviewers (Crabtree and Miller 1991). Sie sollten später bei der Analyse dazu dienen, mehrdeutige Interviewsequenzen richtig zu verstehen.

4.3.1 Leitfaden für Ärzte-Interviews

Vor dem ersten Arztinterview wurde ein flexibler Interviewleitfaden (vollständiger Arztinterviewleitfaden s. Anhang 9.5) erstellt. Die Leitfadenfragen teilten sich thematisch in drei Gruppen, welche sich an den Forschungsfragen orientierten:

- I. Diagnostik und Therapie der Depression
- II. Kommunikation mit dem Patienten
- III. Patientenansichten.

Bei der Ausarbeitung dieses Interviewleitfadens wurde besonderes Augenmerk darauf gerichtet, die Fragen möglichst gezielt zu stellen: weil der Arzt ein „Experte“ ist und der

Praxisablauf möglichst wenig gestört werden sollte. Das Interview sollte deshalb nicht länger als 15 Minuten dauern. Der Interviewleitfaden wurde in zwei Pilotinterviews mit dem Ziel getestet, dass die Fragen für den Arzt verständlich waren und der abgesteckte zeitliche Rahmen eingehalten werden konnte. Des Weiteren sollten die Pilotinterviews den Untersucher in das Forschungsfeld einzuführen und ihn mit der Interviewsituation bekannt machen.

4.3.2 Leitfaden für Patienten-Interviews

Auch vor der Durchführung des ersten Patienteninterviews wurde ein Leitfaden erstellt. Da das Patienteninterview nicht in so einem strengen zeitlichen Rahmen ablaufen musste wie das Arztinterview, waren mehr Fragen möglich. Auch konnten die Fragen offener gestellt werden. Der Patienteninterviewleitfaden findet sich im Anhang 9.6.

Folgende Themen wurden in den Interviews angesprochen:

- I. Medikament
 - a. Wahrnehmung des Medikaments
 - b. Erwartung an das Medikament
 - c. Erfahrungen mit diesem oder vergleichbaren Medikamenten

- II. Kommunikation mit dem Arzt
 - a. Diagnoseübermittlung
 - b. Therapieerläuterungen
 - c. Aufklärung und Information über das Medikament

- III. Selbstregulation der Dosierung

- IV. Soziales Umfeld
 - a. Wahrnehmungen von Veränderungen
 - b. Reaktion des Umfeldes auf die Medikamenteneinnahme

- V. Informationsbedarf und -beschaffung.

Auch dieser Interviewleitfaden wurde durch zwei Pilotinterviews auf seine Durchführbarkeit getestet. Hierbei wurde im Besonderen darauf geachtet, wie die Patienten die Fragen verstanden und darauf reagierten. Auch in diesem Fall sollten die Pilotinterviews den Interviewer zugleich in die Feldsituation einführen.

4.4 Interview mit den Ärzten

Die Interviews mit den Allgemeinärzten fanden in den jeweiligen Praxen teilweise nach und teilweise während der Sprechstunde statt. Vor Interviewbeginn wurden Daten zu Arzt und Praxis erhoben (Beispiel eines Erhebungsbogens in Anhang 9.1). Die Ergebnisse der Praxendaten finden sich unter 9.2. Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und anschließend wörtlich transkribiert.

4.5 Interview mit den Patienten

Vor dem Gespräch wies der Interviewer auf seinen Studentenstatus hin, um zu verhindern, dass der Informant einen Arzt oder medizinisches Personal in ihm sah. Richard and Emslie (2000) haben gezeigt, dass Interviewpartner sich in bestimmten Aspekten einem befragenden Arzt nicht so öffnen, wie einer „normalen“ Person „von der Universität“. Zu Interviewbeginn wurden soziodemographische Daten des Patienten erhoben. Auch die Patienteninterviews wurden auf Tonband aufgenommen und später wörtlich transkribiert.

4.6 Auswertung

Die Analyse beruht auf dem Konzept der Grounded Theory (Glaser and Strauss 1967). Im Detail wurden die Interviews nach dem Editing Analysis Style von Crabtree and Miller (1992) analysiert.

4.6.1 Grounded theory

Es gibt verschiedene qualitative Forschungstraditionen mit entsprechenden Auswertungsstrategien. Creswell (1998) geht von fünf verschiedenen Vorgehensweisen qualitativer Forschung aus. Aus den von Creswell (1998) beschriebenen fünf Ansätzen der qualitativen Tradition (Biographie, Ethnographie, Fallstudie, Phänomenologie und Grounded Theory) wurde die Grounded Theory als Auswertungsstrategie gewählt. Ursprünglich hatten Glaser and Strauss (1967) die Grounded Theory als Methodologie entwickelt. Hierbei handelt es sich um eine Vorgehensweise, bei der man von der Datensammlung über die Analyse zur Formulierung einer Theorie kommt. Der Ansatz steht damit im Gegensatz zur herkömmlichen quantitativen Forschung, bei der zunächst eine Hypothese oder Theorie aufgestellt wird, um sie dann später durch Datenmaterial zu belegen.

Die Grounded Theory beginnt damit, das Studiengebiet (*area of study*) zu betrachten, um relevante Themen hervorheben zu können (Strauss and Corbin 1990). Ziel ist dann die Formulierung einer Theorie, die dem untersuchten Gegenstandsbereich gerecht wird und ihn erhellt. Diese selbstgeschaffene Theorie, in Beziehung gesetzt mit anderen schon bestehenden Theorien, führt zu einer kumulativen Erkenntniszunahme, deren Folgerungen sich auch in der praktischen Anwendung bewähren (Strauss and Corbin 1996).

4.6.2 Editing Analysis Style

Die Analyse der Gespräche beginnt implizit bereits beim ersten Abhören eines Tonbandes bzw. beim ersten Lesen eines Transkriptes (Strauss 1998). Die Analyse des Interviewmaterials folgte dem Editing Analysis Style nach Crabtree and Miller (1992): einer Variante der Grounded Theory von Glaser and Strauss (1967). Das Material wird zunächst nach bedeutungsvollen Segmenten durchsucht. Strauss and Corbin (1996) nennen diesen Schritt der Analyse das Konzeptualisieren der Daten. Sie meinen damit das Herausgreifen einer Beobachtung, eines Satzes, eines Abschnitts und die Vergabe von Namen für jeden einzelnen darin enthaltenen Vorfall, jede Idee oder jedes Ereignis

- für alles, das für ein Phänomen steht oder es repräsentiert. Am Ende dieses auch „offenes Codieren“ genannten Vorgangs, entstehen eine Vielzahl von Konzepten.

Im zweiten Schritt der Analyse werden diese Konzepte miteinander verglichen. Es wird analysiert in welchem Zusammenhang sie stehen. Sich ähnelnde oder auf einander in Bezug stehende Konzepte werden als Kategorie zusammengefasst. Eine Kategorie ist folglich definiert, als die Gesamtheit der Codes, die sich auf ein bestimmtes Phänomen beziehen (Strauss and Corbin 1996). Die gefundenen Konzepte und Kategorien werden anhand von zusätzlichem Datenmaterial, welches parallel zur Analyse gesammelt wird, bestätigt, verworfen oder verfeinert. Konzepte, die nicht in den Kontext passen, werden wieder verworfen. Wichtiges Element des Editing Analysis Style ist das „naive Analysieren“ des Untersuchers, der subjektiv interpretativ ohne vorgefertigte Analyse-schablone vorgeht (Crabtree and Miller 1992). Der Untersucher soll die Konzepte und Kategorien möglichst unabhängig von seinem Vorwissen und Vorurteilen identifizieren. Er soll sich auf die volle Bandbreite des Möglichen einlassen, nichts von vornherein ausschließen. Der Analyseprozess wird so lange fortgeführt, bis es zu einem Zustand der Sättigung kommt. Es finden sich weder neue Konzepte noch neue Kategorien. Auch lassen sich die schon bekannten, im neugesammelten Material wiederfinden. Ab diesem Punkt kann die Datensammlung beendet werden. Abbildung 3 (s. Seite 27) veranschaulicht die Vorgehensweise bei der Analyse.

4.6.3 Auswertungsprogramm

Um den Kodierungsvorgang zu erleichtern, wurde das Computerprogramm Atlas.ti eingesetzt. Mit diesem Computerprogramm lassen sich Textsequenzen markieren und dem dafür gewählten Konzeptnamen zuordnen. Alle unter einem bestimmten Konzeptnamen gespeicherten Textsequenzen waren somit leicht auflistbar. Sobald Kategorien gebildet waren, konnten die Codes unter den für sie zutreffenden Kategorien zusammengefasst und abgespeichert werden. Das Programm sicherte die Übersichtlichkeit und damit die Qualität der Auswertung. Des weiteren bot das Programm die Möglichkeit, die in späteren Kapiteln aufgelisteten Zitate zurückzuverfolgen. Jede Interviewzeile wird von Atlas.ti durchnummeriert.

Bei späteren Zitaten dieser Arbeit wie zum Beispiel... (Code: „leichte vs. schwere Depression“):

Arzt 3: Bei leichten Depressionen, wenn sie dann gerne was Medikamentöses zur Unterstützung hätten, dann gebe ich es auch. (90-92)

... findet sich der Code-Name, mit dem diese Textpassage versehen wurde (hier: Code: „schwere/leichte Depression), die Interviewnummer (hier: Arzt 3), sowie die Zeilenangabe (hier: 90-92). Auf diese Weise ist sichergestellt, dass jeder Code auf seine(n) Ursprung (Ursprünge) zurückgeführt werden kann. Abbildung 4 gibt einen visuellen Eindruck des Programms.

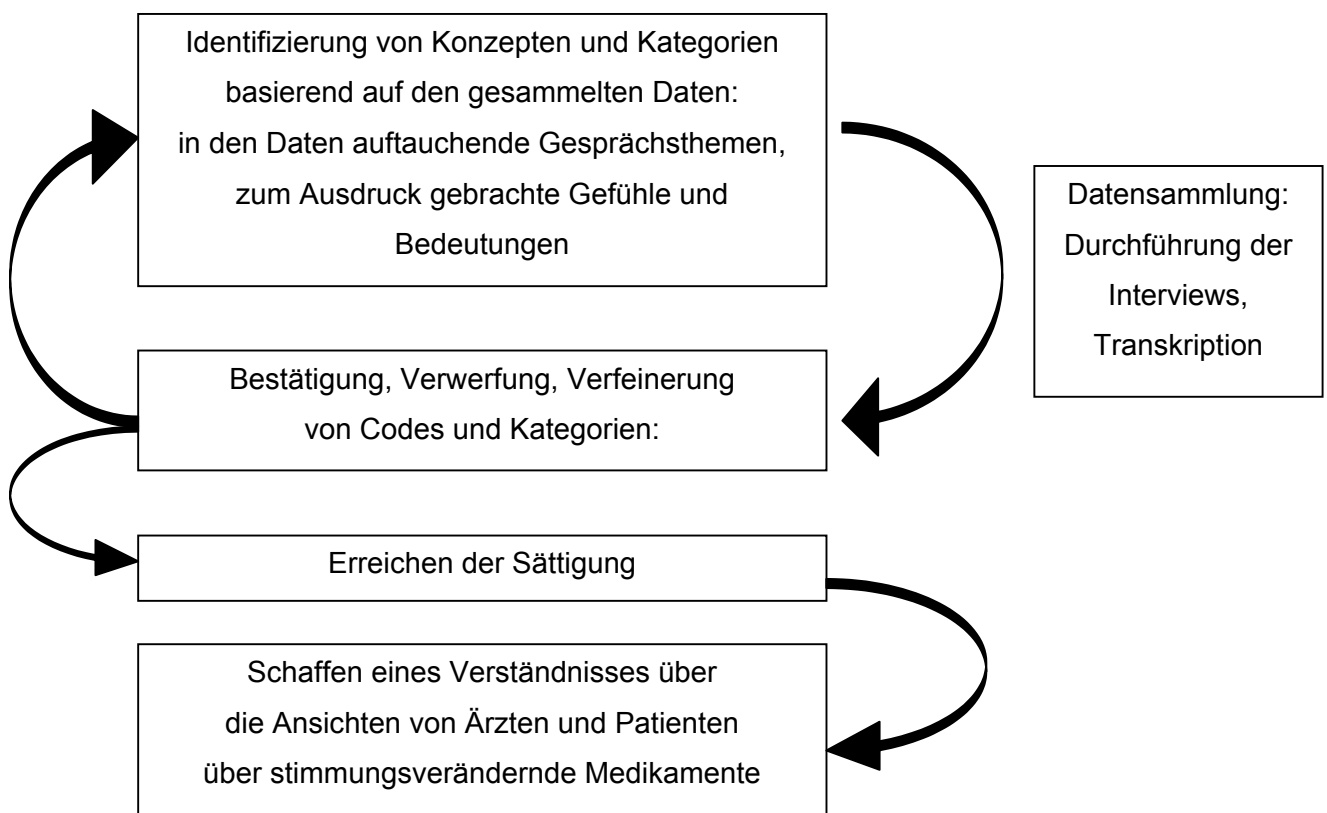


Abbildung 3: Analyseprozess

0334 furchtbar. Aber solange das sich in den Grenzen hält, bin ich wirklich
 0335 zufrieden damit. Und wenn ich merke, mir geht es mal nicht so gut,
 0336 dann nehme ich auch mal eine halbe mehr. Aber das mache ich so wie
 0337 ich das denke dann.
 0338
 0339 JA ALSO DAS HEISST SIE MACHEN DAS SCHON SELBSTÄNDIG.
 0340 SIE NEHMEN DAS MEDIKAMENT JA SCHON RECHT LANG...
 0341
 0342 Ja ja, ich mache das dann so. Also es kommen ja mal Situationen,
 0343 also es ist ja noch nicht ganz weg. Ich will nicht wieder darein
 0344 kommen, wo ich vorher war. Da will ich nicht wieder reinkommen. Und
 0345 dann sage ich mir, komm B. du nimmst die jetzt ein, und dann kann
 0346 dir jetzt nichts mehr passieren. Also, wie so ein Schutz, denkt man
 0347 sich die Tablette, also als wenn das so ein Schutz wär. Was ich auch
 0348 weiß also das hat mir ja damals auch nicht am Anfang geholfen, wenn
 0349 ich es sehr doll hatte, ne? Aber jetzt ist es für mich wie ein Schutz. Ich
 0350 habe sie auch immer dabei. Ich gehe auch nie ohne die. Wenn ich
 0351 ohne die nicht gehe, dann kommt sofort die Panik raus. Die habe ich
 0352 nicht dabei und Schluß. Denn (das) habe ich probiert. Oh ich habe mir ja so
 0353 viel einfallen lassen, weil ich ja eigentlich die Tabletten nicht mehr
 0354 nehmen wollte. Hab ich gesagt, trinkst Du mal einen Schnaps, der
 0355 schmeckt ja so widerlich, nech, in dem Moment, wenn Du die Angst
 0356 hast, trinkst du einfach einen Schnaps. So... aber durch diesen
 0357 ekligen Geschmack von diesem Schnaps wurde ich wohl ruhiger
 0358 aber, entweder ging die Angst da weg oder, ich weiß es nicht.
 0359 Jedenfalls habe ich gesagt, so geht das nicht, nachher wirst du da
 0360 noch alkoholsüchtig, und dann habe ich nur Baldriantropfen gekauft.
 0361 Sind ja auch so widerlich. Und manchmal wenn ich merke jetzt
 0362 kommt wohl wieder was, dann nehme ich einfach ein paar
 0363 Baldriantropfen. Alles ganz eklig ne? Und ich weiß jetzt nicht ob man
 0364 sich da einfach etwas einbildet, aber man versucht einfach alles
 0365 mögliche. Also, man versucht wirklich alles mögliche, wenn man nicht
 0366 diese Tabletten nehmen will. Und heute nehme ich eine halbe und
 0367 wenn ich merke, daß schaff... ich muß, ich will dahin fahren, weil meine
 0368 Kinder haben ja darunter gelitten, weil ich viele Sachen nicht mit ihnen
 0369 machen konnte. Und das mache ich nicht mehr. Da nehme ich eine
 0370 halbe. Und wenn ich mal denke, die halbe, daß es mal ganz doll

Loaded PT P 2: Patient02.txt, C:\Programme\Scientific Software\ATLAS.ti\TEXTBANK\Patient02.txt

Zeilenangabe

Einem Code zugewiesene
Interviewtextstelle

Code-Name

Abbildung 4: Darstellung von Atlas.ti

4.7 Zirkulärer Forschungsablauf

Die Untersuchung hatte einen zirkulären Forschungsablauf. Zirkulär bedeutete, dass eine bestimmte Abfolge von Forschungsschritten mehrmals durchlaufen wurde und der

jeweils nächste Schritt von den Ergebnissen des jeweils vorherigen Schrittes abhing (Witt 2001). Abbildung 5 veranschaulicht diesen Ablauf. Der zirkuläre Forschungsablauf bot den Vorteil, dass Erkenntnisse aus vorangegangenen Interviews den Leitfaden und somit die Interviewführung der nächsten Interviews beeinflussen konnten.

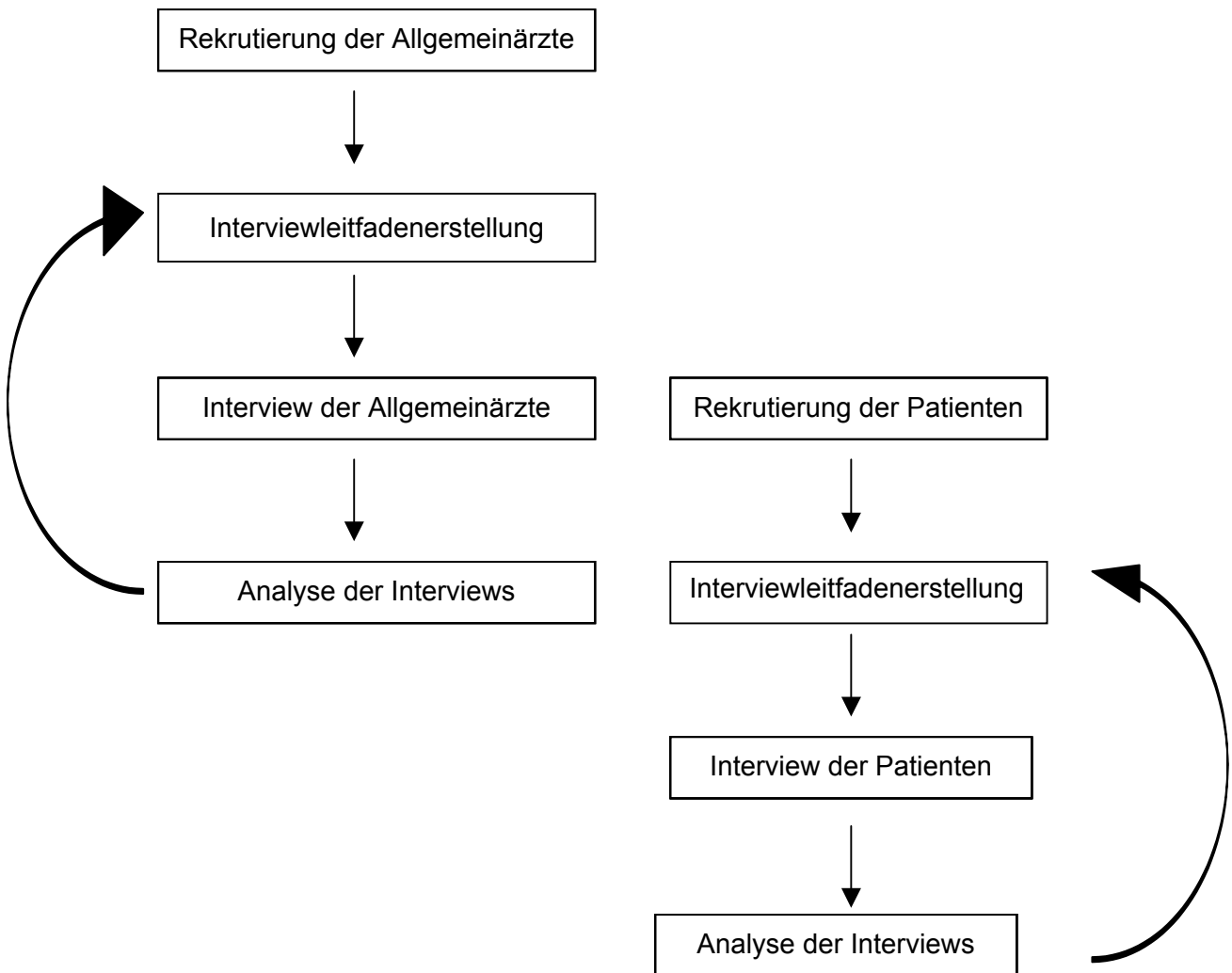


Abbildung 5: Forschungsablauf

Ein Beispiel für den zirkulären Forschungsablauf war der Austausch der Intervieweinleitungsfrage. In den ersten Interviews wurde das Gespräch mit Fragen über die Krankheit eingeleitet. Es zeigte sich aber, dass die Patienten Probleme mit der Beantwortung dieser Fragen hatten. Das Interview verlief zögerlich und unentspannt. Viel offener und flüssiger verlief es, als mit Fragen über das Medikament begonnen wurde. Es kam also zu einem Wechsel der Einleitungsfrage (Abbildung 6).

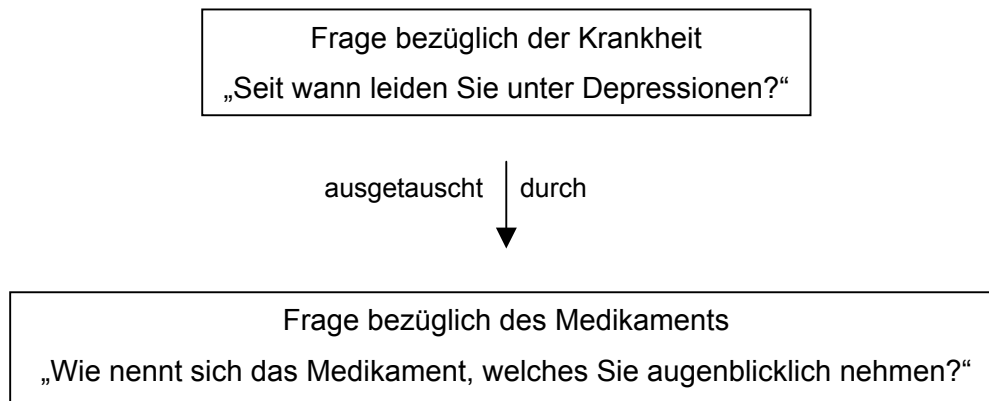


Abbildung 6: Austausch der Einleitungsfrage

4.8 Datenschutz und Ethik

Den befragten Ärzten wurde vor Beginn des Interviews erläutert, dass alle Daten und Aussagen anonym gehandhabt würden. Diesbezüglich bestehende Fragen wurden vor dem Interview geklärt. Die Patienten erhielten vom Arzt die unter 4.2 beschriebenen Informed Consent-Bögen (s.a. Anhang 9.4). Innerhalb dieser Bögen wurde ihnen absolute Anonymität zugesagt. Bis zu dem Zeitpunkt der Einwilligung der Patienten waren dem Untersucher die Patienten nicht bekannt. Vor Durchführung eines Patienteninterviews wurden bezüglich der Anonymität bestehende Fragen geklärt. Bei der Übertragung der Interviews wurden die Namen von Ärzten, Patienten sowie drittgenannter Personen nur als Kennziffer eingegeben. Nach Übertragung der Interviews wurden die Tonbänder unter Verschluss genommen. Bei der weiteren Verarbeitung der Daten wurden keine Namen, Geburtsorte oder -daten der Patienten und Ärzte dokumentiert. Die Eingabe in Atlas.ti erfolgte ebenfalls anonym. Auch hier wurden Praxen und Patienten als Ziffern eingegeben. Die Studie wurde durch die Ethik-Kommission der Universität Göttingen unter der Antragsnummer 17/3/03 genehmigt.

5. Ergebnisse

5.1 Reaktionen auf die Untersuchung

Die teilnehmenden Hausärzte standen unserer Untersuchung größtenteils sehr positiv gegenüber. Viele hielten die Studie deshalb für wichtig, weil sie in einem zunehmenden Maße stimmungsverändernde Medikamente (insbesondere Antidepressiva) verschrieben und sich immer häufiger mit eingangs beschriebenen Problemen der Therapie konfrontiert sahen. Insgesamt waren die Ärzte sehr interessiert an den Ergebnissen der Studie.

Die Patienten waren im Vorfeld des Interviews meist ziemlich aufgeregt. Viele hatten sich vor dem Interview schon Gedanken gemacht, was sie denn gefragt werden würden. Die Interview-Atmosphäre war aber nach wenigen Minuten meist entspannt, auch wenn die Gespräche häufig sehr tief in die Privatsphäre des Patienten vordrangen. Es war teilweise überraschend, wie offen Fragen beantwortet wurden. Einige Patienten nahmen das Interview zum Anlass, ihre Therapie zu diskutieren, und erfragten die Meinung des Untersuchers, was durch verbindliche Beschreibungen der Studienziele höflich abgelehnt wurde. Es gab Patienten, die die medikamentöse Therapie absolut befürworteten, nicht wenige standen ihr aber auch skeptisch gegenüber.

5.2 Auswertung der Arztinterviews

5.2.1 Stichprobe

Insgesamt wurden 30 Hausärzte in zwei verschiedenen Stadtteilen Göttingens (Göttingen-Grone und Göttingen-Weende) um Teilnahme gebeten. Von ihnen nahmen 13 Ärzte (43%) an der Untersuchung teil. Fünf Ärzte ließen durch ihre Arzthelferinnen ausrichten, dass sie nicht teilnehmen möchten, 12 sagten in einem persönlichen Telefonat ab. Als Gründe wurden vor allem Zeitmangel, Überlastung der Praxis, schon bestehende Teilnahme an anderen Studien und die generelle Ablehnung der Teilnahme an Studien genannt.

5.2.2 Verordnung von Antidepressiva nach Patientenmerkmalen

Bei der Auswertung der Frage, ob ein und ggf. welches Antidepressivum zu verordnen sei, kristallisierte sich sehr schnell die Kategorie „Patientengruppen“ als relevantes Kriterium heraus. Die Ärzte teilten ihre Patienten in verschiedene Gruppen ein und entschieden danach, ob ein Antidepressivum in Frage kam oder nicht. Auch bedeutete in einigen Fällen die Zuweisung zu einer Gruppe, welches Antidepressivum für den Patienten in Frage kam. Es ließen sich die folgende Merkmale für Gruppierungen finden, die für viele Ärzte so oder ähnlich galten:

1. leichte vs. schwere Depression
2. jung vs. älter
3. mit vs. ohne Suizidgefahr
4. mit vs. ohne Angst vor Nebenwirkungen
5. viele Nebendiagnosen vs. ohne Nebendiagnosen.

Meist ähnelten sich die Therapiekonsequenzen der Ärzte bei einer betreffenden dieser Einteilung. Gelegentlich fanden sich aber auch Ärzte, die trotz gleichartiger Gruppeneinteilung gegensätzliche Schlüsse zogen.

Ein sehr häufiges Einteilungskriterium der Ärzte war die Einteilung in leichte und schwere Depression (Code: „leichte vs. schwere Depression“):

Arzt 3: Wenn es eine leichte Form der Depression ist, versuche ich erst mal, mir etwas Zeit zu nehmen für ein Gespräch, und bei wirklich schweren Problemen versuche ich dann verhältnismäßig schnell (...) zu einer antidepressiven medikamentösen Behandlung zu kommen. (55-62)

Arzt 3: Bei leichten Depressionen, wenn sie dann gerne was Medikamentöses zur Unterstützung hätten, dann gebe ich es auch. (90-92)

Arzt 8: (Bei der Therapie) Das kommt immer darauf an in welchem Stadium jemand kommt, ob es eine schwerere Episode ist, oder eben eine leichtere. (29-30)

Bei mehreren Ärzten wurde eine direkte Verknüpfung zwischen Ausprägung der Depression und Substanzwahl deutlich. Eine leichte Depression bedeutete für sie den Einsatz von Johanniskraut, während das Vorliegen einer schweren Depression die

Wahl eines wirkungsstärkeren Antidepressivum begründete (Code: „leichte vs. schwere Depression“):

Arzt 10: Und auch bei leichteren Sachen, da würde ich sagen, so das schreibe ich ihnen jetzt mal auf und das nehmen sie jetzt mal und dann werden die Patienten wieder einbestellt. Und wenn ich das Gefühl habe, das ist so etwas, wo das mit Johanniskraut nicht richtig behandelt ist, wo es sich auch nicht um eine vorübergehende - sagen wir mal, eine Stimmungsschwankung handelt, sondern um eine wirklich schwerere behandlungsbedürftige Depression. Dann würde ich schon ein Antidepressivum verschreiben. (106-114)

Arzt 12: Wenn man nicht gerade eine schwere Depression vor sich hat. Aber ich denke mal, es fängt ja nicht immer gleich mit einer schweren Depression an. Die Patienten kommen ja auch eher zu uns mit so einer depressiven Verstimmung. Und da setzen wir auch Johanniskraut ein, was auch auf jeden Fall Wirkung hat. (248-254)

Oft hatte auch das Alter der Patienten einen deutlichen Einfluss auf die Therapieentscheidung der Ärzte (Code: „jung vs. alt“):

Arzt 4: Es hängt vielleicht auch damit zusammen, dass man es bei den Jüngeren manchmal noch ein bisschen deutlicher sieht, mit der Depression. Also bei älteren, da denkt man manchmal auch, das sind vielleicht auch so ein bisschen Altersbeschwerden. Das ist nicht so drastisch. Und dann ziehe ich schon bei jüngeren schon eher den Riegel vor. (87-93)

Arzt 5: Bei jüngeren Leuten, da sollte man natürlich auch erst mal versuchen, eine Psychotherapie zu machen. Eventuell begleitend dazu eine Medikation. (...) Ja also bei älteren Leuten, wenn jetzt eine Sechzig- oder Siebzigjährige kommt oder Männer natürlich auch sehr häufig, wo man dann merkt, dass er dann doch eine depressive Anamnese eher hat. Dann versucht man schon eher zu sagen, okay, wir versuchen das mal und wählen eine Substanz. (77-86)

Arzt 2: Bei jüngeren Patienten bin ich immer sehr zurückhaltend. (100-101)

Bei der Medikamentenauswahl wirkte sich das Alter unterschiedlich aus. Während auf der einen Seite alte Patienten aufgrund der geringeren Nebenwirkungen und Medikamenteninteraktionen zumeist grundsätzlich mit einem SSRI therapiert wurden, fanden sich auf der anderen Seite einige Ärzte, die bei alten Patienten zunächst zu einem alten Präparat griffen (Code: „Therapieverfahren“):

Arzt 3: Bei alten Patienten gebe ich allerdings ausschließlich die neuen Präparate. Multimorbide sind schwierig zu handeln. (83-86)

Arzt 4: Ja, so etwas ältere Patienten (...) die ja so kardial und allgemein okay sind, (denen würde ich Amitryptilin [TCA] geben). (63-65)

Arzt 2: Aber wenn ich hier einen alten Patient vor mir habe, der die nächsten 10 Jahre wahrscheinlich nicht mehr überstehen wird, dann mach ich mir hier kein Kopfzerbrechen, dann ist das (IMAP® [Neurolepticum]) eine sehr wirkungsvolle Spritze. (89-92)

Ein weiteres Kriterium für das Therapievorgehen betraf die Suizidgefährdung (Code: „Suizidgefahr“):

Arzt 9: Wenn der Patient allerdings suizidal ist, dann muss man schon so ein bisschen in die Vollen gehen (...) Wenn die Patienten suizidal sind, dann schick ich die zum Facharzt. Das muss doch fachärztlich entschieden werden. (22-29)

Arzt 4: Ja, älteren Patienten, die nicht akut suizidgefährdet (...) sind, (denen würde ich Amitryptilin [TCA] geben) (63-65)

Auch die Angst der Patienten vor den Nebenwirkungen beeinflusste die Ärzte in ihrer Therapieentscheidung (Code: „Viele Nebenwirkung vs. ohne Nebenwirkung“):

Arzt 3: Es ist nicht immer einfach, die Patienten auch zum wirksamen Medikament zu bekommen, und leider Gottes ist von den Antidepressiva nur das Johanniskraut in einem sehr gutem Licht dargestellt in der Laienpresse. Und die anderen sind ja aufgrund ihrer Nebenwirkungen sehr kritisch (...) behandelt. Das macht es uns nicht leicht. (36-41)

Arzt 4: (Und moderne Präparate setze ich ein) bei jüngeren (...), die Angst vor Nebenwirkungen haben. (79-82)

Arzt 5: Von der Presse... auch Laienpresse, Fernsehen, es gibt ja auch viele Sachen, die man nicht unbedingt liest. (...) Ja und da gibt es dann auch immer so einen Doktor, der da seine Meinung zu gibt. (...) So gibt es Leute (...), die wollen schon dann ein anderes Antidepressivum haben, was also nicht diese Nebenwirkungen macht. (351-358)

Als weiteres Kriterium fand sich die medikamentöse Begleittherapie. Erhielt der Patient außer dem Antidepressivum schon weitere Medikamente, beeinflusste dies die Medikamentenwahl des behandelnden Arztes (Code: „viele Nebendiagnosen vs. ohne Nebendiagnosen“):

Arzt 9: Wenn die Patienten zugehörnt sind mit anderen Medikamenten, ich meine es gibt da Patienten, die noch fünf, sechs weitere Medikamente nehmen, da braucht man nicht mit Johanniskraut anfangen, da greift das nicht. Was weiß ich, ein Hypertoniker mit über sechzig, siebzig, der übergewichtig ist. Das ist eher nicht ein Patient für das Johanniskraut. (65-72)

Arzt 3: Allerdings mache ich das (Gabe eines SSRI) nicht, wenn da jetzt noch eine Reihe von anderen Medikamenten gegeben wird. Weil es dann auch wegen der Interaktionen zu kompliziert und unübersichtlich wird. (93-96)

In Abbildung 7 finden sich zusammenfassend die Patientenmerkmale, welche sich bei der Untersuchung der Kategorie „Patientengruppen“ fanden.

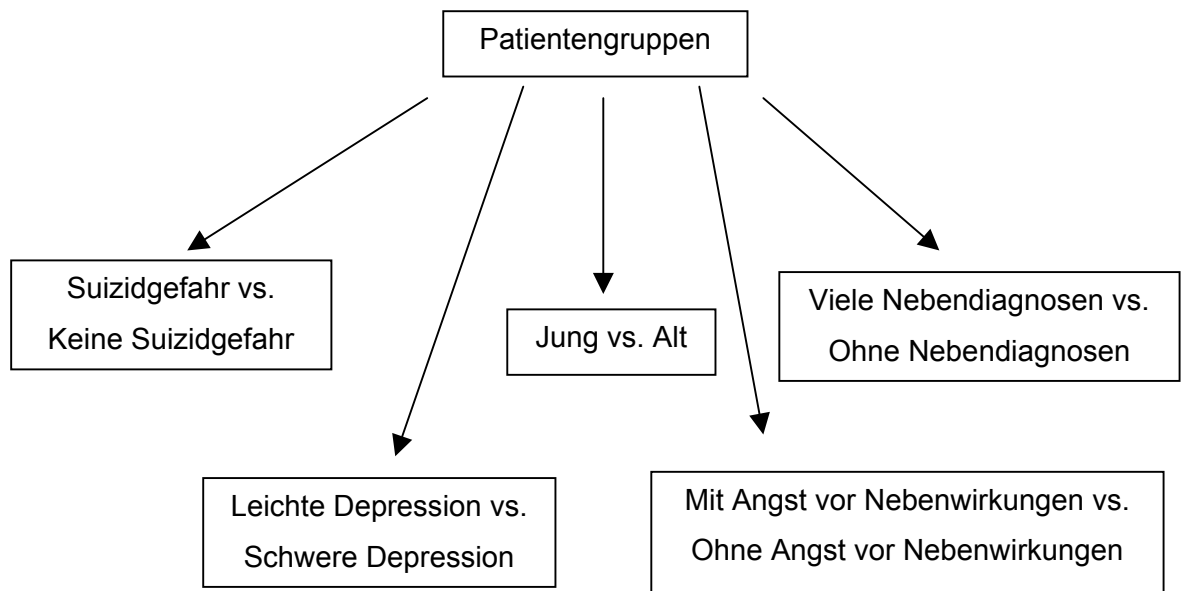


Abbildung 7: Patientengruppen

Zusammenfassend ließ sich hier sagen, dass die gefundenen Patienteneinteilungen den Ärzten bei zwei verschiedenen Therapieentscheidungen halfen. Sowohl die Frage, ob ein Antidepressivum gegeben werden sollte oder nicht, als auch die Wahl des Antidepressivums wurden durch sie beeinflusst. Diese Beeinflussung wird in Abbildung 8 noch einmal verdeutlicht.

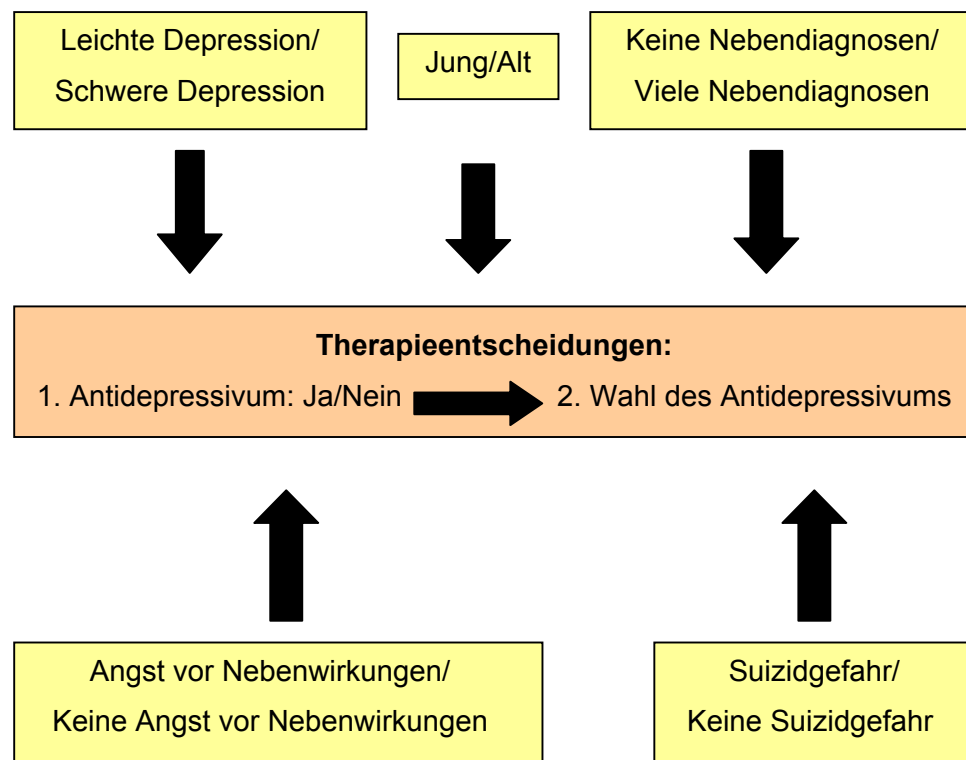


Abbildung 8: Einflussfaktoren auf die Therapieentscheidung

5.2.3 Therapiestrategien

Die befragten Ärzte verfolgten unterschiedliche Strategien, sobald sie einem Patienten ein stimmungsveränderndes Medikament verschreiben wollten. So unterschiedlich die Therapievorgehensweisen der Ärzte dabei waren, einig waren sie sich in den zwei Grundvoraussetzungen für den Beginn und das langfristige Durchführen einer Therapie mit stimmungsverändernden Medikamenten:

1. Krankheitseinsicht
2. Therapieeinsicht.

Viele Ärzte beschrieben das Erreichen einer Krankheitseinsicht als ihr erstes Therapieziel (Code: „Krankheitseinsicht“):

Arzt 3: Die Schwierigkeit ist zuallererst einmal, den Patienten wirklich erst mal dazu zu bekommen, zu einer gewissen (Krankheits-)Einsicht. (45-47)

Arzt 6: Ja, die (Therapien) sind sehr schwierig (...) aufgrund der Zeit, der Bereitwilligkeit der Leute, sich selber einer Therapie zu unterziehen und also auch einzusehen, dass vielleicht auch eine Depression vorliegen könnte. (32-36)

Arzt 7: (Und) wenn der Patient nicht von Anfang an überzeugt ist, dass es eine psychische Erkrankung ist, dass es seelisch bedingt ist. Und wenn der Patient nicht überzeugt ist, dann können sie ihn nicht antherapieren. (107-111)

Arzt 8: Also für mich ist immer der schwierigste Patient oder die schwierigste Patientin, die mehr Richtung somatisierte Depression geht. (...) In dem großen Widerstand, die mir der Patient mit einer somatisierten Depression entgegensetzt. (64-74)

Besonders wichtig für die langfristige Durchführung einer medikamentösen Therapie war den Ärzten die Vermittlung einer Therapieeinsicht. Einige unterstrichen, dass sie eine medikamentöse Therapie erst dann für zweckmäßig hielten, wenn die Patienten ihren Sinn verstanden hatten (Code: „Therapieeinsicht“):

Arzt 5: Nein ich verschreibe nie jemandem ein Antidepressivum, ohne mit ihm besprochen zu haben, ob er selber es für sinnvoll hält. (367-368)

Arzt 9: Ich bin der Meinung (der Patient) muss hinter der Therapie stehen. Man muss verstanden haben, was passiert.(...) Also ich versuche immer, dass die Patienten verstehen, was passiert, was mit dem Medikament auch passiert. (110-118)

Arzt 13: Ja also, wenn sie (die Patienten) die (Medikamente) wollen und einverstanden sind, dann verordne ich die auch. (292-293)

Um die Patienten zur Krankheits- und Therapieeinsicht zu bringen, schilderten die Ärzte verschiedenartige Vorgehensweisen. Meist fanden sich pro Interview mehrere unterschiedliche Strategien. Sie ließen sich in folgende Unterkategorien (Codes) einteilen:

1. Organische Abklärung
2. Überweisung
3. Körperbild
4. Kommunikationsangebot
5. Bindung
6. Therapieanbieter

7. Anpreisen des Medikamentes
8. Manipulation
9. Soziales Netzwerk
10. Autoritärer Arzt
11. Angst nehmen.

5.2.3.1 Organische Abklärung

Viele Ärzte beschrieben, dass sie zunächst die vorgebrachten Beschwerden organisch abklärten, selbst wenn sie sich vom ersten Moment an sicher waren, dass es sich um eine depressive Störung handelte (Code: „organische Abklärung“):

Arzt 5: (Erst) klären sie den Magen ab, klären (...) den Darm ab , klären das Herz ab (...). Aber eigentlich haben sie schon von vornherein das Gefühl, dass der eigentlich (in dieser Richtung) gar nichts hat. (43-56)

Arzt 7: Also mach ich zuerst ein EKG, dann versuche ich ihnen klar zu machen, dass es nicht das Herz ist. (220-224)

Arzt 7: Und bei den Magenschmerzen schicke ich sie auch zur Gastroskopie. Aber wenn ich jetzt den Magen anfasse und ihn hinlege, dann fühlt er sich schon besser und so. (228-231)

Arzt 10: Da ich Schulmediziner bin, sag ich mal, bin ich meistens erst mal darauf aus, im körperlichen Bereich zu untersuchen. Und wenn ich denke, dass da nichts Entscheidendes ist, kommt dann so in zweiter Linie so dieser seelische Hintergrund zum Tragen. (38-41)

5.2.3.2 Überweisung

Alle untersuchten Ärzte gaben an, den Patienten an einen Facharzt zu überweisen, sobald sie das Gefühl hatten, keine Therapie- oder Krankheitseinsicht beim Patienten zu erreichen. Unterschiede gab es hier nur darin, ab welchem Punkt die Ärzte ihre Grenze sahen. Meist war die Suizidgefahr der Grund für eine Überweisung (Code: „Überweisung“):

Arzt 2: (Dann sage ich zum Patienten:) Ich kann Ihnen aber noch gerne eine Überweisung zu einem Psychiater oder Neurologen geben, der würde Ihnen das gleiche empfehlen. Ich

würde Ihnen das aber anraten, so wie ich Sie kenne, probieren Sie es aus und bilden Sie sich ihr Urteil selber. (137-143)

Arzt 4: Ja und da versuch ich natürlich auch bei einzelnen Leuten dann eine Psychotherapie anzuleiern, (bei denen) das auch schon mal so ganz gut läuft auch. Nicht bei allen, bei jedem Patienten. (74-77)

Arzt 4: Ich kann mir in diesem Falle nicht so viel Zeit nehmen wie ein Psychotherapeut, der eben dann doch noch andere Aspekte ausarbeiten kann . Die Patienten wissen, dass sie dann auch das Krankheitsbild für sich dann besser kennen lernen. Das kann ich hier eben halt oft nicht so. (127-134)

Arzt 12: Also ich therapiere sie an und wenn ich merke, okay, da kommen wir nicht so gut klar, dann schicke ich sie zum Psychiater. (198-200)

5.2.3.3 Somatischer Vergleich

Um Patienten Therapieeinsicht zu vermitteln, verglichen viele Ärzte Depression und ihre Therapie mit einer körperlichen Krankheit (z.B. mit der Zuckerkrankheit). Auf diese Weise sollte dem Patienten verdeutlicht werden, dass es in seinem Körper eine nicht ungewöhnliche Mangelsituation gebe, die durch Substitution von außen behandelt werden könne (Code: „Somatischer Vergleich“):

Arzt 8: Dann versuche ich das mit einzubeziehen, (...) und dann (sage ich), dass sie dann meiner Meinung nach auch eine medikamentöse Stütze brauchen. Das ist genauso wie einer, der Insulin braucht. Das ist häufig, wenn man so ein Bild hat, ein bisschen einfacher. Und schlage ihnen das vor. (116-121)

Arzt 13: Ich denke, den Leuten klar zu machen, dass das einfach - ja wie der Zucker für das Insulin - bei der Depression fehlt da halt auch was und das muss man irgendwie ersetzen, das ist schwer so den Weg dahin zu kriegen. Ja, und das versuche ich den Leute so zu vermitteln. Weil ich denke, das ist einfach so, das ist einfach Transmittermangel und das muss man irgendwie verändern. (80-86)

Andere lehnten es andererseits explizit ab, die Erklärungen auf eine biochemische „Dysbalance“ zu reduzieren (Code: „Somatischer Vergleich“):

Arzt 3: Also (wenn ich einen Patienten hätte), der dann nur auf der Rezeptor-, also nur auf der biochemischen Ebene seine Probleme versteht, da hätte ich dann auch mein Problem mit. (118-120)

Einige Ärzte, hielten es sogar für falsch die biochemische Ebene überhaupt anzusprechen (Code: „Kein somatischer Vergleich“):

Arzt 4: Aber groß mit chemischen Erklärungen (zu arbeiten), das versuche ich zu vermeiden. (162-163)

5.2.3.4 Kommunikationsangebot

Häufig ließ sich die Strategie finden, dass der Arzt sich als jederzeit kommunikationsbereiter Gesprächspartner anbot. Ärzten wählten diese Strategie, um die Chance für eine langfristige Aufrechterhaltung der Therapie zu vergrößern (Code: „Kommunikationsangebot“):

Arzt 2: Also man muss da natürlich auch sagen, was für Nebenwirkungen sind da zu erwarten, wie lange braucht das Medikament, um auch wirklich eine Wirkung zu haben. Und dann muss man natürlich auch immer wieder sagen, es ist notwendig, dass man auch immer im Gespräch bleibt und auch die Therapie begleitet. (174-180)

Arzt 2: Aber Leute, die sich selbst bemühen (...) und fragen und sagen, das war nicht gut oder das hab ich abgesetzt, weil das und das nicht gut war, (...) dann finden wir halt eine neue Lösung. (188-193)

Arzt 6: Meistens versuche ich ihn noch mal zu überzeugen, dass er doch das nächste mal, wenn so etwas ist, dann lieber vorher Bescheid sagen sollte oder, wenn man das gemeinsam macht, oder mir einen besseren Vorschlag machen kann. (214-218)

Für einige Ärzte war ein Kommunikationsangebot sogar eine Grundvoraussetzung für eine Therapie. Hielt der Patient eine intensive Kommunikation und Rückkopplung bezüglich der Therapie für unnötig, würde der Arzt möglicherweise eine Weiterbehandlung ablehnen (Code: „Therapievorgehen“):

Arzt 11: Er muss sich öffnen und muss auch immer wieder berichten, ob ihm das Mittel jetzt gut getan hat und wie hat er sich verändert. Tut sich was in einer Woche? Wird er aktiver oder nicht? Also da besteht schon eine direkte Rückkopplung. Die muss sein. Sonst sehe ich da keinen Erfolg. Also wenn da keine Rückkopplung ist und auch nicht das gegenseitige Gespräch stattfindet, dann schicke ich ihn eben woanders hin. (99-106)

5.2.3.5 Bindung

Um Kommunikation und Therapieerfolg steigern zu können, zielten einige Ärzte auf eine verstärkte Bindung durch häufigeres Einbestellen des Patienten (Code: „Bindung“):

Arzt 10: Deshalb bietet es sich auch an, die Patienten kurzfristig mal wieder einzustellen: Kommen Sie doch in der Woche noch mal wieder, sprechen wir dann noch mal drüber. (180-182)

Ein Arzt beschrieb, wie er seine in Therapie befindlichen Patienten des öfteren wegen Nebenbefunden, zum Beispiel zur Blutdruckkontrolle, einbestellte. Auf diese Weise steigerte er die Rückkopplung (Code: „Bindung“):

Arzt 6: Tja, also die (Patienten) behalte ich an der Leine. (...) Die haben dann ja (meist) auch noch Blutdruckprobleme oder Kreislaufprobleme. (...) Und dann kommen sie ja immer auch mal wieder her und dann werden sie immer mal wieder befragt. (243-252)

5.2.3.6 Therapie als Angebot

Die Mehrzahl der Ärzte verstand sich zunächst dem Patienten gegenüber als jemand, der etwas anbietet, ohne zu etwas zu überreden (Code: „Therapeianbieter“):

Arzt 4: Hin und wieder biete ich ihnen entweder Johanniskraut an oder eben eins von den anderen (Antidepressiva). Und erklär dann vielleicht so ein bisschen, dass das eine vielleicht ein bisschen stärker ist als das andere und dass das Johanniskraut eher für die leichteren Depressionen ist. (173-178)

Arzt 5: Also ich setze mich grundsätzlich hin (und zeige den Patienten dieses Schema) von den TCAs. (...) Also, ich zeig denen das (...) dann so, also dass es von diesen Sachen hier so (...) etwas Stimmungsaufhellendes oder etwas Aktivierendes (gibt), und bespreche das auch mal mit denen, was sie meinen, was sie brauchen, damit sie mal wieder so ein bisschen peppiger werden. Oder ob sie was brauchen, damit sie ein bisschen ruhiger werden. Ja, oder eben nur etwas abends nehmen, damit sie nachts schlafen können. (403-413)

Die Ärzte, die sich als bloße Anbieter sahen, beschrieben, dass sie sich damit abfinden mussten, sobald der Patient das gut gemeinte Therapieangebot ablehnte (Code: „Therapieangebot“):

Arzt 7: Ich muss das akzeptieren, ich kann doch (...) niemandem sagen, du musst das jetzt nehmen, jeder von uns darf die Entscheidung für sich treffen. Bei andern Behandlungen kann ich auch nicht sagen, du musst jetzt operiert werden, nicht? (...) Aber wenn er nicht einwilligt, kann ich da nichts tun. (113-118)

Arzt 8: Ich mache schon einen Vorschlag. Und wenn sich jemand sehr dagegen wehrt, dann besprechen wir das natürlich. Es nützt ja nichts, wenn niemand das (Medikament) nimmt. (147-149)

Arzt 8: Das ich es versuche ihnen (das Medikament) anzubieten und sage, aus meiner Erfahrung heraus sehe ich das so und so. (265-266)

Arzt 12: Wenn (...) er die Therapie, die ich ihm vorgeschlagen habe, nicht haben will, (...) das muss er dann mit sich selber ausmachen. (281-286)

5.2.3.7 Anpreisen des Medikamentes

Ein Großteil der Ärzte gab sich jedoch mit der bloßen Funktion eines Anbieters nicht zufrieden und versuchte auf unterschiedlichen Wegen, Einfluss auf die Therapie zu nehmen. Eine Methode, den Patienten positiv auf eine medikamentöse Therapie einzustimmen, war eine Art „Anpreisen“ des Medikamentes. Hier wurden dem Patienten die positiven Eigenschaften des Medikamentes besonders ausdrücklich nahegelegt (Code: „Medikament anpreisen“):

Arzt 2: (Ich sage dem Patienten zum Beispiel:) Wollen Sie immer irgendwie so untertourig fahren oder den Gedanken haben, dass Sie aus dem Leben gehen möchten? (...) Dem kann man abhelfen. Das ist eine begrenzte Therapie, die von drei Monaten bis zu einem halben Jahr geht, und dann sieht man weiter. Und die sind auch gut verträglich, dass weder Leber noch Niere irgendwie in Mitleidenschaft gezogen werden. (236-248)

Arzt 4: Na ja, ich mein also bei dem Johanniskraut, da argumentiere ich halt, dass es etwas Pflanzliches ist und dass da ja auch wenig Nebenwirkungen bekannt sind. Es ist gut verträglich. (...) Und dann denk ich, kann man sie dafür auch gewinnen. (140-146)

Arzt 7: (Manchmal) sag ich, also das wird Sie ein bisschen beruhigen oder das wird Sie ein bisschen fröhlicher machen oder Sie werden danach mehr leisten können. (84-89)

Arzt 9: Das ist fast immer das Gleiche, was ich denen erzähl. Jetzt beim Johanniskraut, was bei mir am häufigsten ist. Also, es reduziert Spannung, das reduziert Angst, das macht nicht müde. (93-96)

5.2.3.8 Manipulation

Die Strategie einiger Ärzte ähnelte einer sanften Manipulation des Patienten. Um ihre Patienten von der Wirksamkeit der medikamentösen Therapie zu überzeugen, suchten sie z.B. nach Symptomen, gegen die bestimmte Antidepressiva bekanntermaßen gut wirken. Besonders Schlafstörungen und Schmerzen nannten die Ärzte als Symptome, die man mit bestimmten Antidepressiva gut antherapieren konnte (Code: „Manipulation“):

Arzt 8: Ja, wenn der Patient nicht mitmacht, dann kann ich mit der Therapie nicht beginnen. Aber wenn ich das erkenne, dann versuche ich die (Krankheits-)Nuancen, die er mir bietet, anzusprechen. (...) Wenn jemand schlecht schlafen kann, unruhiger ist, gerade Frauen, die sagen, also das schaff ich jetzt hier alles nicht. Also dann beginne ich auch zum Beispiel schon mal mit Johanniskraut, weil ich weiß, dass sie dann erst mal wieder besser schlafen. (93-102)

Arzt 8: Manchmal können wir ja versuchen, wenn das zum Beispiel zusammenhängt mit einer Schlafstörung, dann könnte man versuchen, an diesem Ansatz anzusetzen. Oder wenn (...) die Depression im Rahmen eines Schmerzsyndroms stattfindet, dann geh ich über die Schmerzen. (272-275).

Arzt 7: Und dann ist es nicht selten so, dass ich, wenn sie dann nicht so schlafen können, das Doxepin[®] (TCA) was an und für sich zunächst ziemlich gut wirkt, verschreibe. (57-59)

Es fanden sich aber auch Fälle, in denen therapiefremde Substanzklassen bewusst eingesetzt wurden, um Patienten von der Therapiewirksamkeit zu überzeugen. So wurde zum Beispiel die anhaltend sedierende Wirkung einer intramuskulären Neuroleptikaspritze dazu zweckentfremdet, eine Therapie mit Antidepressiva einzuleiten. Die sedierende Wirkung des Neuroleptikums sollte dem Patienten zeigen, dass die Therapie schnell eine Verbesserung herbeiführt und darüber hinwegtäuschen, dass Antidepressiva erst nach einigen Wochen effektiv wirken (Code: „Manipulation“):

Arzt 7: Ich setze ab und zu Imap[®] (Neuroleptikum) ein. Und auch ist es so, dass ich den Patienten so motivieren kann. (...) Und wenn ich dann die erste initiale Imap[®] (Neuroleptikum)

mache, gebe ich den Patienten gleichzeitig ein Antidepressivum; und dann die Wirkung von der Spritze ist so ungefähr eine Woche, und in der Zeit kann sich dann schon das andere Medikament den Spiegel aufbauen, und die Wirkung ist dann auch bereit. So dass der Patient die Wirkung schon ein bisschen besser spürt. Er spürt dann eine einschneidende Besserung. (138-163)

Der betreffende Arzt ging noch weiter und benutzte die Wirkung des Neuroleptikums, dessen Einsatz nicht indiziert ist, als „Nachweis“ einer Depression (Code: „Manipulation“):

Arzt 7: (Meiner Patientin sage ich:) Du nimmst jetzt die Spritze (Imap® [Neurolepticum]). Und wenn es Dir dann nach der Spritze besser geht, da ist es ein Beweis, dass es wirklich nicht der Magen, nicht der Darm oder die Bauchspeicheldrüse oder irgendwas anderes Schuld dran ist, sondern dass Deine Seele krank ist. (173-185)

Ein anderer Arzt beschreibt, wie er die Nebenwirkung des Gewichtverlustes eines bestimmten SSRI ausnutzt, um Patienten die Therapie schmackhaft zu machen (Code: „Manipulation“):

Arzt 5: Aber sie können zum Beispiel Leute, die eine Depression haben und dick sind, wunderbar mit Fluctin® (SSRI) behandeln. Da isst man wenig. (464-465)

5.2.3.9 Soziales Netzwerk

In einigen Fällen fand sich die Strategie, das soziale Umfeld des Patienten in die Therapie mit einzubinden (Code: „Soziales Netzwerk“):

Arzt 5: Ehemann, Ehefrau und Geschwister da mit einzubinden, so dass man dann wenigstens da den Rückhalt hat, dass da etwas gemacht wird. (482-486)

Arzt 6: Und ja dann ist wichtig, dass man dann vielleicht auch noch die Angehörigen mit einbindet. (46-47)

Schließlich versuchten einige Ärzte zumindest gelegentlich, eine deutliche Autorität zu vermitteln, aufgrund der Annahme, dass es Patienten gebe, die nach einer Autorität suchen, welche ihnen konkret sagt, was zu tun sei (Code: „Autorität“):

Arzt 2: Es ist nicht für alle Leute möglich, es gibt Leute die haben einen begrenzten Horizont, da muss man etwas empfehlen. Da ist der Doktor immer noch die Autorität. Da wird gar nicht diskutiert. (121-125)

Arzt 2: Also denen sage ich dann schon, wo es lang geht. (167)

Arzt 13: (Es gibt den Fall), dass man sagt, nehmen sie das jetzt einfach mal vier Wochen, und das müssen sie jetzt einfach mal aushalten. (261-263)

5.2.3.10 Angst nehmen

Eher selten berichteten Ärzte, dass sie ihren Patienten schon im Vorfeld die eventuell bestehende Angst vor den Konsequenzen einer Medikamenteneinnahme zu nehmen versuchten (Code: „Angst nehmen“):

Arzt 8: Falls sie nicht auch von sich aus auch fragen (...), sage ich bei Johanniskraut, dass man eher sagt, das macht keine Abhängigkeit und ist höchstens lichttoxisch. (33-36)

5.3 Auswertung der Patienteninterviews

5.3.1 Stichprobe

Da jeder interviewte Arzt mit 5 Informed Consent-Bögen ausgestattet wurde, hätten im Höchstfall 65 Patienten bezüglich einer Teilnahme angesprochen werden können. Die endgültige Teilnahme von insgesamt 16 Patienten entspräche dann einer Teilnahmequote von 24%. Die Patienten waren überwiegend Frauen (13/16; 81%). Das Alter der Interviewten variierte zwischen 22 und 86 Jahren und betrug im Durchschnitt 51,4 Jahre (s. ausführlich Anhang 9.3).

5.3.2 Die Wirkung des Medikamentes aus Patientensicht

Eine der zentralen Fragestellungen, unter denen die Patienteninterviews analysiert wurden, bezog sich auf die Medikamentenwirkung, wie sie von Patienten erlebt und

beschrieben wird. Die Äußerungen der Patienten ließen sich in drei Subkategorien einteilen:

1. „Wirkungsvorgabe vom Arzt“: Textstellen, in denen die Patienten erzählten, was der Arzt über die zu erwartende Wirkung gesagt hatte (5.3.2.1).
2. „Wirkungserwartungen“: Textstellen, in denen die Patienten von ihren eigenen Erwartungen an das Medikament sprachen (5.3.2.2).
3. „Wirkungswahrnehmungen“: Textstellen, in denen die Patienten über die wahrgenommenen Wirkungen eines Medikamentes berichteten (5.3.2.3).

5.3.2.1 Wirkungsvorgabe vom Arzt

Soweit die Patienten in den Interviews berichteten, was ihnen der Arzt über die Wirkung gesagt hatte, gab es in einigen Fällen Unverständnis oder Kritik. So sorgte die Wirkungsvorgabe eines Arztes (in diesem Fall nicht der Hausarzt, sondern ein Klinikarzt) im folgenden Beispiel für Verwirrung bezüglich des angestrebten Therapieziels (Code: „Verwirrung“):

Patient 3: (...) ich bin (...) in die Klinik gekommen, wegen Magersucht, und da (...) ist es (Fluctin[®] [SSRI]) von den Ärzten mit angesetzt worden, da es die Therapie unterstützen sollte. (31-35)

Patient 3: Ich meine, der Prof hätte es bei der Visite so erklärt, dass sie das (Fluctin[®] [SSRI]) viel auch bei Essstörungen einsetzen und bei Bulimie-Leuten eigentlich. Um die (...) zu erleichtern und innere Ruhe zu kriegen. Und so ein bisschen würde das auch aufs Essverhalten (...) ja es sei ein spezielles Präparat auch für das Essverhalten (...) also irgendwie würde dieses Präparat auch so ein bisschen das Hungergefühl dämpfen und das hat mich dann so ein bisschen (Pause) aber das war eigentlich ein kontraproduktives Argument. (204-216)

In anderen Fällen wurde der Hinweis des Arztes auf die Wirkung positiv aufgenommen und half den Patienten (Code: „Hilfe“):

Patient 15: (...) der (Arzt) hat mir also bloß begründet, also, das Medikament ist nötig (...), um meine Depressionen zu reduzieren, so, so nüchtern hat (er) das gesagt. Und es (ist) auch gut, dass er das so nüchtern gesagt hat. (686-696)

Die Erwähnung von möglichen Nebenwirkungen ließ Patienten nachdenklich werden (Code: „Nebenwirkungen“):

Patient 16: Äh, ja nur in sofern, weil er wohl angedeutet (hat) (...) sagte er, es kann also eine gewisse Abhängigkeit entstehen. Nicht, also, und abhängig - das ist natürlich immer so ein Problem. Und medikamentenabhängig möchte ich nicht gerne werden. (551-556)

5.3.2.2 Wirkungserwartung

Einige Patienten äußerten dezidierte Erwartungen an das Medikament: Es sollte ihnen gegen ihre Ängste und/oder ihre Schlaflosigkeit oder gegen das Symptom, unter welchem sie am meisten litten, helfen (Code: „Spezifische Erwartung“):

Patient 2: Ich wollte einfach nur, dass mir dieses Medikament hilft, dass diese Ängste aufhörten. (262-263)

Patient 12: Ich hätte erwartet, dass ich davon besser schlafen kann, was nicht der Fall ist. Ich kann nämlich unheimlich schlecht einschlafen. Und das ist leider nicht der Fall. Und ja also der Rest ist dann ja auch eingetroffen, dass ich nicht mehr so schlecht drauf bin. (89-92)

Patient 14: (Es ist so,) dass ich sage, ich brauche ein Aufputschmittel. (245)

Einige Patienten äußerten Erwartungen, die nicht dem bekannten Wirkungsspektrum des Medikamentes entsprachen (Code: „Wirkungserwartung“):

Patient 13: Wohingegen ich diese Aggressionen gegen meine Kinder einfach gefährlich finde, und da kann ich auch nicht auf irgendwelche Therapieerfolge hoffen, da muss jetzt und hier und sofort was passieren. Und deswegen nehme ich eigentlich das Fluctin® (SSRI) (194-199)

Andere Patienten erwarteten lediglich eine nicht genau beschriebene Änderung ihres gegenwärtigen Zustandes (Code: „unspezifische Erwartung“):

Patient 1: (...)und (...) ich hoffe, dass es mich günstig beeinflusst, also seelisch. (228-229)

Patient 8: Also, ich habe gedacht, also wie ich es das erst mal genommen habe, also dieses stärkere Medikament (ein SSRI). (...) Da hatte ich halt die Erwartung schon eher hochgeschraubt. Also, dass man da sagt, also man ist halt wirklich viel positiver oder viel besser drauf. (144-153)

Patient 15: Und (da) habe mir immer gesagt: Das ist eben nachgewiesen, das hat eine bestimmte Wirkung, also muss es bei dir diese Wirkung auch haben, aber ich kann nicht hundertprozentig sagen (was). (361-366)

Es wurden aber auch Erwartungen (im Sinne von Vorahnungen oder Befürchtungen) bezüglich der Nebenwirkungen zur Sprache gebracht (Code: „Nebenwirkung“):

Patient 15: Ich vertraue einfach darauf, dass es eine bestimmte Wirkung hat, und ich (...) muss in Kauf nehmen, dass eine Nebenwirkung eintritt. (877-879)

Patient 11: Und da hatte ich eben ganz große Angst, wenn ich jetzt diese Antidepressiva nehme, dass ich da einmal zu dick werde und dass ich das da nicht mehr steuern kann. (69-70)

5.3.2.3 Wirkungswahrnehmung

Gefragt, wie sie die Wirkungen des Medikamentes wahrnahmen, schilderten einige Patienten zunächst Nebenwirkungen bzw. nicht-intendierte Wirkungen (Code: „Unerwünschte Wirkung“):

Patient 3: Ah, also einmal, dass es zur leichten Gewichtsabnahme führen kann, das war natürlich so das erste, was ich so registriert habe. (220-221)

Patient 3: Wenn das irgendwer mal gehabt hat, dann mal so ein bisschen Übelkeit oder Magen, aber ich muss sagen, so ganz im Einzelnen kann ich das jetzt auch nicht sagen. (225-226)

Patient 4: Also, bei diesen (Fluctin® [SSRI]) hatte ich auch nicht mehr das Gefühl, dass ich so viel essen musste. (124-128)

Häufiger waren Beschreibungen von psychischen Veränderungen, wie größere innere Ruhe und Ausgeglichenheit, aber auch manchmal von gesteigerter Unruhe (Codes: „Ausgeglichenheit“, „Unausgeglichenheit“):

Patient 4: Und nachdem ich diese Tabletten nehme, muss ich sagen, ist es ein bisschen besser geworden. Es ist... wie soll ich das sagen... ich bin ausgeglichener. (37-39)

Patient 8: Ja also, man wird da eigentlich ruhiger,... hat man so das Gefühl, dass man halt dadurch irgendwie so eine innere Ruhe findet. (94-96)

Patient 13: Also das konnte ich überhaupt nicht gut vertragen, hat mich hochgepuscht, ich fühlte mich also total innerlich unruhig, und wenn man da so - ja also nichts zu tun hat, ist das auch ein ziemlich unangenehmer Zustand. (28-34)

Im positiven Fall trugen die Medikamente dazu bei, eine gewisse Normalität wiederzuerlangen (Code: „Normalisierung“):

Patient 10: Und das normalisierte sich immer mehr bis zum vierten Tag, kann ich eigentlich sagen, da konnte ich meinen Einkaufszettel schreiben und richtig normal wieder umherlaufen. (129-140)

Patient 11: Und dann habe ich nach einer gewissen Zeit wieder das Gefühl, dass es dann wieder ins Lot ging. (292-298)

Einige Patienten grenzten die beschriebenen psychischen Veränderungen von einer grundsätzlichen Wesensveränderung ab (Code: „Keine Wesensveränderungen“):

Patient 2: (...) die mir wirklich auch gut geholfen hat. Erst mal, dass ich nicht daneben war, wie manche Beruhigungstabletten, dass man richtig daneben steht, das macht die nicht, also bei mir jetzt nicht. (49-54)

Patient 3: Also das, was so um mich herum passiert, das bin schon ich, ne? Wie ich versuche, Dinge anders zu sehen, oder auch andere Perspektiven gekriegt habe. (270-276)

Patient 10: Weil ich da immer denken würde, so richtige Hämmer, dass die mich ganz verändern würden. Weil die haben mich ja nur ruhig gemacht, die haben mich ja nicht verändert. Ich bin so geblieben, wie ich bin. (268-276)

Einige Patienten empfanden die wahrgenommene Wirkung als ein Schwanken zwischen Hilfe und Bedrohung (Code: „Hilfe und Bedrohung“):

Patient 2: ...da habe ich erst mal eine halbe genommen, habe gemerkt, das bekommt dir gut, (...), und da habe ich die erst mal genommen und habe dann gesagt, das geht nicht, du kannst ja nicht ewig diese Tabletten nehmen. (124-127)

Patient 4: Ich habe auch Angst vor so was. Also vor den Tabletten, dass die irgend so etwas anrichten. Ja, aber die hier (SSRI), also die helfen mir. (184-186)

Abbildung 9 zeigt abschließend den Zusammenhang zwischen der Hauptkategorie „Wirkung des Medikamentes“, den Subkategorien und dazu gehörigen Codes. Zu den Subkategorie fanden sich so viele Codes, dass hier nur die wichtigsten ausführlich und mit Beispielen vorgestellt werden konnten. Stichwortartig seien hier noch aufgezählt: „Hilfe“, „Wohlsein“, „Besserung“, „Anders sein“, „Angstminderung“ und „Kommunikationsbesserung“. Beispielhafte Textstellen zu diesen Codes finden sich im Anhang unter 9.7.

5.3.3 Autonomie

Eine weitere wichtige Kategorie zum Verständnis der Medikamentenwahrnehmung durch Patienten sahen wir in der (gewünschten oder bedrohten) Autonomie des Patienten. Hierunter wurden alle Äußerungen codiert, in denen das Thema Selbstständigkeit und Unabhängigkeit in Zusammenhang mit der Medikation anklang - sei es als Beschreibung der Verhaltensoptionen oder von Angst bzw. Hoffnung. Es zeichneten sich drei Subkategorien ab:

1. „Angst vor Autonomieverlust“: Äußerungen, in denen Patienten über die Angst sprachen, ihre Unabhängigkeit an das Medikament zu verlieren.
2. „Autonomieverlust“: Beschreibung von Situationen, in denen das Medikament die Patienten in ihrer Selbstständigkeit beschränkte.
3. „Autonomiegewinn“: Aussagen über einen Zugewinn an Eigenständigkeit.

5.3.3.1 Angst vor Autonomieverlust

Die Patienten beschrieben sich oft als skeptisch gegenüber einem stimmungsverändernden Medikament – zumindest zu Beginn einer Therapie. Sehr häufig nahmen sie es erst dann ein, wenn sie keine andere Möglichkeit mehr sahen. Viele Patienten fürchteten, ihre Eigenständigkeit und Selbstbestimmung durch das in ihre Psyche eingreifende Medikament zu verlieren. Angst vor Abhängigkeit oder Sucht standen am Beginn der Therapie (Code: „Angst vor Abhängigkeit“):

Patient 3: Das war vorher anders! Ich habe mich also erst mal mit Händen und Füßen dagegen gewehrt, überhaupt irgend etwas dagegen zu nehmen. Also ich musste dann erst mal zum Prof und alle haben mir das nahe gelegt. Und ich immer, lass mal, ich nehme keine Medikamente. Die haben mir das dann stundenlang erklärt, dass es doch nahezu harmlos ist und auch nicht süchtig macht, wie ich vorher gedacht hatte. (101-106)

Patient 8: Und da hat man halt das Gefühl, dass man sich da nicht so mit schadet und dass man da keine Abhängigkeit so von bekommt. Also, da habe ich auch Angst vor gehabt. (206-209)

Patient 8: Ja... also auch von Anfang an hatte ich so Bedenken. Also, ob ich da so jetzt das Richtige tue. (...) Also ich habe halt eine Angst gehabt, dass ich davon nicht mehr loskomme. (218-220)

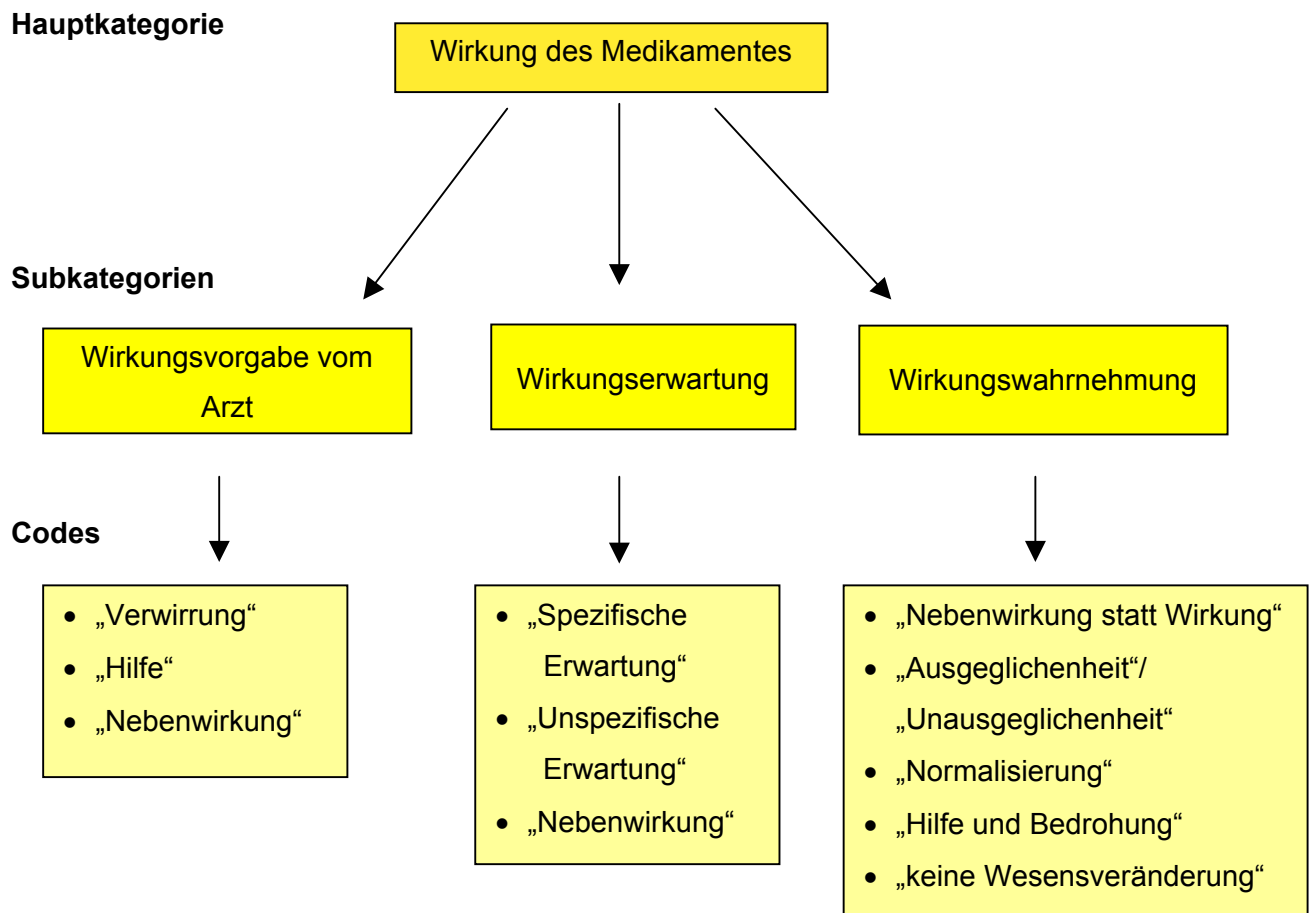


Abbildung 9: Wirkung des Medikamentes

Patient 9: Und das ist ja oft der Fall, dass das süchtig macht. Und deshalb ist immer Vorsicht geboten. Aber ich war wirklich in einem Stadium drin, da habe ich mir gesagt, so kann das doch auch nicht weiter gehen. (248-250)

Patient 10: Und da habe ich gefragt, kann man denn eigentlich davon auch abhängig werden, da ich das jetzt so vorschriftsmäßig nehme? (191-192)

Es gab aber auch den Fall, dass die potentielle Abhängigkeit für den Patienten eine untergeordnete Rolle spielte (Code: „Keine Angst vor Abhängigkeit“):

Patient 2: Die (Nervenärzte) verschreiben das ja ungern, weil sie ja immer Angst haben, dass der Patient davon süchtig wird, oder was weiß ich. Das war mir auch egal. Das war die einzige (Tablette), die mir gut bekommen ist und die mir gut geholfen hat. (47-51)

Einige Patienten hatten Bedenken, sie würden bei Einnahme der Medikamente die Selbstkontrolle verlieren (Code: „Angst vor Kontrollverlust“):

Patient 10: Ich weiß, dass Leute sich sehr verändert haben. Und zwar auch Leute, ... also ich kenne von der Bundeswehr her Frauen. Die hat man wirklich nicht wiedererkannt. Wie Automaten sind die da herumgelaufen. Und ob die da was gemerkt haben, das weiß ich nicht. Und daher war ich wirklich froh, dass ich dieses alles wirklich mitkriege. Nicht irgendwie benebelt herumlaufe, so kann man das vielleicht sagen. Dass der Kopf klar ist dabei. Und das waren diese Frauen nicht. (280-290)

Patient 11: Und da hatte ich eben ganz große Angst, wenn ich jetzt diese Antidepressiva nehme, (...) dass ich das da nicht mehr steuern kann (...) Also nachher kann ich das dann noch weniger steuern (...), also das war furchtbar, also diese Vorstellung. Also das war damals furchtbar. (68-77)

Manchmal wurde die Besorgnis erkennbar, die eigene psychische Identität könne sich durch das Medikament verändern (Code: „Angst vor Wesensveränderung“):

Patient 12: (...) weil ich da die Angst hätte, dass es irgendwie wesensverändernd wirkt. Ich hätte Angst, da irgendwie psychisch ein wenig am Rad zu drehen. Mir sind so Sachen auch wirklich nicht geheuer. Kleine Teile, die dann irgend etwas im Hirn bewegen, also das ist nicht so meins. (108-115)

Die Angst, unselbstständig zu werden, war bei einigen Patienten so groß, dass sie die Medikamente zunächst nicht einnehmen mochten (Code: „Angst vor Wirkung“):

Patient 11: Ja, da habe ich die einfach nicht genommen, weil ich einfach Angst hatte, was machen die mit dir. (77-78)

5.3.3.2 Autonomieverlust

Nach längerer Medikamenteneinnahme erlebten einige Befragte tatsächlich den zu Beginn erst nur gefürchteten Verlust an Selbstständigkeit – in dem Sinne, dass ein „Leben ohne Medikamente“ nicht mehr möglich schien (Code: „Keine Krankheitsbewältigung ohne Medikament“):

Patient 2: Ich gehe auch nie ohne die (Medikamente). Wenn ich ohne die gehe, dann kommt sofort die Panik raus. (350-352)

Patient 3: Also am liebsten würde ich das mein ganzes Leben lang nehmen. (118-119)

Patient 4: Ja also hier da kriege ich schon wieder einen Rappel, dass da nur noch drei drin sind, dass ich heute morgen noch nicht beim Arzt war. Da kriege ich dann schon wieder Panik, ne? Morgen früh heißt es also als erstes dahin und die Verschreibung holen, dass ich die immer da habe. (246-249)

Patient 6: Aber wie gesagt, ohne Tabletten geht gar nichts. (50-51)

Patient 7: Na ja, ich sag, ich war nicht so für Tabletten und wollte das nicht, aber dann habe ich so richtig danach gejappt auch, wenn ich mich jetzt so richtig ausdrücken darf. Und dadurch kam das dann ja auch, dass ich zuviel genommen hatte. (225-229)

5.3.3.3 Autonomiegewinn

Die Medikamenteneinnahme erlebten einige Patienten aber auch als Zugewinn an Selbstständigkeit - besonders in gesellschaftlichem Leben. Ein Patient beschrieb zunächst seine Unselbstständigkeit ohne das Medikament (Code: „Autonomiegewinn“):

Patient 2: Der (mein Mann) musste immer überall hin. Der musste einkaufen fahren. Ich konnte es ja nicht. Er ist dann mitgekommen, der hat ja alles mit uns gemacht. Und irgendwann wollte ich das dann irgendwann nicht mehr diese Abhängigkeit. (188-191) ...

...; um später zu berichten, was sich nach Einnahme des Medikamentes verändert hatte und wie viel ihm diese Veränderung bedeutete (Code: „Unabhängigkeit“):

Patient 2: Dieses Jahr jetzt habe ich alles nachgeholt, was ich davor nicht machen konnte. Autofahren und so weiter. Und da habe ich mir geschworen, das lass ich mir nicht wieder nehmen. Weil das einfach so ein Glücksgefühl ist, wenn sie das erst mal geschafft haben. (305-309)

Auch andere Patienten schilderten einen Gewinn an sozialer Selbstständigkeit (Code: „Sozialer Zugewinn“):

Patient 12: Also ja, es war halt eine ganze Zeit so, dass ich irgendwie dachte, jetzt könntest du in die Stadt gehen und Leute treffen, und dann es doch nicht gemacht hab. Und jetzt ist es so, dass das, was man sich vornimmt, man wieder besser anpacken kann. (272-275)

Viele Patienten stellten eine Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit nach Medikamenteneinnahme fest (Code: „Wirkungswahrnehmung“):

Patient 11: Und das war dann (nach Medikamenteneinnahme) wieder anders. Und, ähm, was damit sicher auch verbunden ist, ist das Kommunizieren. Mal wieder die passenden Worte finden, mal wieder das Gefühl haben, dass der andere einen auch versteht. So das ist das, was man gemerkt hat, dass es wieder besser wurde. (390-394)

Die Abbildung 10 (s. Seite 56) zeigt den Zusammenhang zwischen der Hauptkategorie „Autonomie“, den Subkategorien und den dazugehörigen Codes. Die Unterkategorien waren nicht statisch und existierten nicht unabhängig voneinander. In vielen Interviews tauchten zwei oder gar drei der Subkategorien in kurzen Abständen nacheinander auf: Interviewpartner beschrieben erst ihre Angst vor Autonomieverlust und berichteten wenig später von einem Autonomiegewinn. Diese sehr häufig geäußerte Angst vor Abhängigkeit ließ sich in den meisten Fällen zeitlich der Phase vor Medikamentverschreibung zuordnen. Autonomieverlust und Autonomiegewinn sind Subkategorien, die sich aus Situationsbeschreibungen nach Verordnung des betreffenden Medikamentes ergaben.

Gut veranschaulichen lässt sich dieser zeitliche Zusammenhang in Interview 3. Der Patient erzählt zunächst, dass er vor der Erstverordnung des Medikamentes Angst hatte, davon abhängig zu werden (Code: „Angst vor Autonomieverlust“):

Patient 3: Das war vorher anders! Ich habe mich also erst mal mit Händen und Füßen dagegen gewehrt, überhaupt irgend etwas dagegen zu nehmen. Also ich musste dann erst mal zum Prof, und alle haben mir das nahe gelegt. Und ich immer, lass mal ich nehme keine Medikamente. Die haben mir das dann stundenlang erklärt, dass es doch nahezu harmlos ist und auch nicht süchtig macht, wie ich vorher gedacht hatte. (101-106) ...

... wobei, die nachfolgende, schon euphorisch anmutende Schilderung zugleich einen Autonomieverlust durch regelmäßige Einnahme des Medikamentes erahnen lässt, da der Patient einen großen Teil der Krankheitsbewältigung an das Medikament übergeben hat (Code: „Autonomieverlust“):

Patient 3: Also am liebsten würde ich das mein ganzes Leben lang nehmen. Ja, diese eine Tablette am Morgen, dadurch wird soviel gelöst. (118-119) ...

...; gleichzeitig kommt auch ein deutlicher Autonomiegewinn in der sozialen Situation des Patienten zum Ausdruck (Code: „Autonomiegewinn“):

Patient 3: Ja also gut, es hat sich ja ohnehin viel geändert (...); ich konnte ja vor zwei Jahren ohne die Medikamente solche Sachen wie mit Essen gehen oder so gar nicht mitmachen. Das hat sich ja schon auf die sozialen Kontakte ausgewirkt. (254-256)

Die Abbildung 11 verdeutlicht den zeitlichen Zusammenhang der Subkategorien „Angst vor Autonomieverlust“, „Autonomieverlust“ und „Autonomiegewinn“.

5.3.4 Selbstregulatives Verhalten

Unter die Kategorie „Selbstregulatives Verhalten“ fallen Äußerungen im Interview zur eigenverantwortlichen, manchmal wohl auch willkürlichen Dosisregulation bzw. zum selbstständigen Ab- und Ansetzen des Medikaments ohne Rücksprache mit dem Arzt (Code: „Selbstregulation“):

Patient 11: Ja also zeitweise habe ich gedacht, das wird nicht mehr so richtig. Und zeitweise habe ich auch mehr genommen. Also, weniger (...) eigentlich nicht, bis auf diese Phase

da, wo ich überhaupt nichts genommen habe. (...) Ansonsten habe ich eher mehr genommen. (232-236)

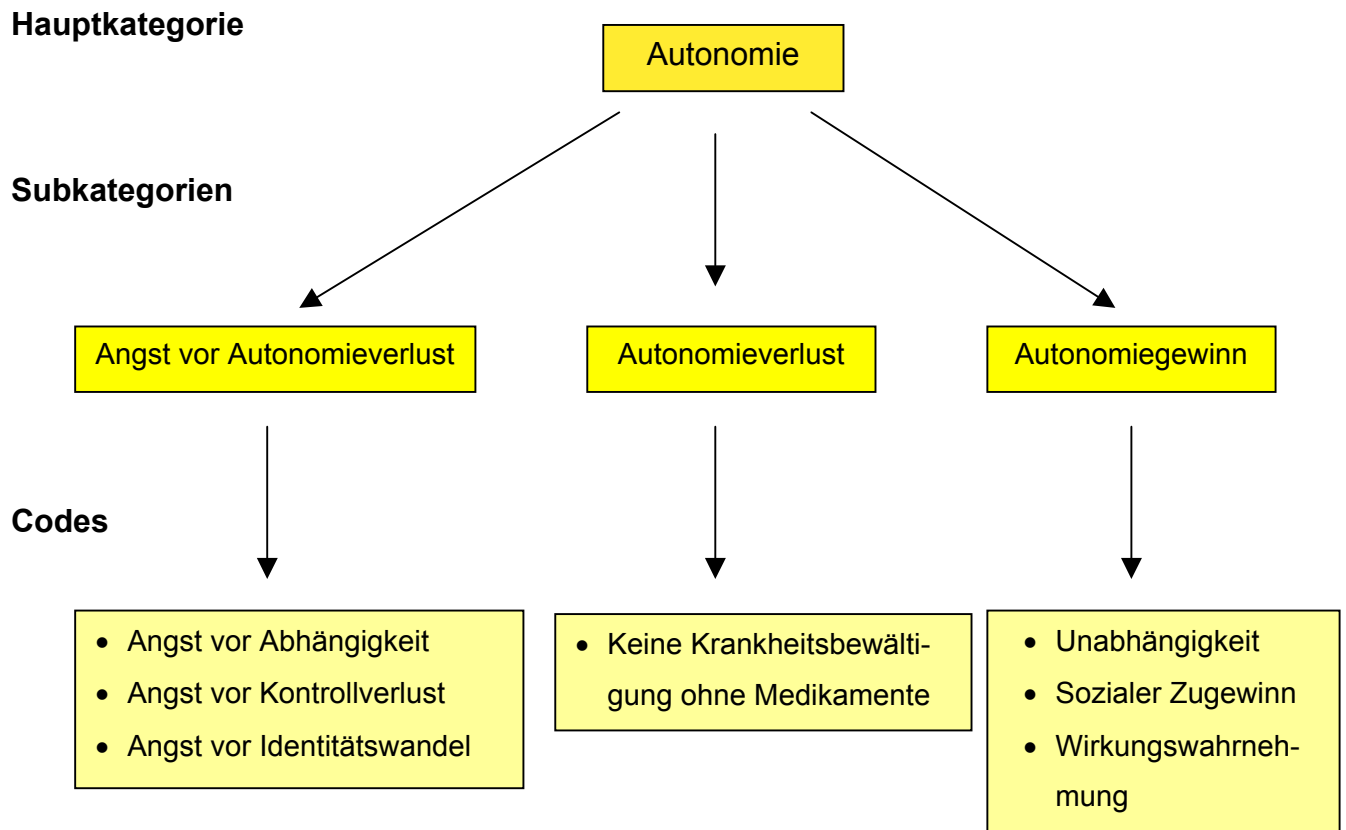


Abbildung 10: Autonomie

Unterschiedliche Gründe motivierten Patienten zur Selbstregulation bei der Einnahme von Medikamenten. In vielen Fällen hatten Patienten durch Dosisregulation die Qualitäten und Eigenschaften des Medikamentes einzuschätzen gelernt und konnten es dadurch besser als Werkzeug für die Krankheitsbewältigung einsetzen (Code: „Selbstregulation“):

Vor Verordnung des Medikamentes:

Nach Verordnung des Medikamentes:

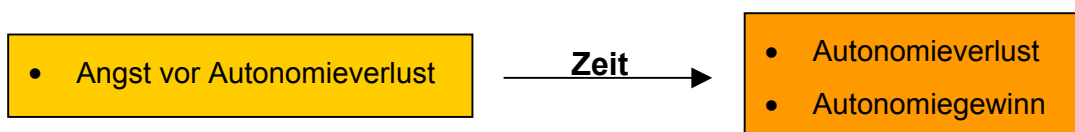


Abbildung 11: Zeitlicher Zusammenhang der Subkategorien von Autonomie

Patient 2: Und wenn ich merke, mir geht es mal nicht so gut, dann nehme ich auch mal eine halbe mehr. Aber das mache ich so, wie ich das denke dann. (335-337)

Patient 4: Aber dann denke ich, wenn denn was kommt, dann nimmst du halt noch eine. So denke ich dann manchmal, ne. (305-306)

Patient 9: Tja und ich habe mir halt gedacht, versuch es doch mal mit einer halben. Und dann habe ich gemerkt, dass die Wirkung fast die gleiche ist und dass ich damit auch zu-recht komme. (118-121)

Patient 12: Ich würde jetzt auch, wenn etwas käme, wo ich sagen würde, also oh Gott, oh Gott, das ist ja furchtbar, also da würde ich dann wahrscheinlich auch zwei nehmen. Es ist ja einfach auch gut zu wissen, dass man es kann. (185-191)

Einige Patienten waren der Meinung, dass sie durch selbstständige Dosierung unabhängig vom Medikament blieben (Code: „Autonomiewahrung“):

Patient 2: (Und) da müsste ich ja jeden Tag drei oder vier nehmen. Ich nehme die wirklich selber so eingestellt, dass ich da nicht also süchtig werde, sie nicht so wirklich brauche. (402-404)

Die augenscheinliche Unabhängigkeit vom Medikament war vielen sehr wichtig. Dies äußerte sich in der Durchführung von „Unabhängigkeitsbeweisen“. Um sich selber die Unabhängigkeit vom Medikament zu beweisen, setzten die Patienten es ganz oder zumindest für einen gewissen Zeitraum ab (Code: „Autonomiebeweis“):

Patient 2: Da zögere ich die Zeit immer so weit raus, wie ich will, ne? Und wenn ich die halten kann, dann denke ich mal, bin ich nicht süchtig. Weil das möchte ich jetzt sagen. Denn ich bin nicht süchtig, dass ich da fünf Stück am Tag brauche. Aber die halbe (Tablette), ja. (406-410)

Patient 3: Ich will das ja auch nicht bis ans Ende meiner Tage nehmen und dann habe ich einfach gesagt, so jetzt ist Schluss. (80-81)

Patient 9: Ich habe neulich schon mal eine ganze Woche keine eingenommen, weil meine Ärztin auch sagte, dass ich die nur ein halbes Jahr einnehmen sollte. Das steht auch auf dem Informationszettel drin. Also, ich könnte sie morgen absetzen, das würde mir nichts ausmachen. (325-329)

Patient 14: Da habe ich angefangen, Weihnachten vor drei, vier Jahren war das, (da habe ich die Medikamente) von mir aus abgesetzt und habe gesagt, nee, ich brauche die nicht

mehr und, weil, von einem Tag auf den anderen. Von drei Tabletten auf null, das war ganz schön hart. (175-188)

Das Auftreten von Nebenwirkungen führte ebenfalls zum selbstständigen Abändern der Dosis (Code: "Nebenwirkungen"):

Patient 10: Und die halbe war so ein Hammer für mich, dass es mir unmöglich war, am nächsten Morgen aufzustehen.(...) Dann habe ich gesagt, ne das mach ich nicht. Und ich habe es auch ab und zu einmal genommen. (301-307)

Patient 11: Ja also es war so, dass äh... dass also das eine Nebenwirkung da war, also dass Flüssigkeit aus der Brust ausgeflossen ist und dass dann eben auch die Frauenärztin gesagt hat, dass das eben von den Tabletten kommt, und danach habe ich die... habe ich die dann nicht mehr genommen. (205-212)

Einige Patienten lehnten jedoch Selbstregulation strikt ab. Ein Grund war die Furcht vor möglichen negativen Veränderungen (Code: „Angst vor Selbstregulation“):

Patient 7: So, wie ich das jetzt will, weiß ich ja auch nicht, ob das so richtig wäre. Wenn ich das jetzt einfach so absetzen würde. Ich wüsste da nicht, wie es wirkt. (283-286)

Diese Patienten hielten sich für die Entscheidung nicht ausreichend kompetent. Für sie war maßgeblich, was der Arzt ihnen als Laien vorgab (Code: „Mangel an Kompetenz“):

Patient 15: Ich will damit sagen, äh, ich habe also brav und artig das Medikament genommen. (548-550)

Patient 15: Aber da ich zu ihnen (den Ärzten) gekommen bin, deshalb nehme ich das, was sie mir sagen, und wenn es schief geht, dann werden wir das schon merken. (816-827)

Patient 16: Also nur nach Rücksprache, das ist also jetzt, auch, äh, ich habe nicht selber angefangen, hier die Dinger einfach abzusetzen, sondern ich habe erst gefragt, ist das richtig, weil, ich weiß, es sind gefährliche Mittel, da nun eigenständig als Laie einfach einzugreifen, äh, das ist, äh, zu gefährlich, das habe ich nicht gemacht. (640-645)

Abbildung 12 zeigt den Zusammenhang zwischen der Hauptkategorie „Selbstregulatives Verhalten“, den zugehörigen Subkategorien und den zugehörigen Codes.

5.3.4.1 Verknüpfung zwischen „selbstregulativem Verhalten“ und „Wirkungswahrnehmung“

Es zeigte sich eine Verbindung zwischen Wirkungswahrnehmung und selbstregulativem Verhalten. Die Medikamentenwirkung, wie sie einige Patienten beschrieben, ließ sie später die Dosis eigenständig verändern - deutlich z.B. bei der bereits oben erwähnten Patientin 11, die unangenehme Nebenwirkungen bemerkte (Code: „Nebenwirkung“):

Patient 11: Ja, also, es war so, dass äh ... dass also das eine Nebenwirkung da war, also dass Flüssigkeit aus der Brust ausgeflossen ist und dass dann eben auch die Frauenärztin gesagt hat, dass das eben von den Tabletten kommt, und danach habe ich die dann nicht mehr genommen. (205-212)

Eine solche Verknüpfung zeigte sich aber auch bei den Patienten, die die selbstständige Dosisveränderung dazu einsetzten, die Qualitäten und Potentiale des Medikamentes einschätzen zu lernen (Code: „Rückkopplung“):

Hauptkategorie:

Subkategorien:

Codes:

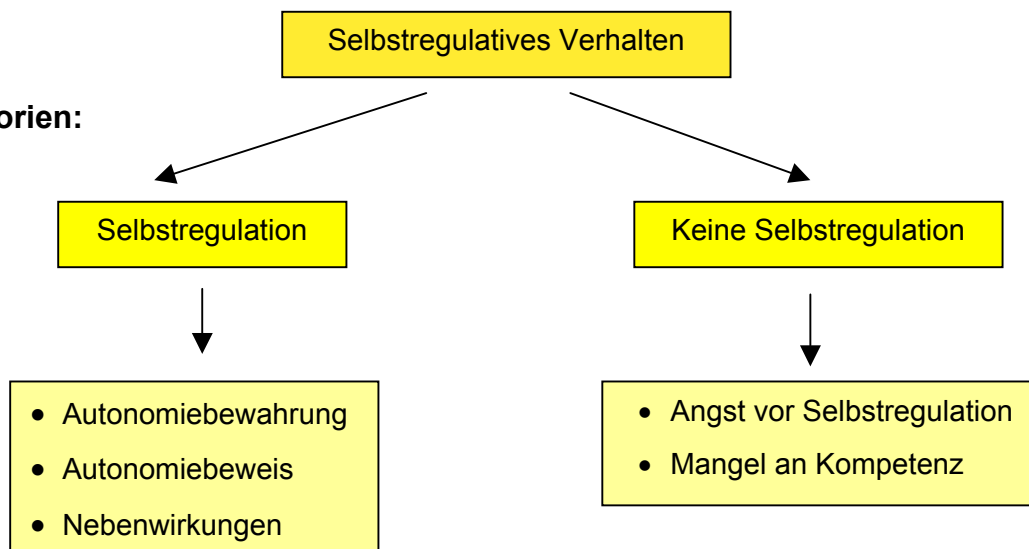


Abbildung 12: Selbstregulatives Verhalten

Patient 9: Tja und ich habe mir halt gedacht, versuch es doch mal mit einer halben. Und dann habe ich gemerkt, dass die Wirkung fast die gleiche ist, und dass ich damit auch zu recht komme. (118-121)

Patient 13: (Und da) habe ich das halt so dosiert, also mit einer angefangen und dann nach einem Monat zwei genommen, und dann merkte ich, das war gut. Und dann, da ich halt auch ein bisschen schusselig bin, hab ich sie zu unterschiedlichen Tageszeiten genommen, und ich merkte, wenn ich sie mittags nehme, dann geht's mir gut. (84-89)

Patient 13: Und dann hab ich mich erinnert, na ja, bei dem Fluctin® (SSRI), da warst Du so aufgpuscht, quasi, das brauchst Du jetzt irgendwie, weil, wie soll ich hier zu Hause klar kommen mit den Kindern? Ja, und so bin ich dann wieder an Fluctin® (SSRI) gekommen, und es hat auch seinen Dienst getan. (58-63)

Die genaue Beobachtung der Wirkung half ihnen, die für sie subjektiv beste Dosierung zu finden. Umgekehrt waren in den Interviews der Patienten, welche Selbstregulation strikt ablehnten (s.o. Code: „Angst vor Selbstregulation“ und Mangel an Kompetenz“ bei Patient 7, 15, 16), keine Textstellen über Wirkungswahrnehmungen zu finden.

5.3.4.2 Verknüpfung zwischen „selbstregulativem Verhalten“, „Wirkungserwartung“ und „Wirkungswahrnehmung“

Zumindest ein Patient beschrieb, wie er - nachdem eine erwartete Wirkung im Verlauf der Therapie nicht eingetreten war - selbständig das Medikament absetzte (Code: „Wirkungswahrnehmung“):

Patient 8: Also, ich habe gedacht, also, wie ich es das erst mal genommen habe, also, dieses stärkere Medikament (SSRI), da hatte ich halt die Erwartung schon eher hochgeschraubt. Also, das man da sagt, also man ist halt wirklich viel positiver oder viel besser drauf. Aber das war halt nicht so. Und deswegen bin ich wahrscheinlich auch wieder gewechselt, weil es eben nicht so diesen Effekt hatte, den ich mir halt so vorgestellt hatte. (144-152)

Hier war die Voraussetzung für die Einnahme des „stärkeren“ Mittels die Erwartung, einen deutlich positiveren Effekt als vorher zu erzielen. Als dieser Effekt nicht eintrat, wechselte der Patient daraufhin wieder zum „schwächeren“ Mittel. Abbildung 13 zeigt schematisch diesen Ablauf.

5.3.5. Medikamentengruppen

Die Patienten teilten im Interview ihre stimmungsverändernden Medikamente oft in Gruppen ein. Unter „Medikamentengruppen“ wurden alle Textsequenzen codiert, in denen die Patienten ihr Medikament in Bezug zu anderen stimmungsverändernden Medikamenten setzen. Dabei fanden sich drei Unterkategorien:

1. gefährliche vs. ungefährliche Medikamente
2. pflanzliche vs. chemische Medikamente
3. Tablette vs. Spritze.

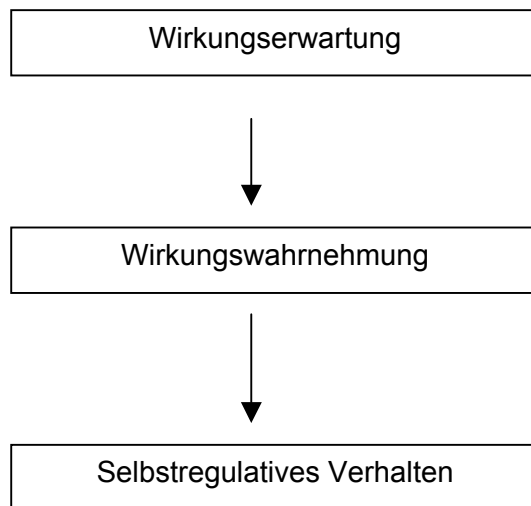


Abbildung 13: Verknüpfung der Kategorien „Wirkungserwartung“, „Wirkungswahrnehmung“ und „Selbstregulatives Verhalten“

5.3.5.1 Gefährliche vs. ungefährliche Medikament

Viele Patienten teilten stimmungsverändernde Medikamente in gefährliche und ungefährliche Medikamente ein. Das von ihnen genommene Medikament sollte dabei stets das ungefährliche sein. Einige Patienten bezogen die Gefährlichkeit des Medikamentes auf dessen stimmungsverändernde Wirkung (Code: „Wirkung“):

Patient 8: Also dieses Medikament beeinflusst irgendwie meine Stimmung. (90-91) (...) Also, das (andere) nehme ich eigentlich regelmäßig, also weil ich da auch so im Hinterkopf habe, also das ist harmloser. (199-200)

Patient 12: (Ich meine,) dass das (Medikament) nicht so der super Hammer ist, dass man jetzt total verändert durch die Welt läuft, sondern dass das eher so eine Art Aufheller ist. (45-47)

Patient 12: Ich glaube schon, dass sie (meine Mutter) da (-mals, als sie einmal stimmungsverändernde Medikamente einnahm,) so einen richtigen Hammer genommen hat. Ja, ich kenne mich da ja jetzt überhaupt nicht so richtig aus. Aber ich denke schon, dass sie da so einen, was weiß ich, dass sie da schon so richtige Pillen eingeschmissen hat. (...) So einen richtigen Glücklicher halt. Also, dies hier (Isidon® [TCA]) ist wohl eher die Softversion. (68-73)

Andere Patienten bezogen die Gefährlichkeit auf die Nebenwirkungen des Medikamentes (Code: „Nebenwirkung“):

Patient 1: (Ich sehe das Medikament so,) dass ich es eben nehmen kann, ohne befürchten zu müssen, dass irgendwelche Nebenwirkungen auftreten. (224-227)

Patient 9: Diese Tabletten haben eigentlich ganz wenige Nebenwirkungen. Im Gegensatz zu den anderen. (159-167)

Patient 9: Und da oben in der Firma, wo wir da so arbeiten, da sind auch drei Leute, die nehmen auch Antidepressiva. Da ist einer dabei, der nimmt was Anderes ein. Aber der ist auch oft durcheinander bei der Arbeit. (243-246)

Einfluss auf die Einstufung der Gefährlichkeit des Medikamentes hatte auch die Berechenbarkeit seiner Wirkung. Konnte der Patient die Wirkung gut einschätzen, hielt er das Medikament für weniger gefährlich (Code: „Einschätzbarkeit“):

Patient 2: Aber da war ich damals dann richtig froh (als ich sie bekam). Und ich bin auch heute noch froh, weil ich mit denen so richtig gut umgehen kann. (275-277)

Patient 2: Also, das ist einfach eine gute Tablette. Es gibt ja auch noch viel stärkere davon. (...) Also so, wie ich das jetzt so gemacht habe, denke ich mal, habe ich das ganz gut gemacht. Ich kann da auch gut mit umgehen, mit den Medikamenten. (554-550)

Nicht immer teilten die Patienten Medikamente in gefährliche und ungefährliche ein. Für einen Befragten waren alle stimmungsverändernden Medikamente gleich bedrohlich. Hier zeigt sich noch einmal der bereits angedeutete Zusammenhang mit der Angst vor selbstregulativen Verhalten (Code: „Angst vor Selbstregulation“):

Patient 16: (...) ich weiß, es sind gefährliche Mittel, da nun eigenständig als Laie einfach einzugreifen, äh, das ist, äh, zu gefährlich, das habe ich nicht (gemacht). (641-645)

5.3.5.2 Pflanzliche vs. chemische Medikamente

Als zweite, oft parallele Unterscheidung grenzten Patienten pflanzliche Medikamente (z.B. Johanniskrautpräparate) von „chemischen“ Präparaten ab. Auch hier war die geringere Gefährlichkeit der Grund für die Einnahme (Code: „Pflanzlich“):

Patient 8: So ich denke mal, so mit dem Johanniskraut, da kann man ja eigentlich auch nicht so viel verkehrt machen. (81-85)

Patient 8: Ja also eigentlich normalerweise ist das ja kein verschreibungspflichtiges Medikament oder so, das ist ja einfach nur Johanniskraut. Da sind halt so Extrakte drin, und da denke ich auch, das ist auch etwas Natürliches, da kann ich auch nicht viel verkehrt machen. (200-204)

Patient 10: Nein, glaube ich nicht. Weil ich da immer denken würde, so richtige Hämmer, dass die mich ganz verändern würden. Weil die haben mich ja nur ruhig gemacht, die haben mich ja nicht verändert. Ich bin so geblieben, wie ich bin. Das kann ich nur sagen: Johanniskraut verändert einen nicht. (268-272)

Einige Patienten beschrieben das pflanzliche Präparat als schwachwirksames, „nebenbei“ genommenes Hilfsmittel für den alltäglichen Gebrauch. Die chemischen Präparate galten dann als „richtige“ Medikamente für schwierige Situationen (Code: „Pflanzlich“):

Patient 6: Wie gesagt, dass ich mir mal dieses Johanniskraut gekauft habe und so und Baldrian zum Schlafen. Aber das ist alles nur, damit man das Geld zum Apotheker trägt. Also, wenn das jetzt so weiter geht, dann muss ein schwerer Hammer kommen, der mir noch mal hilft. (216-219)

Patient 3: Ich habe mal so Johanniskraut und so jetzt mal zwischendurch, nebenbei mal genommen. Aber da so richtig (...) (etwas) Pharmazeutisches, das (Fluctin® [SSRI]) war dann das einzige. (40-42)

5.3.5.3 Tablette vs. Spritze

In einigen Fällen schienen die Patienten weniger auf die Substanz als solche zu achten. Sie unterschieden aber die Darreichungsform, teilten die Medikamente vor allem in Tabletten und Spritzen ein (Code: „Tablette vs. Spritze“):

Patient 4: Ja also er wollte mir ja Tabletten geben. Aber dann hat er mir gesagt, dass ich dann halt kommen sollte, ne, das habe ich dann auch nicht gebraucht. Das (Tabletten auf dem Tisch) sind eigentlich die ersten, die ich hier nehme. Spritzen das haben sie dann ja abgesetzt. Auch in den Kuren kamen sie mir mit Tabletten. (364-367)

Patient 7: Und da kann ich mich schon gut dran erinnern, und da gab er mir meistens eine Spritze. Aber das war dann ja auch nicht die Lösung. Und dann fing er auf einmal an und gab mir diese hier (Bromazepam® [Benzodiazepin]), aber nur im Bedarfsfalle. (180-184)

5.3.6 Stigma

Stigmatisierung war in vielen Interviews ein Thema. Die Äußerungen hierzu konnten in zwei Gruppen eingeteilt:

1. Stigmatisierung durch die Krankheit
2. Stigmatisierung durch das Medikament.

Einige Patienten beschrieben, zum Teil recht ausführlich, die Stigmatisierung durch die Krankheit (Code: „Stigma“):

Patient 2: Bei der Arbeit durfte es keiner mitkriegen, was ich habe. (...) Viele können damit nicht umgehen. Also, wir haben Bekannte, (...) die haben gefragt: Sag mal, warum fährst du denn eigentlich immer mit deinem Mann zusammen einkaufen? Kannst Du das nicht alleine machen? Ja, erklären sie das mal manchen Leuten. Das geht gar nicht. Ja sie werden dann

abgestempelt, entweder als zu faul oder die bildet sich das ein oder sonst was. Diese Krankheiten, das ist einfach so, das ist keine Krankheit, stell Dich nicht so an. (192-207)

Patient 8: Man selber, man ist halt irgendwie unsicher in seinem Auftreten. Also, innerlich, nicht äußerlich. Man hat ja auch so eine Mauer um sich herum und man schützt sich ja selber. Und man möchte ja keinem sagen, dass man jetzt also in dem Moment nicht so mit dem Leben klar kommt. Also, das macht man vielleicht unter besten Freunden, dass man sich da vielleicht mal drüber unterhält. (286-293)

Patient 11: Also, ich habe ja auch so etwas wie eine Vorgeschichte. Also, mit Psychiatrie und so. Und das ist ja immer noch so ein Tabuthema, was immer noch (...) abgestempelt wird, was so sehr suspekt ist und die Leute immer noch so (...). Es werden ja nach wie vor Witze darüber gemacht und nachteilig drüber gesprochen davon. Also, wenn man einmal da war, dann kann man ja nicht auf die Menschheit losgelassen werden. (...) Ja das ist wieder, dass ich denke, was für Vorurteile da sind, und dass ich Angst habe, dass mich jetzt eine Freundin oder so, dass sie mich anders behandeln, dass sie mich irgendwie abwerten und dann vielleicht schon auch sagen, also mit der will ich nichts zu tun haben oder so. (423-439 und 466-472)

Andere Patienten sahen sowohl die Krankheit als auch die Einnahme des Medikamentes als Grund, stigmatisiert zu werden oder sich stigmatisiert zu fühlen (Code: „Stigma“):

Patient 8: Ne,(...) weil man sich da irgendwie auch schämt auch. Man hat da irgendwie so eine Blockade, weil man auch eben, weil man auch genauso, also wenn man den Schritt erst mal macht auch so vorm Arzt so zu sagen, äh zu sagen, man ist depressiv. (...) Und mein Mann weiß das schon, und der sagt dann schon, also wenn ich dann mal wieder aus der Haut fahre, dann sagt der, jetzt nimm man erst mal wieder eine Pille oder so (lacht), so aus Spaß dann auch mehr. (295-323)

Nicht alle Patienten fühlten sich stigmatisiert. Viele Patienten machten innerhalb des Interviews deutlich, dass sie sehr offen mit dem Thema ihrer Krankheit umgehen würden, auch wenn sie um die Gefahr der Stigmatisierung wissen (Code: „Kein Stigma“):

Patient 3: Und (weil ich) auch immer so ganz frei so von der Seele weg erzählt habe und dann dort auch erst festgestellt habe, dass das für viele Leute ein ganz heißes Tabu-Thema ist, so über psychische Probleme zu reden. Also, ich habe immer gedacht, wenn ich irgendwann einmal so was hätte, dann würde ich damit umgehen, als ginge ich zum Zahnarzt. Und jetzt, wo ich selber betroffen bin, da ist das schon meistens so. Manchmal denke ich auch, K. jetzt halt mal lieber deine Klappe, weil nicht jeder sieht das so. (314-322)

Patient 14: B. Ich sag alles, wie ich es denke, und ich bin auch der Typ, der eigentlich mit jedem meine Probleme bereden kann. Und ich bin offen (...) also jetzt nicht so, dass ich sage, oh, mit der rede ich nicht, wenn ich dann mit meinen Problemen komme und rede, ob es mein Lebensgefährte ist oder halt 'ne Freundin, hinterher fühle ich mich dann wesentlich wohler. (452-461)

Patient 16: (Nein,) da habe ich kein Geheimnis von gemacht, nicht, und die haben das alles mitgemacht. Ich habe also einen sehr guten Freund in B, der sich also, als ich hier krank war, rührend um mich gekümmert hat und mir dann das Haus betreut hat und äh, den Hund sofort versorgt hat, dass der also in gute Hände kam und auf den ich mich voll verlassen konnte, der also, äh, sich rührend um mich kümmern wird und (zu dem) ich auch ein sehr gutes, gutes Verhältnis habe. (520-529)

Oft bedeutete auch die Medikamenteneinnahme kein Stigma (Code: „Kein Stigma“):

Patient 3: Ich weiß nicht vielleicht auch auf Arbeit. Also wenn man da erzählt so mit Depressionen oder Psychopharmaka, stimmungsaufhellende Medikamente und so, aber letztendlich sage ich es dann doch. (314-324)

Patient 9: Tja also im Gegenteil, ich habe schon anderen Leuten Tipps und Winke gegeben. Wenn sie gesagt haben, ich fühle mich nicht. Da habe ich gesagt, da gibt es heutzutage schon wunderbare Medikamente und so. Ja und da hat er dann so gefragt, ja was es denn da so gebe, und da hat er gesagt, da muss ich mal mit meiner Ärztin sprechen, und vielleicht verschreiben sie mir das auch mal. (234-247)

Patient 12: (Frage: Mit wem reden sie über die Medikamente?) Ja also eine Freundin von mir, der habe ich das einfach so erzählt, weil bei der ist das so, die nimmt jetzt irgend so welche Vitamintabletten, weil sie so viel lernen muss. Und also der habe ich es zum Beispiel erzählt. Und wenn mich da jetzt jemand fragt, nimmst du es, dann sagt ich schon das und das. Aber ich renne jetzt nicht rum und erzähle den Leuten, dass ich es nehme. Das ist ja einfach auch nicht nötig. (211-218)

6. Diskussion

Die vorliegende Studie mit ihrem subjektiven Forschungsansatz untersuchte, wie Patienten und ihre Hausärzte über stimmungsverändernde Medikamente denken und urteilen. Von pharmakologischen Gesichtspunkten abgesehen, war die Orientierung an Patientengruppen für Ärzte eine wichtige Hilfe bei der Verordnung. Darüber hinaus nutzten Ärzte bemerkenswerte Strategien, um Patienten mit depressiven Erkrankungen vom Nutzen einer Pharmakotherapie zu überzeugen. Angst vor Kontrollverlust, Abhängigkeit und Wesensveränderung waren für die Patienten entscheidende Aspekte für die Wahrnehmung und Bewertung stimmungsverändernder Medikamente.

6.1 Diskussion der Methode

Für die Auswertung dieser Untersuchung wurde ein qualitativer Ansatz gewählt. Dies geschah, um ein möglichst großes Spektrum an Eindrücken zu gewinnen. Eine qualitative Vorgehensweise zielt nicht auf statistische Repräsentativität; vielmehr sollen analytische Kategorien und Erklärungen soziale Phänomene erschlossen werden (Malterud 2001, Pope et al. 2000). Qualitative Erhebungen und Auswertungen zielen darauf ab, von quantitativen Methoden noch nicht aufgedeckte Aspekte zu finden (Greenhalgh and Taylor 1997). Die vorliegende Untersuchung erhebt mit Analyse von 13 Arzt- und 16 Patienteninterviews keinerlei Anspruch auf statistische Repräsentativität. Allerdings erlaubte die Datenmenge, eine Vielzahl analytischer Kategorien zu bilden.

Für die Fragestellung dieser Untersuchung wurden semistrukturierte Interviews verwendet. Da die Zeit, welche dem jeweiligen Arzt für das Interview zur Verfügung stand, von Gespräch zu Gespräch differierte, schied eine einheitliche Interviewgestaltung von vornherein aus. Es war deshalb nicht immer möglich, alle Forschungsfragen anzusprechen. Auch bei den Patienteninterviews war es nicht immer möglich, alle Forschungsfragen anzusprechen, da einige Patienten innerhalb des Gesprächs schnell deutlich machten, dass sie sich über einige Themen nicht unterhalten wollten, andere Patienten selbstständig thematische Schwerpunkte setzten.

6.1.1 Ärzte-Stichprobe

Durch die Auswahl von Ärzten aus zwei sozial unterschiedlichen Stadtbezirken sollten Interviewpartner mit möglichst unterschiedlichen Arbeitskontexten gewonnen werden. Von 30 angeschriebenen Ärzten nahmen 13 (43%) an der Untersuchung teil. Die Beteiligungsrate von Hausärzten in verschiedenen europäischen Studien variiert zwischen 17 - 61% (Hagemeister et al. 2003, Lagerløv et al. 2000, Hummers-Pradier et al. 1999, Sibbald et al. 1994). Die in dieser Studie erreichte Beteiligungsrate von 43% darf somit als zufriedenstellend gelten. Hauptgründe der 17 nicht teilnehmenden Ärzte für die Ablehnung waren Zeitmangel, Teilnahme an zu vielen anderen Studien oder generelle Studienablehnung. Sie entsprechen den von Kaner et al. (1998) beschriebenen Gründen für die Ablehnung einer Studienteilnahme. Es ist nicht auszuschließen, dass es sich bei den Teilnehmern um Ärzte handelte, die sich besonders für die Behandlung mit stimmungsverändernden Medikamenten interessierten und somit eine überdurchschnittliche Kenntnis innerhalb dieses Therapiebereichs, möglicherweise vereinzelt aber auch erhebliche Probleme mit der Therapie oder den Patienten hatten.

6.1.2 Patienten-Stichprobe

Jeder interviewte Arzt hatte 5 Informed Consent-Bögen (s. Anhang 9.4), so dass 65 Patienten an der Studie hätten teilnehmen können. Dieses Vorgehen erwies sich als gutes Instrument, da so über einen relativ kurzen Zeitraum eine ausreichende Menge von unterschiedlichen Interviewpartnern rekrutiert werden konnte. Die Teilnahme von 16 Patienten entspräche einer Quote von 24,4%. Da die Patientenrekrutierung in die Hände der Ärzte gelegt wurde, lässt sich die Anzahl der tatsächlich zur Studienteilnahme eingeladenen Patienten nur bedingt nachvollziehen. Nachfragen bei Ärzten und Arzthelferinnen ließen den Schluss zu, dass nicht alle Informed Consent-Bögen ausgegeben wurden. Zwar fanden Silagy and Carson (1989) keine grundsätzlichen Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern an allgemeinmedizinischen Studien; dennoch ist ein Selektionseffekt nicht auszuschließen, da die an der Studie teilnehmenden Patienten durch den behandelnden Arzt rekrutiert wurden; so ist nicht auszuschließen, dass der Arzt gerade die Patienten angesprochen hat, zu denen er ein gutes Verhältnis hatte. Somit wären überdurchschnittlich häufig Patienten mit

einer guten Beziehung zum Arzt und vergleichsweise guten Compliance oder Adherence interviewt worden.

6.2 Ergebnisse der Arztinterviews

Die Hausärzte dieser Studie orientierten ihr Verordnungsverhalten - neben reinen pharmakologischen Kriterien - an Patientenmerkmalen und wählten verschiedene Strategien, um die Patienten von den Vorteilen der Medikamente zu überzeugen.

6.2.1 Patientengruppen

Die Untersuchung zeigte, dass die Ärzte ihre Patienten mehr oder minder deutlich in Gruppen einteilten („Leichte vs. schwere Depression“, „Junger vs. alter Patient“, „Suizidgefahr vs. keine Suizidgefahr“, „Mit Angst vs. ohne Angst vor Nebenwirkungen“, „Viele Nebendiagnosen vs. ohne Nebendiagnosen“). Diese Einteilung half dem Arzt bei der Entscheidung, ob der Einsatz eines Antidepressivums angezeigt war und welche Substanzklasse verordnet werden sollte. Auch in vorherigen Studien fanden sich Einflussfaktoren auf die Entscheidung, ein Antidepressivum zu verordnen: Alter des Patienten (Wells et al. 1994), Geschlecht (Ganguli et al. 1997, Aparasu et al. 1998, Green-Hennessy and Hennessy 1999, Simoni-Wastila 1998, Hohmann 1989), kulturelle Herkunft (Aparasu et al. 1998, Green-Hennessy et al. 1999, Simoni-Wastila 1998) oder Bildungsniveau (Wells et al. 1994). Während die Leitlinien der American Psychiatry Association (2000) wie auch der Agency for Health Care Policy Research (1996) die Entscheidung für ein Antidepressivum ausschließlich am Depressionsschweregrad festmachen, berücksichtigen die Ärzte der vorliegenden Studie stärker patientenbezogene Aspekte. So zeigte sich, dass sich Ärzte zum Beispiel gegen den Einsatz eines Antidepressivum entschieden, sobald viele Nebendiagnosen vorlagen oder Angst vor Nebenwirkungen bestand.

Bei der Auswahl des Medikamentes empfiehlt die Agency for Health Care Policy Research (1996), sich an den Nebenwirkungen, dem Depressionstyp sowie an Nebenkrankungen und Begleitmedikation des Patienten zu orientieren. Die in dieser Studie gefundenen Gruppeneinteilungen bestätigten, dass die untersuchten Ärzte sich tat-

sächlich an den genannten Kriterien orientierten. Allerdings zogen die Ärzte teilweise widersprüchliche Therapiekonsequenzen aus diesen Einteilungen. Zum Beispiel bedeutete ein hohes Patientenalter für den einen Arzt Einsatz von TCAs, während der nächste seinen alten Patienten konsequent SSRIs verschrieb.

6.2.2 Therapiestrategien

Im Praxisalltag stehen die Hausärzte bei der Behandlung von depressiven Patienten häufig vor dem Problem, dass ihre Patienten die medikamentöse Therapie offen oder versteckt ablehnen - z.B. Angst vor Nebenwirkungen und einem generellem Unbehagen gegenüber der Einnahme von Medikamenten (Bermejo et al. 2002). Bei der Therapie mit stimmungsverändernden Medikamenten muss sich ein Hausarzt allerdings nicht nur mit dem allgemeinen Unbehagen gegenüber Medikamenten auseinandersetzen, sondern muss zugleich noch seine Patienten zu einer regelmäßigen Einnahme über einen längeren Zeitraum (Adherence) motivieren. Besonders Patienten mit einer rezidivierend auftretenden Depression profitieren von einer regelmäßigen Einnahme (Geddes A et al. 2002).

Einige der in dieser Untersuchung interviewten Ärzte fühlten sich zwischen den antizipierten Patientenerwartungen und ihrer eigenen Meinung hin- und hergerissen. Auf den ersten Blick schien ihre Lösung darin zu bestehen, dem Patienten eine mehr aktive Rolle einzuräumen. Dieses Vorgehen entspräche dem Modell des *shared decision-making* (Elwyn et al. 2003, Charles et al. 1997). Allerdings tauchten in den Arztaussagen nicht selten Resignation und Ärger über das Patientenverhalten auf, sah man sich die Gefühle der Ärzte genauer an. In diesen Fällen reflektierte zwar die Verordnung die ärztliche Wahrnehmung des Krankheitskonzeptes des Patienten, ohne allerdings - wie in der gemeinsamen Entscheidungsfindung vorgesehen - dieses Thema mit dem Patienten zu diskutieren.

Normalerweise werden Patienten zu einem Spezialisten überwiesen, um eine gestellte Diagnose zu bestätigen oder um die medikamentöse Therapie zu verfeinern. Dybwad et al. (1997) kamen bei ihrer Untersuchung über das Verschreibungsverhalten zu dem Ergebnis, dass Hausärzte durch Überweisungen dazu tendieren, die Therapieverantwortung auf andere Ärzte oder die Patienten selber zu verlagern. Dies ließ sich in

dieser Studie nicht bestätigen. Die Ärzte dieser Studie überwiesen im überwiegenden Maße erst, wenn sie ihre therapeutische Grenze erreicht sahen.

Um die Adherence zu verbessern, sind die Hausärzte dazu angehalten, den Patienten zu vermitteln, wie schnell bzw. langsam das Medikament zu wirken beginnt, welche unerwünschten Nebenwirkungen innerhalb der ersten Wochen auftreten können und wie lange die Therapie wahrscheinlich dauern wird (Bull et al. 2002 b, Docherty 1997). Diese Untersuchung zeigte, dass sich viele Ärzte der Bedeutung der Kommunikation über die oben genannten Therapieaspekte bewusst waren. Der Versuch, durch Bindungsstrategien die Kommunikation über einen längeren Zeitraum aufrecht zu erhalten, deutet an, dass die Ärzte den hohen Stellenwert der Kommunikation erkannt haben.

Obwohl sowohl die psychologische als auch die somatische Behandlung zur Therapie der Depression empfohlen werden (Geddes JR et al. 2003), lenkten einige Ärzte ihre Patienten recht schnell auf einen somatischen Erklärungsweg. Dieser einfache Erklärungsweg, letztlich eine „Instrumentalisierung“ der Krankheit, sollte den Patienten offensichtlich eine biochemische Sicht seiner Krankheit nahe bringen, um dadurch eine medikamentöse Therapie möglichst plausibel zu machen. Dieser Erklärungsweg steht in einem gewissen Gegensatz zur Aufgabe von Hausärzten, ihren Patienten zu helfen, die Krankheit adäquat zu verstehen, einen angemessenen Weg der Bewältigung zu finden und damit auch Compliance zu fördern (Himmel et al. 2004). Die Instrumentalisierung der Krankheit ist dabei eine wenig überzeugende und nicht akzeptable Strategie.

6.3 Ergebnisse der Patienteninterviews

6.3.1 Wirkungserwartungen und Wirkungswahrnehmungen

Verordnet ein Arzt ein stimmungsveränderndes Medikament, sollte davon ausgegangen werden, dass er dem Patienten Positives über die Wirkung des Medikamentes sagt - gerade auch deshalb, um die Therapie ggf. über einen adäquaten Zeitraum durchzuhalten (Lin et al. 2003). Die Auswertung der Patienteninterviews ergab, dass

Äußerungen der Ärzte über die verordneten Medikamente nicht selten eine - vielleicht unbeabsichtigt - negative Wirkung hatten. Patienten verstanden sie nicht oder waren darüber verwirrt. Diese Verwirrung mag teilweise auf eine vorab bestehende und nicht unbedingt zutreffende Erwartung der Patienten an die Wirkung oder Wirkungsweise des Medikamentes zurückzuführen sein. Diese Erwartung mochte spezifisch auf ein bestimmtes Symptom gerichtet sein, welches den Patienten besonders störte, oder eher ungerichtet und allgemein sein. Parrot (1994) unterscheidet Patientenerwartungen an ein Medikament danach, ob sie sich auf körperliche und soziale Verbesserungen beziehen. Da vorab bestehende Erwartungen in den Interviews häufig auftauchten, könnten sie auf einen wichtigen, bis jetzt in der Arzt-Patienten-Kommunikation zu wenig beachteten Aspekt aufmerksam machen, der in Zukunft häufiger angesprochen werden sollte.

Bemerkenswert war, wie genau einige Patienten die Wirkung des Medikamentes wahrzunehmen und zu beobachten schienen. Die Beobachtungen reichten von gewünschten Wirkungen (z.B. ein höheres Maß an Ausgeglichenheit und Normalisierung) bis hin zu unerwünschten Wirkungen („Nebenwirkungen“). Nebenwirkungen sind bekanntermaßen der von Patienten am häufigsten angegebene Grund für einen Therapieabbruch. Nach Pampallona et al. (2002) beendeten, je nach Antidepressivum, bis zu 68% der Patienten ihre Therapie innerhalb der ersten drei Monate aufgrund unerwünschter Nebenwirkungen. Häufigste Nebenwirkungen sind Schläfrigkeit, gesteigerte Ängstlichkeit, Kopfschmerzen und Übelkeit (Bull et al. 2002 a). Eine bessere und häufigere Kommunikation zwischen Arzt und Patient über unerwünschte Nebenwirkungen verbessert die Adherence deutlich (Haslam et al. 2004, Bull et al. 2002 b). Die Häufigkeit der in den Patienten-Interviews erwähnten Nebenwirkungen spricht auch gegen die manchmal von Ärzten geäußerte Meinung, der Hinweis auf Nebenwirkungen würde Patienten erst darauf hinweisen, so dass er besser unterbleiben sollte.

Erickson et al. (1998) konnten zeigen, dass die überwiegende Mehrheit der Patienten es für wichtig und nützlich betrachtet, mit dem Arzt über das Medikament zu sprechen. Patienten würden gerne mit Ärzten über ihre Ängste und Sorgen sprechen, falls die Ärzte sie dazu auffordern würden. Es finden sich jedoch auch medikamentspezifische Bedenken, über die Patienten nicht gerne mit dem Arzt sprechen (vgl. Meystre-Agustoni 2000, Fahy and Smith 1999). Eine wie von Bull et al. (2002 b) vorge-

schlagene häufigere Kommunikation über Nebenwirkungen dürfte allein nicht ausreichend sein. Mehrere Autoren empfehlen auf eine Concordance zwischen Arzt und Patient hinzuwirken, bei der einerseits Patienten ihre Meinung, Erfahrungen und Präferenzen bezüglich eines Medikamentes mit dem Arzt teilen, andererseits Ärzte diese Informationen von ihren Patienten erfragen sollen (Stevenson et al. 2004, Britten 2004).

Diese Untersuchung zeigte, dass es nicht nur allgemeine Bedenken, wie zum Beispiel Angst vor Nebenwirkungen oder allgemeine Abneigung gegen Medikamente (Bermejo et al. 2002) eine Hemmschwelle für die Medikamenteneinnahme darstellten. Sehr konkret benannten die Patienten ihre Bedenken über ihre Angst vor Abhängigkeit, Kontrollverlust und Persönlichkeitsveränderung. Dieses Ergebnis bestätigt eine Studie von Britten (1994), in der die Angst vor Abhängigkeit und Sucht unter Patienten sehr verbreitet waren, selbst wenn pharmakologisch definitiv kein Suchtpotential bestand. In einer Studie von Priest et al. (1996) erachteten 78% der britischen Allgemeinbevölkerung Antidepressiva als suchtgefährdend. Für Deutschland bestätigten Althaus et al. (2002) diese Zahl. Hier nannten 80% der Befragten Angst vor Abhängigkeit und 69% Angst vor Persönlichkeitsveränderungen.

Klinische Untersuchungen haben jedoch ergeben, dass kein einziges Antidepressivum unter normalen Bedingungen Suchtpotential besitzt (Lichtigfeld and Gillman 1998). Lediglich vom Einsatz der Wirkstoffe Tranylcypromin (MAO-Hemmer) und Amineptin (TCA) wird im Fall einer Suchtanamnese abgeraten (Haddad 1999). Auch Guillem and Lepine (2003) fanden in einem Review über die Suchtgefahr bei Antidepressivaeinsatz nur wenige Fallberichte über tatsächliche Sucht nach Einsatz von TCAs oder SSRIs. Abhängigkeit wurde fast ausschließlich im Zusammenhang mit einer Suchtanamnese erwähnt. Auffällig ist somit die deutliche Diskrepanz zwischen der unter der Allgemeinbevölkerung weit verbreiteten Vorstellung einer Abhängigkeit und der in klinischen und empirischen Studien nachgewiesenen Aussage, dass eine solche Gefahr nicht besteht. Dies mag teilweise damit zusammenhängen, dass Benzodiazepine und Antidepressiva nicht unterschieden werden (Haddad 1999). Darin mag sich aber auch eine generelle Angst vor Abhängigkeit durch Langzeittherapeutika ausdrücken. Morgan and Watkins (1988) konnte ähnliche Ängste bei Antihypertensiva und Conrad (1985) bei Antiepileptika feststellen (für rheumatologische Medikamente s. Donovan and Blake [1992]).

Dass die Angst vor Abhängigkeit auch während einer Therapie mit Antidepressiva fortbestehen kann, zeigte eine niederländische Studie: Hoencamp et al. (2002) untersuchten die Ansichten über Antidepressiva von therapieadherenten Langzeitpatienten. Trotz Adherence hatten immer noch 30% von ihnen Angst vor Abhängigkeit. Des Weiteren fürchteten 43% der Patienten eine (persönliche) Abhängigkeit vom Arzt durch Einnahme bzw. Verordnung von Antidepressiva. Immerhin 30% waren der Meinung, dass der Beginn der Einnahme von Antidepressiva lebenslange Therapie bedeutet. Allerdings kamen 87% überein, dass ihnen das Antidepressivum bei ihrer Problembewältigung helfen würde (Hoencamp et al. 2002). Eine in der Schweiz von Lauber et al. (2003) durchgeführte Studie konnte zeigen, dass selbst eine erfolgreich begonnene Therapie mit Antidepressiva kaum etwas über die negativen Ansichten (Suchtgefahr, Schläfrigkeit etc.) der Patienten über ihre Medikamente zu ändern vermag. Diese blieben konstant, wobei sich immerhin die positiven Ansichten nach Beginn der Therapie deutlich mehrten. Sie empfehlen deshalb Ärzten, die positiven Aspekte der Therapie deutlicher hervorzuheben, um so die Adherence zu verbessern. Lin et al. (2003) konnten zeigen, dass die Adherence für Antidepressiva deutlich stieg, sobald der behandelnde Arzt gezielt darauf hinarbeitete, die Patientenmeinung über das Medikament zu verbessern.

Van Schaik et al. (2004) beschreiben die Angst der Patienten vor Abhängigkeit und die Angst vor Kontrollverlust als wichtige Faktoren, die Patienten vom Einstieg in eine medikamentöse Therapie abhalten können. Die große Anzahl der frühzeitigen Therapieabbrüche (Maddox et al. 1994, Lin et al. 1995) könnte unter anderem mit oben beschriebenen Ängsten zusammenhängen. Diese Studie bestätigt, dass die von Van Schaik et al. (2004) genannten Ängste vor medikamentöser Abhängigkeit und Kontrollverlust (s. 5.3.3.1) für den Patienten bei Beginn und Aufrechterhaltung der Therapie von Bedeutung sind. Auch die Angst vor Wesensveränderung (s. 5.3.2.3) kann für die Patienten eine wichtige Rolle spielen. Der Wunsch, dass ihr Medikament sie zwar positiv beeinflusst, ihr Wesen dabei jedoch unverändert bleibt, ist vielen Patienten sehr wichtig.

Des Weiteren unterstreicht die vorliegende Arbeit, dass ein großer Anteil der mit Antidepressiva behandelten Patienten genau auf die von ihrem Medikament verursachten Wirkungen achtet. Dies ist unter anderem deshalb wichtig, da Wirkungserwartungen

und Wirkungswahrnehmung die Compliance in zwei Richtungen beeinflussen kann: (1) Haslam et al. (2004) konnten zeigen, dass Patienten, die sich besser fühlten, das Medikament nicht mehr nahmen und somit non-compliant wurden (vgl. auch Baumann et al. 2004); (2) umgekehrt neigten in einer Studie von Ekselius et al. (2000) gerade impulsive, auf Änderung wartende Patienten zu einem Therapieabbruch. Ähnlich wie in der vorliegenden Arbeit mit Patienten über Erwartungen und Wahrnehmung von Medikamentenerwartungen gesprochen wurde, könnten auch Hausärzte ihre Patienten fragen und auf diese Weise Non-Compliance unwahrscheinlicher machen.

6.3.2 Selbstregulation

Selbstregulation ist ein Begriff, der von Leventhal and Diefenbach (1991) geprägt wurde. Es handelt sich dabei um ein kybernetisches Modell, das Regulationsprozesse zwischen Verhalten und Umwelt, speziell die Wechselwirkung von Verhalten und biologischer Umwelt (z.B. Körperprozessen) beschreibt. Als ein optimales Beispiel für das eher abstrakte Modell von Leventhal sehen Gonder-Frederiks and Cox (1991) die Behandlung des Diabetes mellitus: Beim insulinabhängigen Diabetes müssen Patienten diejenigen Funktionen des Körpers duplizieren, die normalerweise über die Bauchspeicheldrüse und das metabolische System erfolgen. Damit dies gut gelingt, ist ein beständiges Feedback (z.B. durch Selbstmessung des Patienten) erforderlich. Die Qualität der Selbstregulation ist von weiteren Parametern (z.B. Krankheitseinsicht, Coping-Strategien etc.) abhängig. Der in dieser Studie verwendete Begriff „Selbstregulation“ bezieht sich nur auf die subjektive Anpassung der Medikamentendosierung. Inwieweit tatsächlich Feedback-Prozesse die Selbstregulation triggern, stand nicht im Zentrum der Untersuchung.

Aktuelle Therapieempfehlungen der Depression fordern die langfristige Aufrechterhaltung der vollen Dosierung, um die Depression effektiv zu behandeln und das Risiko für ein Wiederauftreten so gering wie möglich zu halten (Geddes JR et al. 2003, Nierenberg et al. 2003, Thase 2003, Zajecka 2003). Dass Patienten eigenständig die Dosis variieren und oft eigenständig reduzieren, wird dabei außer Acht gelassen. Die vorliegende Untersuchung konnte zeigen, dass für viele Patienten die Selbstregulation eine wichtige Rolle spielt.

Viele Patienten schienen die Selbstregulation zu nutzen oder zu benötigen, um das betreffende Medikament kennen zu lernen und zu akzeptieren. Es fanden sich Patienten, die nach eigenständiger Dosisreduktion in ihrem Medikament ein einschätzbares Werkzeug für die Krankheitsbewältigung sahen. Andere Patienten reduzierten gelegentlich selbstständig die Dosis: als Beweis, nicht abhängig zu sein. Natürlich fanden sich auch pragmatische Gründe für eine Reduktion, wie das Auftreten von Nebenwirkungen. Andererseits gab es auch Patienten, die eine Selbstregulation strikt ablehnten. Insgesamt dürfte Selbstregulation nicht - zumindest nicht immer - eine Verletzung der optimalen Therapierichtlinien und damit Non-Compliance bedeuten, sondern oft ein Mittel für Patienten sein, um sich langfristig von der Therapie zu überzeugen.

Dowell and Hudson (1997) teilten in einer qualitativen Studie über Patientenverhalten Patienten in passive und aktive Nutzer von Medikamenten ein: Aktive Medikamenteneinnahme erlaube den Patienten, die Kontrolle zu behalten. Baumann and Trincard (2002) kommen zu einem ähnlichem Ergebnis. Sie teilen Patienten nach dem Grad der Selbstregulation in die Gruppe der Observer und Non-Observer ein. Die Observer (passive Patienten) akzeptierten den Arzt als Autorität, vertrauten ihm und nahmen mehr oder minder ohne weiteres Nachdenken die verordneten Medikamente in der empfohlenen Dosis ein. Die Non-Observer hingegen brauchten, um die Therapie akzeptieren zu können, ein gewisses Maß an Autonomie und Selbstregulation.

Dass die Selbstregulation nicht nur für die Therapie mit Antidepressiva eine Rolle spielt, sondern auch beim Einsatz anderer stimmungsverändernder Medikamente von Bedeutung ist, zeigten Studien von Rogers et al. (2003, 1998) über die Ansichten von Patienten über Neuroleptika: Danach regulieren Patienten die Einnahme von Neuroleptika selbst, um auf diese Weise Eigenkontrolle über die Symptombekämpfung zu erlangen (Rogers et al. 1998). Durch die Selbstregulation der Medikamenteneinnahme nahmen die Patienten verstärkt Einfluss auf die Krankheitsbewältigung (Rogers et al. 2003).

Die überwiegende Mehrheit der in dieser Studie untersuchten Patienten war der von Baumann and Trincard (2002) beschriebenen Gruppe der Non-Observer zuzurechnen. Ergänzend zu Baumann and Trincard (2002), die hauptsächlich auf den Sprachgebrauch der Patienten achteten, konnte unsere Studie zeigen, dass sich die Non-

Observer auch durch die Reaktion auf Wirkungserwartungen und Wirkungswahrnehmungen auszeichneten und sich auf diese Weise von den Observern unterschieden. Für die Non-Observers schien vor allem die Wirkungserwartung eine wichtige Rolle zu spielen. Ein Beispiel aus Kapitel 5.3.4.2 (Patient 8) zeigte, wie unerfüllte Wirkungserwartungen im Verlauf der Therapie zur Selbstregulation führen können. Hätte im Vorfeld der Therapie ein Gespräch über die Wirkungserwartungen des Patienten stattgefunden, hätte der Arzt auf diese Weise vermutlich frühzeitig positiven Einfluss auf den Therapieverlauf nehmen, in jedem Fall aber eine offene Gesprächsatmosphäre sichern können.

Deutlich abzugrenzen ist die hier beschriebene Selbstregulation von einer allgemeinen Aversion gegen Medikamente, die im Lauf der Zeit den Antrieb, ein Medikament einzunehmen, verringern kann (Britten et al. 2004).

Da die Selbstregulation für viele Patienten ein wichtiges Element auf dem Weg zur Akzeptanz ihres stimmungsverändernden Medikamentes zu sein scheint, sollte sie in zukünftigen Therapieempfehlungen berücksichtigt werden. Ärzte sollten das Bedürfnis vieler Patienten nach Selbstregulation kennen, in ihre Behandlungsstrategie gerade bei stimmungsverändernden Medikamenten miteinbeziehen und gerade nicht – oder nur in extremen Fällen, als falsche Behandlung oder gar als Bedrohung ihrer Autorität missverstehen.

6.3.3 Medikamentengruppen

Die klinische Pharmakologie unterscheidet Antidepressiva z.B. nach Substanzklasse, Wirkspektrum und Halbwertszeit. Für Patienten kann die Bedeutung der Medikamente und deren Einteilung von denen der Ärzte stark abweichen (Blaxter and Britten 1996). Um Patienten zu helfen, fundierte Therapieentscheidungen zu treffen, sollten Ärzte die Kriterien ihrer Patienten verstehen, wenn diese eine bestimmte Therapierichtung für sich verständlich machen und bewerten wollen (Horne 1999). Patienten beschreiben Medikamente, unabhängig von ihrer Indikation, sehr häufig als künstlich, chemisch und gefährlich (Horne 1999, Britten 1996). Dies legt nahe, dass Patienten eine Einteilung in „gefährlich/ungefährlich“ und „natürlich/unnatürlich“ vornehmen. Eine hinter dieser Einteilung stehende Idee könnte sein, dass durch den Einsatz „natürlicher“ Präparate dem

Körper fehlende Substanzen einfach zugeführt und dadurch ersetzt werden (Blaxter and Britten 1996). Pharmazeutische Medikamente wurden in einer Studie von Britten (1996) unter anderem als „körperfremde Substanz“, „Eindringling“ und „fremde Kraft“ beschrieben. Nach Spiegel et al. (2003) steckt hinter der Einnahme von pflanzlichen Medikamenten weniger die Absicht, die Krankheit zu bekämpfen, als vielmehr die Natur zu verstärken – und genau dadurch ihre Gesundheit zu steigern. In einer Studie über Antiosteoporotika trauten viele Patienten gerade den Medikamenten nicht, die sie als „künstlich“ wahrnahmen und von denen sie sich nicht erklären konnten, wie sie funktionierten (Unson et al. 2003).

Die Analyse der Patienteninterviews bestätigte, dass Patienten stimmungsverändernde Medikamente tatsächlich in die Gruppen „pflanzlich/chemisch“ und „ungefährlich/gefährlich“ einteilten. Die Gruppe „ungefährlich/gefährlich“ differenzierte Patienten nach Nebenwirkungen („ohne“ vs. „viele“) und Einschätzbarkeit („gute“ vs. „schlechte“). Unabhängig davon, ob ein pflanzliches oder „modernes“ Präparat eingenommen wurde, war es den Patienten wichtig, dass ihr Präparat das ungefährlichere, mit den geringeren Nebenwirkungen und besserer Einschätzbarkeit war. Wenn Ärzte ihrem Patienten ein stimmungsveränderndes Medikament verschreiben, sollten sie diese möglichen Einteilungen und daraus resultierende Vorstellungen ggf. in ihr Behandlungskonzept einbinden.

6.3.4 Stigma

Stigma ist ein soziales Konstrukt, das Personen durch ein bestimmtes Charakteristikum oder ein Kennzeichen von anderen abgrenzt und sie in der Konsequenz abwertet (Biernat and Dovidio 2000, Crocker et al. 1998). Nach Goffman (1963) kann das Stigma einer psychischen Erkrankung entweder die Person in Verruf bringen (falls das Merkmal für andere offensichtlich ist) oder die Person bedrohen, in Verruf zu geraten (falls das Merkmal für andere nicht offensichtlich ist). Entscheidend sind Ausprägung und Schweregrad der Erkrankung, die Verarbeitungsfähigkeit des Kranken und seine Motivation, die Krankheit zu verbergen. Obwohl oder weil es nicht immer möglich ist, die Erkrankung zu verbergen, kann für Kranke die Frage, wie sie anderen gegenüber treten, eine bedeutende Ursache für zusätzlichen Stress und Angst sein (Dinos et al. 2004). Stigmatisierung in Verbindung mit psychischen Erkrankungen kann dazu

führen, dass weniger Patienten professionelle Hilfe suchen (Cooper-Patrick et al. 1997), dass die Therapie vorzeitig abgebrochen wird (Sirey et al. 2001), dass die Lebensqualität und Selbstachtung sinkt (Wahl 1999, Rosenfield 1997) und sich der allgemeine Gesundheitszustand deutlich verschlechtert (Link et al. 1997). Die Stigma-Problematik ist bei Patienten mit Depressionen schwerwiegender als bei vielen anderen Krankheiten (Roeloff et al. 2003).

Für Patienten dieser Studie beeinflusste eine (potentielle) Stigmatisierung ihren Alltag. Während einige eher ihre psychische Erkrankung selbst als Stigma empfanden, war dies für andere die Einnahme von Antidepressiva. Viele Patienten spürten besonders am Arbeitsplatz die Auswirkungen einer Stigmatisierung und achteten gerade dort darauf, weder über Krankheit noch Therapie zu sprechen.

Einige der in unserer Studie untersuchten Patienten, meinten jedoch, sehr offen mit ihrer Krankheit und ihrem Medikament umgehen zu können. In einigen Fällen waren die Patienten der Meinung, die Krankheit, insbesondere aber auch ihre Medikamente seien inzwischen gesellschaftlich anerkannt. Bei diesen Patienten fanden sich teilweise missionarische Qualitäten. Sie gingen mit der Problematik ihrer Krankheit und der Medikamenteinnahme so offen um, dass sie andere Menschen von den Vorteilen der medikamentösen Therapie zu überzeugen versuchten. Diese Patienten bestätigen den gesellschaftlichen Trend, dass stimmungsverändernde Medikamente in der Öffentlichkeit mittlerweile eher akzeptiert sind als früher (Croghan et al. 2003). Hier spielt sicher auch die in den USA ausgelöste Popularisierung von Fluctin® eine fördernde Rolle (Kramer 1995). Gleichzeitig deuteten die Ergebnisse dieser Untersuchung an, wie unterschiedlich ein jeder Patient mit seiner Stigmatisierung umgeht und wie individuell die Konsequenzen sind. Trotz einiger positiver Beispiele bleibt die Problematik einer Stigmatisierung ein Aspekt der antidepressiven Therapie, dessen Bedeutung immer noch unterschätzt wird.

6.4 Ausblick

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass die Hausärzte verschiedenste Behandlungsstrategien anwenden, durch die sie ihre Patienten von einer medikamentösen Therapie überzeugen wollen. Jedoch scheinen sie dabei für Patienten wichtige Themenbereiche

gar nicht oder zu wenig zu berücksichtigen. Für Patienten spielte die Angst vor Abhängigkeit, Kontrollverlust und Persönlichkeitsveränderung eine wichtige Rolle für ihre Wahrnehmung und Bewertung stimmungsverändernder Medikamente. Einige Ärzte ließen zwar erkennen, dass das Gespräch mit den Patienten und deren Bindung an die Praxis ihnen wichtig war. Jedoch schilderte nur ein einziger Arzt, eine Strategie zur Angstverminderung (s. 5.2.3.10; Arzt 8). Vielen Ärzten scheint Bedeutung und Häufigkeit dieser Ängste nicht bewusst zu sein.

Auch das Gespräch über andere Themen, die für Patienten bei der medikamentösen Therapie wichtig waren, wie selbstregulatives Verhalten oder Stigmatisierung, erwähnten Ärzte so gut wie nie; schon gar nicht hatten sie einen Plan oder eine Strategie für deren Thematisierung. Die Einbindung dieser wichtigen Gesichtspunkte ins ärztliche Gespräch vor Beginn und während einer medikamentösen Therapie - im Sinne eines Behandlungsplans oder „patient management“ - könnte vielen Patienten helfen, Vertrauen in die pharmakologische Therapie zu fassen. Langfristig könnte dies zu einer verbesserten Adherence führen.

7. Zusammenfassung

Ausgangspunkt. Non-Adherence ist weiterhin ein großes Problem bei der medikamentösen Therapie depressiver Erkrankungen. Ein tieferes Verständnis der Einstellungen und Erfahrungen von Hausärzten und Patienten bei Verordnung und Einnahme von Antidepressiva könnte dazu beitragen, dieses Problem zu überwinden.

Methode. In zwei Stadtteilen Göttingens (Niedersachsen) wurden Interviews mit Ärzten und ihren Patienten geführt, die nach dem Editing Analysis Style nach Crabtree and Miller analysiert wurden. Hauptthemen der semistrukturierten Interviews waren: Therapiestrategien der Ärzte, Arzt-Patienten-Kommunikation und die Medikamentenwahrnehmung der Patienten.

Ergebnisse. Insgesamt nahmen 13 (43%) von 30 angeschriebenen Ärzten und 16 (24%) von 65 möglichen Patienten an der Studie teil. Die Ärzte orientierten ihre Therapieentscheidung u.a. an Gruppenmerkmalen (z.B. Alter; Depressionsgrad), die größtenteils mit aktuellen Leitlinienkriterien übereinstimmten. Allerdings war die daraus resultierende Medikamentenauswahl teilweise uneinheitlich. Es ließ sich eine Vielzahl ärztlicher Therapiestrategien (z.B. Kommunikationsangebot; Bindung) darstellen, um den Patienten zur Medikamenteneinnahme zu motivieren und schwierigen Patienten oder Therapiesituationen zu begegnen. Die Patienten hatten - vor allem zu Beginn der Therapie - Angst vor Abhängigkeit, Kontrollverlust und Wesensveränderung durch Medikamente. Wirkungserwartungen und Wirkungswahrnehmungen korrelierten oft mit eigenständigen Änderungen der Therapieregimes („Selbstregulation“). Die Ärzte berücksichtigten aber nur selten die Erwartungen und Wahrnehmungen ihrer Patienten.

Schlussfolgerung. Viele Ärzte haben den hohen Stellenwert der Kommunikation mit dem Patienten, insbesondere den gezielter Therapiestrategien zwar erkannt, berücksichtigen aber nur selten die durch stimmungsverändernde Medikamente hervorgerufenen Ängste und Erwartungen. Gerade Ängste und (nicht erfüllte) Erwartungen veranlassen nicht wenige Patienten zu selbständigen Veränderungen der Therapie - diese Form der Non-Adherence könnten Ärzte durch Kommunikation vermutlich verringern.

8. Literatur

Agency for Health Care Policy Research: Clinical practice guideline number 5. Depression in primary care. 2. Auflage; US Dept. of Health and Human Services, Rockville 1996, 113-115

Althaus D, Stefanek J, Hasford J, Hegerl U (2002): Wissensstand und Einstellungen der Allgemeinbevölkerung zu Symptomen, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten depressiver Erkrankungen. *Nervenarzt* 73, 659-664

American Psychiatry Association (2000): Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, 2. Auflage.

http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/Depression2e.book.cfm

[letzter Zugriff: 30. 11. 2004]

Anderson IM (2000): Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: A meta-analysis of efficacy and tolerability. *J Affect Disord* 58, 19-36

Angermeyer MC, Matchinger H (1996): Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand* 94, 326-336

Aparasu RR, Mort JR, Sitzman S (1998): Psychotropic prescribing for the elderly in office-based practice. *Clin Ther* 20, 603-616

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Empfehlungen zur Therapie der Depression. 19. Auflage; Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2000, 253-267

Barret JE, Barrett JA, Oxman TE, Gerber PD (1988): The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* 45, 1100-1106

Baumann M, Trincard M (2002): Autonomy attitudes in the treatment compliance of a cohort of subjects with continuous psychotropic drug administration. *Encephale* 28, 389-396

Baumann M, Baumann C, Alla F (2004): Psychotropic drug consumption and compliance: mutual patient and general practitioner therapeutic implication. *Presse Med* 33, 445-448

Beasley CM, Koke SC, Nilsson ME, Gonzales JS (2000): Adverse events and treatment discontinuations in clinical trials of fluoxetine in major depressive disorder: an updated meta-analysis. *Clin Ther* 22, 1319-1330

Benkert O, Hippus H: *Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie*, Springer, Berlin 1998, 55-64

Benkert O, Graf-Morgenstern M, Hillert A (1997): Public opinion on psychotropic drugs: an analysis of the factors influencing acceptance or rejection. *J Nerv Ment Dis* 185, 151-158

Berardi D, Leggieri G, Ceroni GB, Rucci P, Pezzoli A, Paltrinieri E (2002): Depression in primary care. A nationwide epidemiological survey. *Fam Pract* 19, 397-400

Bermejo I, Lohmann A, Berger M, Harter M (2002): Barrieren und Unterstützungsbedarf in der hausärztlichen Versorgung depressiver Patienten. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 96, 605-613

Biernat M, Dovidio JF: Stigma and stereotypes; in: *The social psychology of stigma*; hrsg. v. Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR; 1. Auflage; Guilford, New York 2000, 88-125

Blaxter M, Britten N: *Lay beliefs about drugs and medicines and the implications for community pharmacy*. Pharmacy Practice Research and Resource Centre, Manchester 1996, 3-10

Britten N (1994): Patients ideas about medicines: a qualitative study in a general practice population. *Br J Gen Pract* 44, 465-468

Britten N: Lay views of drugs and medicines: orthodox and unorthodox accounts; in: Modern Medicine: Lay perspectives and experiences; hrsg. v. Williams SJ, Calnan M; 1. Auflage; UCL, London 1996, 320-321

Britten N: Concordance and compliance; in: Oxford Textbook of Primary Medical Care; Band 1; hrsg. v. Jones R, Britten N, Culpepper L; 1. Auflage; Oxford Univ. Press, Oxford 2004, 246-248

Britten N, Stevenson F, Gafaranga J (2004): The expression of aversion to medicines in general practice consultations. *Soc Sci Med* 59, 1495-1503

Bull SA, Hunkeler EM, Lee JX (2002 a): Discontinuing or switching selective serotonin reuptake inhibitors. *Ann Pharmacother* 36, 578-584

Bull SA, Hu XH, Hunkeler EM (2002 b): Discontinuation of use and switching of antidepressants: Influence of patient-physician communication. *JAMA* 288, 1403-1409

Charles C, Gafni A, Whelan T (1997): Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes two to tango). *Soc Sci Med* 44, 681-692

Conrad P (1985): The meaning of medications: another look at compliance. *Soc Sci Med* 15, 109-113

Cooper-Patrick L, Powe NR, Jenckes MW (1997): Identification of patient attitudes and preferences regarding treatment of depression. *J Gen Intern Med* 12, 431-438

Crabtree BF, Miller WL (1991): A qualitative approach to primary care research: The long interview. *Fam Med* 23, 145-151

Crabtree BF, Miller WL (1992): Doing qualitative research. 2. Auflage; Sage, Newbury Park 1992, 14-17

Cramer JA (1995): Relationship between medication compliance and medical outcomes. *Am J Health Syst Pharm* 52 Suppl 3, 27-29

Creswell JW: Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions. 2. Auflage; Sage, Newbury Park 1998, 140-144

Crocker J, Major B, Steele C: Social stigma; in: Handbook of social psychology; hrsg. v. Gilbert DT, Fiske ST, Lindzey G; 4. Auflage; McGraw-Hill, Boston 1998, 504-553

Croghan TW, Tomlin M, Pescosolido BA, Schnittker J, Martin J, Lubell K, Swindle R (2003): American attitudes toward and willingness to use psychiatric medications. J Nerv Ment Dis 191, 166-174

De Klerk E (2001): Patient compliance with enteric-coated weekly fluoxetine during continuation treatment of major depressive disorder. J Clin Psychiatry 62 Suppl 22, 43-47

Delgado PL (2000): Approaches to the enhancement of patient adherence to antidepressant medication treatment. J Clin Psychiatry 61 Suppl 2, 6-9

Demyttenaere K (1997): Compliance during treatment with antidepressants. J Affect Disord 43, 27-39

Demyttenaere K, Haddad P (2000): Compliance with antidepressant therapy and antidepressant discontinuation symptoms. Acta Psychiatr Scand 101 Suppl 4, 50-56

DiMatteo MR (2004): Variations in patients' adherence to medical recommendations. Med Care 42, 200-209

Dinan TG (2001): Efficacy and safety of weekly treatment with enteric-coated fluoxetine in patients with major depressive disorder. J Clin Psychiatry 62 Suppl 22, 48-52

Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Weich S (2004) Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. Br J Psychiatry 184, 176-181

Docherty JP (1997): Barriers to the diagnosis of depression in primary care. J Clin Psychiatry 58 Suppl 1, 5-10

Donovan JL, Blake DR (1992): Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making. *Soc Sci Med* 34, 507-513

Dowell J, Hudson H (1997): A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care. *Fam Pract* 14, 369-375

Dybwad TB, Kjolsrod L, Eskerud J, Lareum E (1997): Why are some doctors high-prescribers of benzodiazepines and minor opiates? A qualitative study of GPs in Norway. *Fam Pract* 14, 361-368

Ekselius L, Bengtsson F, Von Knorring L (2000): Non-compliance with pharmacotherapy of depression is associated with a sensation seeking personality. *Int Clin Psychopharmacol* 15, 273-278

Elwyn G, Edwards A, Wensing M (2003): Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Qual Saf Health Care* 12, 93-99

Erickson SR, Kirking DM, Sandusky M (1998): Michigan Medicaid recipients' perceptions of medication counseling as required by OBRA '90. *J Am Pharm Assoc* 38, 333-338

Fahy K, Smith P (1999): From the sick role to subject positions: a new approach to the medical encounter. *Health* 3, 71-93

Feighner JP (1994): Compliance and quality of response are major contributors to cost-effective antidepressant therapy. *Hum Psychopharmacol* 9, 21-23

Frank E (1997): Enhancing patient outcomes: treatment adherence. *J Clin Psychiatry* 58, 11-17

Frank E, Perel JM, Mallinger AG, Thase ME, Kupfer DJ (1992): Relationship of pharmacologic compliance to long-term prophylaxis in recurrent depression. *Psychopharmacol Bull* 28, 231-235

Frazer A (1997): Antidepressants. J Clin Psychiatry 58 Suppl 6, 9-25

Ganguli M, Mulsant B, Richards S, Stoehr G, Mendelsohn A (1997): Antidepressant use over time in a rural older adult population: The MOVIES project. J Am Geriatr Soc 45, 1501-1503

Geddes A, Butler R, Hatcher S: Depressive disorders; in: Clinical evidence; hrsg. v. BMJ Publishing Group; 15. Auflage; Elsevier, London 2002, 951-973

Geddes JR, Carney SM, Davies C, Furukawa TA, Kupfer DJ, Frank E (2003): Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. Lancet I, 361, 653-661

Glaser B, Strauss A: The discovery of grounded theory. 1. Auflage; Aldine, Chicago 1967, 237-250

Goffman E: Stigma: notes on the management of spoiled identity. 1. Auflage; Penguin Books, London 1963, 45-47

Golden RN, Nemeroff CB, McSorley P (2002): Efficacy and tolerability of controlled-release and immediate-release paroxetine in the treatment of depression. J Clin Psychiatry 63, 577-584

Gonder-Frederiks LA, Cox DJ: Symptom perception, symptom beliefs, and blood glucose discrimination in the selftreatment of insulin-dependent diabetes; in: Mental Representation in Health and Illness; hrsg v. Skelton JA, Croyle RT; 1. Auflage; Springer, New York 1991, 220-246

Gorman JM (1996): Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. Depress Anxiety 4, 160-168

Greden JF (2002): Unmet need: What justifies the search for a new antidepressant? J Clin Psychiatry 63 Suppl 2, 3-7

Greenhalgh T, Taylor R (1997): Papers that go beyond numbers (qualitative research). *BMJ* 315, 740-743

Green-Hennessy S, Hennessy K (1999): Demographic differences in medication use among individuals with self-reported major depression. *Psychiatr Serv* 50, 257-259

Gregorian RS, Golden KA, Bahce A (2002): Antidepressant-induced sexual dysfunction. *Ann Pharmacother* 36, 1577-1589

Guillem E, Lepine JP (2003): Does addiction to antidepressants exist? About a case of one addiction to amineptine. *Encephale* 29, 456-459

Haddad P (1999): Do antidepressants have any potential to cause addiction? *J Psychopharmacol* 13, 300-307

Hagemeister J, Schneider CA, Schonegge N, Leskaroski A, Pfaff H, Hopp HW (2003): Physicians and the internet – a cross-sectional study against the background of guideline implementation. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 97, 407-413

Haslam C, Brown S, Atkinson S, Haslam R (2004): Patients' experiences of medication for anxiety and depression: effects on working life. *Fam Pract* 21, 204-212

Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL: *Compliance Handbuch*. 1. Auflage; Oldenbourg, München 1982, 142-143

Himmel W, Rogausch A, Kochen MM: Principles of patient management; in: *Oxford Textbook of Primary Medical Care*; Band 1; hrsg. v. Jones R, Britten N, Culpepper L; 1. Auflage; Oxford Univ. Press, Oxford 2004, 227-230

Hoencamp E, Stevens A, Haffmans J (2002): Patients' attitudes towards antidepressants. *Psychiatr Serv* 53, 1180-1181

Hohmann A (1989): Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care. *Med Care* 27, 478-490

Horne R (1999): Patients beliefs about treatment: the hidden determinant of treatment outcome? *J Psychosom Res* 6, 491-495

Hummers-Pradier E, Denig P, Oke T, Lagerløv P, Wahlström R, Haaijer-Ruskamp FM (1999): General practitioners' treatment of uncomplicated urinary tract infections – a clinical judgement analysis in four european countries. *Fam Pract* 16, 605-607

Jacob M, Frank E, Kupfer DJ, Carpenter LL (1987): Recurrent depression: an assessment of family burden and family attitudes. *J Clin Psychiatry* 48, 395-400

Johnson RE, McFarland BH, Nichols GA (1997): Changing patterns of antidepressant use and costs in a health maintenance organizations. *Pharmacoeconomics* 11, 274-286

Kaner EF, Haighton CA, McAvoy BR (1998): 'So much post, so busy with practice – so, no time!': a telephone survey of general practitioners' reasons for not participating in postal questionnaire surveys. *Br J Gen Pract* 48, 1067-1069

Karow T, Lang-Roth R: *Allgemeine und spezielle Pharmakotherapie und Toxikologie*. 13. Auflage; Hansen, Bergisch Gladbach 2005, 522-534

Katon W, Von Korff M, Lin E, Bush T, Ormel J (1992): Adequacy and duration of antidepressant treatment in primary care. *Med Care* 30, 67-76

Keller MB (2003): Past, present, and future directions for defining optimal treatment outcome in depression. *JAMA* 289, 3152-3160

Keller MB, Boland RJ (1998): Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. *Biol Psychiatry* 44, 348-360

Kennedy S, McIntyre RS, Falluj A, Lam R (2002): Pharmacotherapy to sustain the fully remitted state. *J Psychiatry Neurosci* 27, 269-280

Kobak KA, Taylor L, Katzelnick DJ (2002): Antidepressant medication management and Health Plan Employer Data Information Set (HEDIS) criteria: reasons for non-adherence J Clin Psychiatry 63, 727-732

Kramer PD: Glück auf Rezept. Der unheimliche Erfolg der Glücksspielle Fluctin®. 1. Auflage; Knaur, München 1995

Lagerløv P, Veninga CC, Muskova M, Hummers-Pradier E, Stalsby A, Lundborg C, Andrew M, Haaijer-Ruskamp RM (2000): Asthma management in five European countries - doctors' knowledge, attitudes and prescribing. Eur Respir J 15, 25-29

Lamnek S: Methoden und Techniken. 2. Auflage; Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim 1995, 59-60

Lauber C, Nordt C, Rössler W (2003): Patients' attitudes towards antidepressants. Psychiatr Serv 54, 746-747

Leventhal H, Diefenbach M: The active side of illness cognition; in: Mental representation in health and illness; hrsg. v. Skelton JA, Croyle RT; 1. Auflage; Springer, New York 1991, 247-272

Lichtigfeld DJ, Gillman MA (1998): Antidepressants are not drugs of abuse or dependence. Postgrad Med J 74, 529-532

Lin E, Von Korff M, Katon W (1995): The role of the primary care physician in patients adherence the antidepressant therapy. Med Care 33, 67-74

Lin E, Von Korff M, Ludman EJ (2003): Enhancing adherence to prevent depression relapse in primary care. Gen Hosp Psychiatry 25, 303-310

Lingam R, Scott J (2002): Treatment non-adherence in affective disorders. Acta Psychiatr Scand 105, 164-172

Link GB, Struening EL, Rahav M (1997): On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav* 38, 177-190

Lohse MJ, Müller-Oerlinghausen B: Psychopharmaka; in: *Arzneiverordnungsreport 2004*; hrsg. v. Schwabe U und Paffrath J; Springer, Heidelberg 2004, 522-534

Maddox JC, Levi M, Thompson C (1994): The compliance with antidepressants in clinical practice. *J Psychopharmacol* 8, 48-53

Malterud K (2001): Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* I, 358 , 483-488

Meystre-Agustoni G (2000): Antiretroviral therapies from the patient's perspective. *AIDS Care* 12, 717-721

Montgomery SA, Bech P, Blier P (2002): Selecting methodologies for the evaluation of differences in time to response between antidepressants. *J Clin Psychiatry* 63, 694-699

Morgan MA, Watkins CJ (1988): Managing hypertension: beliefs and responses to medication among cultural groups. *Soc Health Illness* 10, 561-578

Murray CJ, Lopez AD (1997): Regional patterns of disability free life expectancy and disability adjusted life expectancy: Global burden of disease study. *Lancet* 349, 1498-1504

Nierenberg AA (2001): Current perspectives on the diagnosis and treatment of major depressive disorder. *Am J Manag Care* 7 Suppl 1, 353-366

Nierenberg AA, Petersen TJ, Alpert JE (2003): Prevention of relapse and recurrence in depression: the role of long-term pharmacotherapy and psychotherapy. *J Clin Psychiatry* 64 Suppl 15, 13-17

Norquist GS, Regier DA (1996): The epidemiology of psychiatric disorders and the de facto mental health care system. *Annu Rev Med* 47, 473-479

Olfson M, Marcus SC, Druss B (2002): National trends in the outpatient treatment of depression. *JAMA* 287, 203-209

Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G (2002): Patient adherence in the treatment of depression. *Br J Psychiatry* 180, 104-109

Parrot R (1994): Exploring family practitioners' and patients' information exchange about prescribed medications: implications for practitioners' interviewing and patients' understanding. *Health Commun* 6, 267-280

Pincus HA, Pechura CM, Elison L (2001): Depression in primary care: linking clinical and system strategies. *Gen Hosp Psychiatry* 23, 311-318

Pope C, Ziebland S, Mays N (2000): Analysing qualitative data. *BMJ* 320, 114-116

Priest RG, Vize C, Roberts A (1996): Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for defeat depression campaign just before its launch. *BMJ* 313, 858-859

Pschyrembel: *Klinisches Wörterbuch*. 260. Auflage; De Gruyter, Berlin 2004

Richard H, Emslie C (2000): The 'doctor' or the 'girl from the University'? Considering the influence of professional roles on qualitative interviewing. *J Fam Pract* 17, 71-75

Roeloff C, Sherbourne C, Unützer J (2003): Stigma and depression among primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry* 25, 311-315

Rogers A, Day JC, Williams B, Randall F, Wood P, Healy D, Bentall RP (1998): The meaning and management of neuroleptic medication: a study of patients with a diagnosis of schizophrenia. *Soc Sci Med* 47, 1313-1323

Rogers A, Day J, Randall F, Bentall RP (2003): Patients' understanding and participation in a trial designed to improve the management of ant-psychotic medication: a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38, 720-727

Rosenfield S (1997): Labeling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *Am Soc Rev* 62, 660-672

Rupp A (1995): The economic consequences of not treating depression. *Br J Psychiatry* 27 Suppl, 29-33

Sibbald B, Addington-Hall J, Brenneman D, Freeling P (1994): Telephone versus postal surveys of general practitioners: methodological considerations. *Br J Gen Pract* 44, 297-300

Silagy CA, Carson NE (1989): Factors affecting the level of interest and activity in primary care research among general practitioners. *Fam Pract* 6, 173-176

Simoni-Wastila L (1998): Gender and psychotropic drug use. *Med Care* 36, 88-94

Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS (2001): Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am J Psychiatry* 158, 478-481

Spiegel W, Zidek T, Vutuc C, Maier M, Isak K, Micksche M (2003): Complementary therapies in cancer patients: prevalence and patients' motives. *Wien Klin Wochenschr* 115, 705-709

Stevenson FA, Cox K, Britten N (2004): A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines; the consequences for concordance. *Health Expect* 7, 235-245

Stevinson C, Ernst E. (2004): Can St. John's wort trigger psychoses?. *Int J Clin Pharmacol Ther* 42, 473-480

Strauss A: Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung. 2. Auflage; Fink, München 1998, 28-29

Strauss A, Corbin J: Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques. 5. Auflage; Sage, Newbury Park 1990, 260-267

Strauss A, Corbin J: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim 1996, 75-76

Taylor S, Bogdan R: Introduction to qualitative research methods. A guidebook and resource. 3. Auflage; Wiley, New York 1998, 255-270

Thase ME (2003): Achieving remission and managing relapse in depression. J Clin Psychiatry 64 Suppl 18, 3-7

Thase ME (2004): Therapeutic alternatives for difficult-to-treat depression: a narrative review of the state of the evidence. CNS Spectr 9, 808-821

Unson CG, Siccione E, Gaztambide J (2003): Nonadherence and osteoporosis treatment preferences of older women: a qualitative study. J Women Health 12, 1037-1045

Van Schaik DJ, Klijn AF, Van Hout HP, Van Marwijk HW, Beekman AT, de Haan M, Van Dyck R (2004): Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. Gen Hosp Psychiatry 26, 184-9

Viale G (1998): An economic analysis of physician prescribing of selective serotonin reuptake inhibitors. Hosp Pharm 33, 847-850

Wahl OF (1999): Mental health consumers' experience of stigma. Schizophr Bull 25, 467-478

Wang PS, Beck AL, Berglund P, McKenas DK, Pronk NP, Simon GE, Kessler RC (2004): Effects of major depression on moment-in-time work performance. *Am J Psychiatry* 161, 1885-1891

Wells KB, Katon W, Rogers B, Camp P (1994): Use of minor tranquilizers and antidepressant medication by depressed outpatients: Results from the medical outcomes study. *Am J Psychiatry* 151, 694-700

Williams JW, Rost K, Dietrich AJ (1999): Primary care physicians' approach to depressive disorders. Effects of physician specialty and practice structure. *Arch Fam Med* 8, 58-67

Witt H (2001): Forschungsstrategien bei quantitativer und qualitativer Sozialforschung, *Forum qualitative Sozialforschung/Forum qualitative Social Research* 2, <http://qualitative-research.net/fqs-texte/1-01/1-01witt-d.htm>
[letzter Zugriff: 30.11.2004]

World Health Organization (2003): Adherence to long-term therapies: evidence for action. 1. Auflage; WHO Publications, Genf 2003, 3-5.

Zajecka JM (2003): Treating depression to remission. *J Clin Psychiatry* 64 Suppl 15, 7-12

9. Anlage

9.1 Arztfragebogen

1. Sie sind: w m

2. Ihr Alter (in Jahren): _____

3. Ihre Gebietsbezeichnung: Ärztin/Arzt ohne Gebietsbezeichnung
 Praktische(r) Ärztin (Arzt)
 Fachärztin(-arzt) für Allgemeinmedizin
 Hausärztliche(r) Internist(in)

4. Sie sind niedergelassen seit: _____

5. Wie lange befanden Sie sich in Weiterbildung? _____

6. Wie viele Patienten betreuen Sie im Durchschnitt pro Quartal („Scheinzahl“)?

unter 500 500-999 1000-1499 1500-2000 über 2000

7. Ihre Praxis ist eine:

Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis Praxisgemeinschaft

8. Haben Sie eine Zusatzbezeichnung?

Wenn ja, welche? _____

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

9.2 Soziodemografische Daten der Ärzte

Praxis	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	Aufschlüsselung
Geschlecht	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1 = Weiblich 2 = Männlich
Alter	4	3	2	2	3	3	1	2	2	2	3	3	2	1 = 30-39 2 = 40-49 3 = 50-59 4 = 60-65
Niederlassungs- jahr	1	3	3	3	1	1	2	3	2	2	2	3	3	1 = 1985-1990 2 = 1991-1995 3 = 1996-2000
Scheinzahl	3	2	2	2	3	2	4	2	3	3	3	2	3	1 = Unter 500 2 = 500-999 3 = 1000-1499 4 = 1500-2000
Praxisart	1	1	3	1	3	1	1	3	1	2	1	3	2	1 = Einzelpraxis 2 = Gemeinschaftspraxis 3 = Praxisgemeinschaft
Weiterbildungs- zeit	5	6	9	5	5	5	6	5	6	6	5	4	12	In Jahren:
Zusatzbezeich- nung	7	6	5	7	1	7	7	5	7	4	3	7	2	1 = Apotheker 2 = Diabetologie 3 = Homöopathie 4 = Chirotherapie 5 = Rettungsmedizin 6 = Gynäkologie 7 = Keine

9.3 Soziodemografische Daten der Patienten

Patient	Alter	Geschlecht	Beruf	Diagnose	Medikation
Pat. 1	86	w	Rentnerin	Depression	Hypericum
Pat. 2	45	w	Putzfrau	Depression/Angststörungen	Benzodiazepine
Pat. 3	35	w	kaufm. Angestellte	Anorexie/Depression	SSRI
Pat. 4	55	w	Putzfrau	Angststörungen/Depression	SSRI/ Benzodiazepine
Pat. 5	71	w	Rentnerin	Depression	Hypericum
Pat. 6	72	w	Rentnerin	Depression	SSRI
Pat. 7	73	w	Rentnerin	Depression	TCA/ Benzodiazepin
Pat. 8	36	w	Feinmechanikerin	Depression	Hypericum
Pat. 9	63	m	Rentner	Depression	SSRI
Pat. 10	45	w	Köchin	Depression	Hypericum
Pat. 11	35	w	Erzieherin	Depression/Borderline-Syndrom	SSRI
Pat. 12	22	w	Studentin	Depression	TCA
Pat. 13	34	w	Krankenschwester	Depression	SSRI
Pat. 14	31	w	Hausfrau	Depression	SSRI
Pat. 15	60	m	Fotograf	Depression	SSRI
Pat. 16	59	m	Bauingenieur	Depression	SSRI

9.4 Informed Consent-Bogen

Georg-August-Universität Göttingen Zentrum Innere Medizin

Abteilung Allgemeinmedizin

Leiter: Univ.-Prof. Dr. med. Michel M. Kochen, MPH, FRCGP

Humboldtallee 38
37075 Göttingen
Telefon: (0551) 39-2638
Zentrale: 39-0
Telefax: (0551) 399530

Informationsblatt zur Studie „Bedeutung stimmungsverändernder Medikamente“

Liebe Patientin, lieber Patient,

die **Abteilung Allgemeinmedizin** der Universität Göttingen führt eine Studie zu der Bedeutung stimmungsverändernder Medikamente durch. Im Mittelpunkt stehen die Erfahrungen, die Patienten mit diesen Medikamenten gemacht haben.

Wir möchten Sie daher bitten, an einem Interview teilzunehmen. Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich absolut vertraulich behandelt. Ihre Anonymität bleibt gewahrt; der Datenschutz wird streng beachtet. Natürlich können Sie jederzeit und ohne Angaben von Gründen Ihr Einverständnis zurückziehen, ohne dass Ihnen daraus irgendwelche Nachteile erwachsen. Falls Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit mit Herrn Christoph Meyer, Mitarbeiter und Doktorand der Abteilung Allgemeinmedizin (Tel.: 0551-396393), in Verbindung setzen. Herr Meyer wird auch das Interview mit Ihnen führen.

Durch Ihre Mitarbeit können Sie dazu beitragen, dass Hausärzte genauer wissen, wie ihre Patienten Medikamente einschätzen. Nach Ende der Studie werden die Hausärzte über die Ergebnisse informiert, so dass sie diese in ihre tagtägliche ärztliche Praxis umsetzen.

Bitte blättern Sie um!

**Einwilligung zur Teilnahme an der Studie
„Bedeutung stimmungsverändernder Medikamente“**

- Ich bin über die Studie der Abteilung Allgemeinmedizin informiert worden und bin bereit, daran teilzunehmen. Selbstverständlich kann ich jederzeit und ohne Angaben von Gründen mein Einverständnis zurückziehen, ohne dass mir hieraus irgendwelche Nachteile entstehen.

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie diese Seite im beiliegenden Freiumschlag an die Abteilung Allgemeinmedizin!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

9.5 Arztinterviewleitfaden

I. Diagnostik und Therapie der Depression:

- Wenn ein Patient in die Praxis kommt, woran sehen Sie, dass er eine Depression hat?
- Was halten Sie von den Therapiemöglichkeiten der Depression?
- Wann beginnen Sie mit einer medikamentösen Therapie?
- Wo sehen Sie Schwierigkeiten der Therapie?
- Könnten Sie beschreiben, dem einzelnen Patienten ein bestimmtes Präparat zu verschreiben? Woran orientieren Sie sich?
- Ziehen Sie Patienten aktiv in die Therapieplanung mit ein?

II. Kommunikation mit den Patienten:

- Worin ist für Sie normalerweise der Therapieabbruch eines Patienten begründet?
- Was vermitteln Sie dem Patienten über das Medikament?
- Wie reagieren Sie, wenn Sie einen Therapieabbruch bemerken?
- Versuchen Sie auf die Therapiedauer Einfluss zu nehmen? Wenn ja, wie?

III. Patientenansichten:

- Wie meinen Sie sieht der Patient seine Krankheit?
- Meinen Sie, dass die Krankheitsvorstellung des Patienten von der Ihren abweicht?
- Gehen Sie auf die Krankheitsvorstellungen der Patienten ein?
- Kommt es vor, dass Sie Ihre Patienten von ihrer Krankheit überzeugen müssen?

9.6 Patienteninterviewleitfaden

I. Medikament

- Welches Medikament nehmen Sie?
- Wie fühlen Sie sich damit?
- Was empfanden Sie als Ihnen der Arzt vorschlug, dieses Medikament zu nehmen?
- Haben Sie Erfahrung mit anderen Antidepressiva?
- Was wissen Sie über die Nebenwirkungen des Medikaments?
- Hatten Sie Bedenken bezüglich des Medikaments?
- Haben Sie bei Einnahme des Medikaments an sich eine Veränderung verspürt?
- Hatten Sie eine Erwartung an das Medikament?

II. Kommunikation mit dem Arzt

- Hat der Arzt mit Ihnen über die Diagnose gesprochen? Wie hat er sie Ihnen vermittelt?
- Hat der Arzt mit Ihnen über den Therapieverlauf gesprochen?
- Hat der Arzt mit Ihnen über die Medikamentenwirkung gesprochen?

III. Veränderung der Dosierung?

- Haben Sie die Dosierung Ihres Medikaments im Verlauf verändert?
- Aus welchen Gründen taten Sie dies?

IV. Soziales Umfeld

- Können Sie mit anderen offen über das Medikament sprechen?
- Wie geht Ihr Umfeld mit Ihrer Situation um?
- Werden Veränderungen an Ihnen wahrgenommen?

V. Informationsbedarf und -beschaffung

Haben Sie schon einmal außerhalb einer Arztpraxis (Zeitschrift, Fernsehen etc.) von Ihrem Medikament oder von anderen Medikamenten gehört?

9.7 Zusätzliche Codes der Kategorie „Wirkung des Medikamentes“

Codes	Textstellen
Hilfe	<i>Pat.4: Die nehme... wie soll ich die wahr nehmen, ich sage mir immer, du hast jetzt die Tablette genommen, die Tablette hilft dir ... und die hilft mir auch. So nehme ich das wahr. Die hilft mir, ob sie mir jetzt schadet, das weiß ich nicht, aber eigentlich nicht. (237-242)</i>
Wohlsein	<i>Pat.3: Also, da auch eigentlich so etwas, was ich eigentlich nie wollte, dass ich so gedacht habe, also wenn ich das jetzt nehme, dann geht es mir gut. (95-97)</i> <i>Pat.4: Aber dann habe ich das gemacht, habe sie jeden Tag genommen und ich fühlte mich also happy. Ich habe auch gar nichts gemerkt, gar nichts gemerkt. (73-75)</i> <i>Pat.10: Und es war dann auch so mit diesen, ja also in vier Tagen ging es mir wirklich prächtig. Da hatte ich also das Gefühl, ich bräuchte diese Tabletten nicht mehr zu nehmen. Aber das hatte er gesagt, ja nicht aufhören. Und das habe ich dann auch so fortgeführt. Und es ging ja auch sehr gut. (90-98)</i>
Bes- serung	<i>Pat.4: Ja, ja da bleib ich bei, weil es auch mit besser geht. (235-235)</i> <i>Pat.3: Also, inzwischen ja. Also,... das auch eigentlich so etwas, was ich auch eigentlich nie wollte. Dass ich so gedacht habe, also wenn ich das jetzt nehme, dann geht es mir gut. (95-97)</i> <i>Pat.10: So habe ich jetzt bemerkt, dass es immer ein bisschen besser wurde. Aber jetzt nehme ich die ja über sechs Wochen und da merke ich da gar nichts mehr, weil es einfach gut ist. Ja also ich ärgere mich über Dinge wie andere Leute auch. Dass ich jetzt über den Dingen schweben würde, das ist es sicher nicht. Ne, wenn etwas fehl läuft, dann ärgere ich mich schon, aber ich habe mich halt im Griff. Ich raste nicht aus. (210-224)</i> <i>Pat.12: Aber es ist besser. Also, es ist nicht mehr so dieses, also es ist schon wie man das so sagt, dass es aufhellt einfach.(80-83)</i>
Anders sein	<i>Pat.4: Ja, das hat er schon gesagt, seit ich die Tabletten nehme, bin ich anders. Also, es ist ja auch so, dass ich da immer Vorboten kriege, dass ich so kribbelig bin. Aber das habe ich nicht, gar nichts. (254-256)</i>
Ausge- glichen- heit	<i>Pat.8: Und äh das mache ich jetzt eigentlich jetzt so mit dem Medikament konsequent, weil ich auch merke, dass ich dadurch ruhiger werde und das ich auch gut schlafen kann. Und wenn ich gut schlafen kann, dann bin ich natürlich auch ausgeglichener. Und deswegen mach ich das eigentlich auch. (173-181)</i> <i>Pat.9: Ich fühle mich ausgeglichen, ruhig und äh auch nicht mehr so depressiv, wie es eine ganze Weile der Fall war. Und äh ich bin also immer gut drauf. Also, das muss ich schon sagen. (60-64)</i> <i>Pat.10: Ja weil ich gemerkt habe, dass es mir so gut ging damit eben. Dass ich meine Ruhe gefunden habe. (185-187)</i> <i>Pat.10: Ich habe jetzt eigentlich nur eine innere Ruhe und einen klaren Kopf kann ich eigentlich nur jetzt erzählen. (268-276)</i>

Pat.4: Ja, ... wenn ich sie regelmäßig nehme, dass ich da halt ruhiger werde. (101-107)

Pat.13: ...als ich das Fluctin® (SSRI) genommen habe, war das erste, was weg war, meine Aggression. (179-181)

Pat.15: ... die Wirkung, ich kann sagen, ich war etwas, etwas beruhigter. (354-355)

Angst-
minderung *Pat.4: Ja, dass ich halt, wenn ich sie regelmäßig nehme, dass ich da halt ruhiger werde, dass diese Angstzustände nicht mehr so stark zu Tage kommen. Oder in längeren Abständen kommen. Und wenn sie dann wirklich kommen, dass sie dann nicht so heftig sind. (101-107)*

Klarheit *Pat.10: Ja also diese wirren Gedanken im Kopf die kreisen nicht mehr. Also ich kann klare Gedanken haben. Also ich kann vollziehen, wie es geht. Also morgens waschen, anziehen und zur Arbeit gehen. Und das war ja bei mir nicht. Ich saß nur hier und konnte nichts machen. (103-111)*

Pat.11: Also, ich hatte das Gefühl, das Denken verändert sich wieder. Also, so dass ich nachher wieder etwas klarer und strukturierter denken konnte. Und vorher war es irgendwie... so, als ob der Kopf die ganze Zeit denkt, aber nicht irgendwie nicht viel Konkretes und es dreht sich immer um das gleiche und ... es ist einfach nur so ein Brei. Also, es ist einfach nicht klar. Und das war dann wieder anders. (383-394)

Pat.12: Es ist so, dass ich noch völlig klar bin im Kopf, zumindest nicht weniger als sonst und ja die Grundstimmung ist einfach besser.(83-84)

Pat.12: Aber es ist (nicht so, dass ich) jetzt dasitze und komische Sachen denke. Also, es ist eigentlich alles noch sehr klar. (125-127)

Pat.12: So die Fakten, warum ich das jetzt genommen habe, die haben sich jetzt natürlich nicht geändert, aber ich kann vielleicht besser damit umgehen, oder es schlägt mir nicht so auf das Gemüt, so. (277-279)

Helligkeit/
Dunkel-
heit *Pat.12: Es ist einfach alles so ein bisschen heller. (125)*

Pat.12: Aber es ist, also dieses Vorher/Nachher ist einfach so, also ja es hat ja jeder so eine helle und eine dunkle Seite und ich hatte vorher eher so das Gefühl in der dunklen herumzutappen und jetzt wieder so ein bisschen mehr so im Leben herumzutappen. (133-139)

Verbes-
serte
Kommuni-
kation *Pat.6: Also, Schmerzen überhaupt nicht. Also, gegen die Schmerzen hilft es überhaupt nichts. Die habe ich nach wie vor. Also, ja so ein bisschen mehr Unternehmungslust, ja. Ich versuche ja nun auch schon möglichst viel aus dem Haus zu gehen, dass ich nicht so viel alleine bin. (93-96).*

Pat.11: Also, ich hatte das Gefühl, das Denken verändert sich wieder... Und, ähm, was damit sicher auch verbunden ist, ist das kommunizieren. Mal wieder die passenden Worte finden, mal wieder das Gefühl haben, dass der andere einen auch versteht. So das ist das, was man gemerkt hat, dass es wieder besser wurde. (383-394)

10. Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
etc.	et cetera
ggf.	gegebenenfalls
hrsg. v.	herausgegeben von
MAO-Hemmer	Monaminoxidase-Hemmer
s.	siehe
s.a.	siehe auch
s.o.	siehe oben
SSRI	selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
TCA	tricyclisches Antidepressivum
vgl.	vergleiche
vs.	versus
z.B.	zum Beispiel

Danksagung

Für die freundliche Überlassung des Themas der Dissertation danke ich Herrn Prof. Dr. med. MM Kochen, MPH, FRCGP und Herrn Priv.-Doz. Dr. disc. pol. W. Himmel.

Frau A. Kapmeyer, MA, danke ich für die engagierte und kontinuierliche Betreuung meiner Arbeit.

Mein besonderer Dank gilt den Ärztinnen und Ärzten, wie auch den Patientinnen und Patienten, die sich an der Studie beteiligt haben.

Lebenslauf

Am 15.05.1975 wurde ich in Peine (Niedersachsen) geboren.

Von 1981-1987 besuchte ich die Grundschule Bad Bevensen. 1987 wechselte ich auf das städt. Gymnasium „Johanneum“ in Lüneburg. Dort erwarb ich im Juni 1994 die allgemeine Hochschulreife.

Von 1994 bis 1995 absolvierte ich den Zivildienst in der Geriatrie der Diana-Klinik in Bad Bevensen.

Im Wintersemester 1995/1996 nahm ich mein Studium der Humanmedizin an der Georg-August-Universität Göttingen auf. Nach ärztlicher Vorprüfung am 11.09.1997 und erstem (18.09.1998) und zweitem (14.09.2001) Staatsexamen absolvierte ich am 22.10.2002 meinen dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung an der Universität Göttingen. Meine Zeit als Arzt im Praktikum verbrachte ich in der orthopädischen Abteilung des St. Josef Hospitals in Troisdorf bei Köln. Momentan arbeite ich als Assistenzarzt in der Chirurgie im St. Johannes Krankenhaus in Troisdorf/Sieglar.