





Medikamente wegwerfen, Verhaltens-empfehlungen ignorieren: Patienten machen nicht immer das, was Ärzte für richtig halten. Doch anders als beim Suppenkaspar schadet Non-Compliance meist nicht unmittelbar – manchmal schützt sie sogar die Gesundheit. Überlegungen zur Therapietreue von Norbert Schmacke

# Meine Pillen ess' ich nicht

**P**atienten sollen die Ratschläge ihrer Ärzte möglichst vollständig befolgen: Das ist und bleibt im Kern die Vorstellung, die mit dem Begriff Compliance verbunden ist. In Meyers Lexikon liest sich das etwas vornehmer: Compliance ist demnach die Bereitschaft eines Patienten zur aktiven Mitwirkung an den vom Arzt vorgeschlagenen Maßnahmen (zum Beispiel Zuverlässigkeit bei der Einnahme von Arzneimitteln). Zwei Argumente scheinen für sich zu sprechen. Erstens: Therapietreue muss doch automatisch zu besseren Behandlungsergebnissen führen. Zweitens: Es muss etwas getan werden, damit nicht jährlich in Deutschland schätzungsweise zehn oder gar 20 Milliarden Euro für von Ärzten verschriebene und von den Krankenkassen finanzierte, aber von den Patienten schließlich nicht eingenommene Arzneimittel verschwendet werden.

Auf der anderen Seite werden Gesundheitswissenschaftler nicht müde zu erklären, warum das schlichte Compliance-Modell nichts taugt. Neue Konzepte scheinen die Probleme endlich gelöst zu haben: Die Rede ist von Adhärenz, von Konkordanz, vom mündigen Patienten und von Shared Decision Making (siehe Glossar auf Seite 37). Das Teilen der Entscheidung und der Verantwortung für die Therapie wirkt wie die Zukunftsvision schlechthin: zufriedene Patienten – zufriedene Ärzte.

Noch eine Vorbemerkung: Die Debatte wird fast immer auf die Arzneimittelfrage verkürzt, was einerseits nicht ver-

wundert, da die gesetzliche Krankenversicherung inzwischen für Arzneimittel mehr ausgibt als für die Vertragsärzte (siehe Grafik „Arzneimittel-Verordnungen: Des Guten zu viel?“ auf Seite 35), andererseits aber in unzulässiger Weise alle anderen Behandlungs- und Beratungsansätze in den Hintergrund drängt. Es soll nachfolgend erläutert werden, warum nur ein radikales Umdenken in der Thematik „Ärzte verordnen – Patienten folgen“ weiterhelfen würde – und warum es naiv ist anzunehmen, dies könnte mit neuen Begriffen oder durch Beschwörungsformeln in kurzer Zeit erreicht werden.

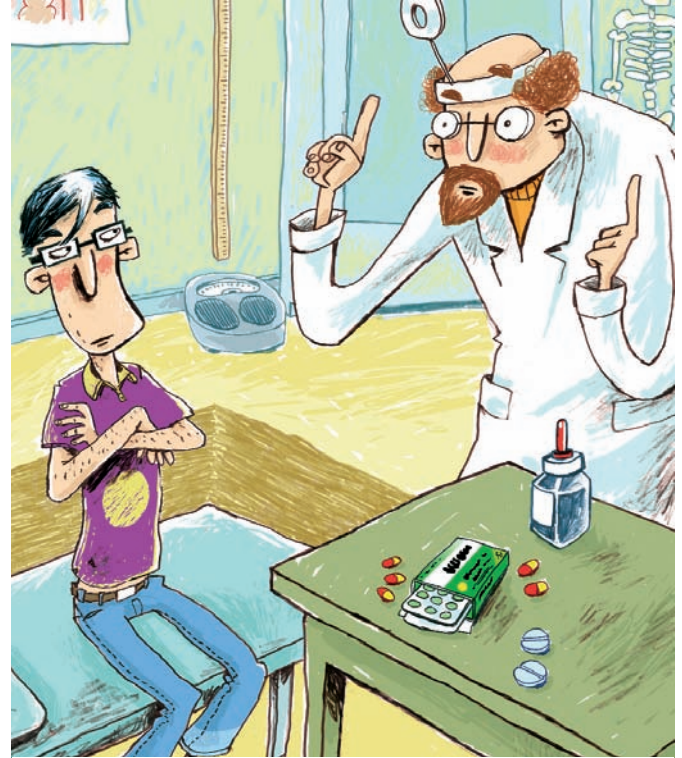
**Wie Arzneien zur Heilung beitragen.** Pharmakologen der Universität Alberta haben 2006 untersucht, was die Studienlage zu der Frage hergibt, ob höhere Compliance (beziehungsweise Adhärenz) mit einer niedrigeren Sterberate einhergeht. Sie fanden solche Daten für die Behandlung der Koronaren Herzkrankheit, des Typ-2-Diabetes und von HIV-Infektionen. Die Ergebnisse sind beachtlich: Wenn Arzneimittel eingesetzt werden, deren Nutzen belegt ist, senkt das Befolgen der Verordnungen die Sterblichkeit. Dies gilt in randomisierten Studien allerdings auch für die Patienten, die Placebopräparate einnahmen. Ausgeprägte Folgsamkeit führt im Falle schädigender Medikamente dagegen zu höherer Sterblichkeit – ein Befund, der so trivial wie erschreckend ist, da diese Situation eigentlich nicht vorkommen dürfte, in der Analyse aber durch zwei Studien belegt wurde.

Manche interpretieren dies so: Heilung wird in hohem Maß nicht durch den Arzneiwirkstoff an sich erzielt, sondern durch das Gefühl des Patienten, gut versorgt zu werden und etwas Gutes für sich zu tun. Der neue Begriff „Healthy Adherer Effect“ bringt zum Ausdruck, dass Patienten mit hoher Compliance sich generell gesünder verhalten und damit sozusagen von vornherein „bessere Karten“ haben. Der Arzneimittelteffekt wäre dann nur einer von vielen Bausteinen. Sowohl der Wirkstoff wie auch das Leerpräparat können die Sterblichkeit senken.

In einem Kommentar zu dieser Arbeit weist Betty Chewing darauf hin, dass eine Schlüsselfrage in der Arzneimittelbehandlung lauten müsste: „Wodurch würde es sich für Sie lohnen, dieses Medikament im folgenden Monat einzunehmen?“ Dann, so die Pharmakologin aus Madison, könnte der Patient über seine Befürchtungen, Wertschätzungen und auch über erlebten sozialen Druck reden. Rezeptieren wäre dann patientenzentriert und die Aussicht steigt, dass Patienten „ihre“ Medikamente auch langfristig einnehmen. Langzeittherapie stellt für Patienten immer eine riesige Herausforderung dar, denn ihre Alltagswelt unterscheidet sich von der Expertenwelt des Arztes.

**Mehrfachverschreibungen führen zu Non-Compliance.** Können Patienten sich also erst einmal darauf verlassen, dass die Verordnung ihrer Ärzte fachgerecht sind? Dürfen sie ihre Gedanken und Gefühle zu den Verordnungen äußern? Die erste Frage berührt – dies sei hier nur am Rande erwähnt – die ärztliche Compliance, über die selten geredet wird: Verstehen die Mediziner ihr Handwerk? Beide Fragen weisen schon, wenn Ärzte nur ein einzelnes Medikament verschreiben, auf ein großes Problem für die Patienten hin. In der Praxis sollen insbesondere ältere Patienten aber oft mehrere Medikamente über lange Zeiträume einnehmen. Sie stehen damit vor einem doppelten Problem. Längerfristig mehrere Medikamente gleichzeitig einzunehmen, ist für Patienten bereits schwer zu akzeptieren. Zudem erhöhen Mehrfachverschreibungen von Arzneimitteln, selbst wenn sie optimal unter den Ärzten abgestimmt sind, das Risiko bedeutender Nebenwirkungen. Man könnte überspitzt formulieren: Non-Compliance kann manchmal lebensrettend sein. Und anders herum: Mehrfachverschreibungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass auch die besonders wichtigen Medikamente von den Patienten nicht eingenommen werden.

**Eine Superpille für Gesunde?** Schritt für Schritt hat sich in den letzten Jahrzehnten das Interesse der Medizin vom Kranken weiter zum Gesunden verlagert. Prävention ist das Schlagwort, und das allergrößte Interesse ruht auf der Frage: Wie kann erreicht werden, dass möglichst viele Gesunde so lange wie möglich vorbeugend Medikamente einnehmen? Zwei international bekannte Epidemiologen, Nicholas Wald und Malcom Law, haben die Präventions- und Compliance-Debatte 2003 auf die Spitze getrieben. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die vorhandenen Studien zur Verhütung von Herzinfarkt und Schlaganfall in der Bevölkerung dafür sprächen, allen gesunden über 55-Jährigen und allen jüngeren Men-



Auf Dauer mehrere Medikamente gleichzeitig einzunehmen, überfordert viele Patienten.

schen mit einer Gefäßerkrankung lebenslang die Einnahme einer Superpille zu empfehlen, die sechs Substanzen enthält: ein Mittel zur Cholesterinsenkung, drei Mittel zur Blutdrucksenkung, Folsäure und Acetylsalicylsäure. 80 Prozent aller Herzinfarkte und Schlaganfälle ließen sich so verhindern, behaupteten die Wissenschaftler. Der Artikel im British Medical Journal war nicht als Satire gemeint. Es bleibt eine offene Frage, ob die beiden Epidemiologen mit dieser Veröffentlichung ihr wissenschaftliches Ansehen verloren haben, weil der Entwurf einer „Polypill“ am Computer ohne jede klinische Testung im besten Fall als inakzeptabel zu bezeichnen ist. Interessant ist ihre Begründung: Präventionskonzepte, die auf Veränderung der Lebensweisen abzielen, hätten sich als weitgehend unwirksam erwiesen. Deshalb sei es legitim, eine einfach einzunehmende Pille zu entwerfen.

**Eine dünne Evidenz schreckt Experten nicht.** Es steht zu vermuten, dass die damit verbundenen Grundhaltungen in der Ärzteschaft weit verbreitet sind. Medikamentöse „Prävention“ erscheint als die einzig realistische Lösung für eine Bevölkerung, die sich nicht ausreichend bewegt und zu viel isst. Zudem meinen viele Experten, es gebe genügend Belege dafür, dass es sich lohnt, mit medikamentöser Prävention schon bei Gesunden zu beginnen. Dieses Denken findet seinen Niederschlag unter anderem auch in einem vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI, eine Bundesbehörde) herausgegebenen Bericht „Einsatz von

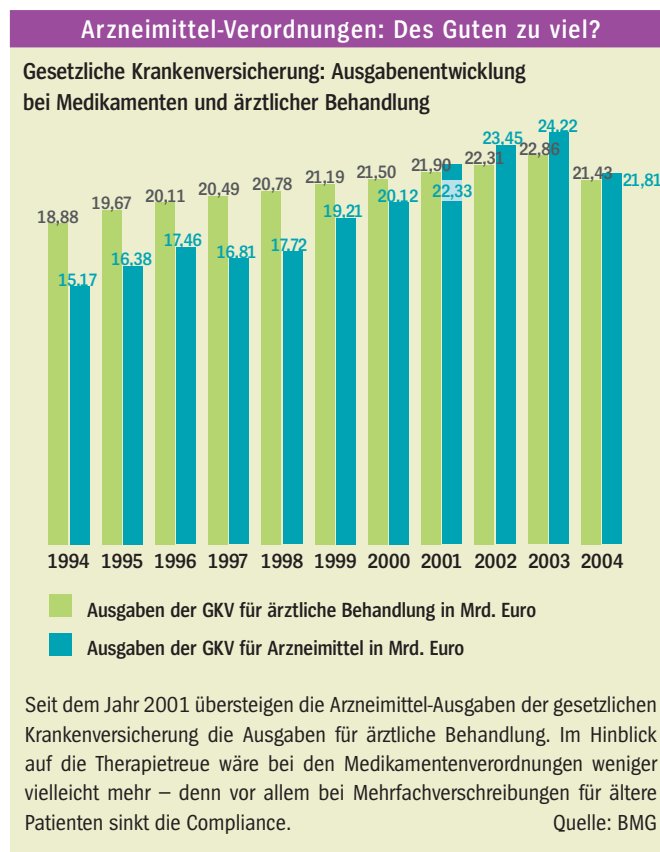
Statinen in der Primärprävention“ (von Ingrid Rosian, Ernest Pichlbauer, Heidi Stürzlinger).

Die dünne Evidenzlage für primäre Prävention erschüttert die Befürworter dieser Strategie ebenso wenig wie die Frage, was sie Menschen mit der jahrzehntelangen vorbeugenden Einnahme von Medikamenten zumuten. Man findet in dem genannten Bericht ein aufschlussreiches Zitat. Die Autoren favorisieren für den vorbeugenden Einsatz der Cholesterinsenker ein „Fire and Forget“. Das heißt, Patienten erhalten ein ihrem Risiko entsprechendes Statin, seine Wirkung wird jedoch nicht über Laboruntersuchungen kontrolliert. „Diese Strategie ist deutlich geringer von der Patienten- und Arzt-Compliance“ abhängig, schreiben die Wissenschaftler. An dieser Stelle könnte man wieder einwerfen: Vielleicht ist Non-Compliance öfter als gedacht ein Schutzfaktor. Zumindest ist auffällig, dass das Autorenteam sich offenkundig nicht ernsthaft mit der Frage beschäftigt hat, wie im Falle wünschenswerter Verschreibungen die Compliance wirksam erhöht werden kann.

**Patienten überschätzen ihre Therapietreue.** Doch langsam kehrt auch Nachdenklichkeit ein. Kölner Kardiologen (Rottländer u.a.) haben 2007 eine Gruppe von 100 Herzpatienten zu ihrem Medikamentenkonsum befragt: 78 Prozent der Befragten nahmen mehr als vier Wirkstoffe täglich ein. Im Durchschnitt wurden 8,34 Tabletten pro Patient und Tag verordnet. Nur 52 Prozent der Patienten kannten die Indikationen der Verordnungen. Obwohl 83 Prozent der Patienten sich als vollständig therapietreu einschätzten, zeigte sich nach dem Morisky-Score (ein Instrument zur Messung der Therapietreue, bestehend aus vier Fragen) nur bei 52 Prozent eine hohe Compliance. Ab mehr als vier Tabletten sank die Compliance signifikant. Die Autoren schlussfolgern: „Es bleibt zu diskutieren, ob sich die konsequente Umsetzung evidenzbasierter Therapieleitlinien mit zum Teil deutlich mehr als vier Medikamenten und sechs bis acht Tabletten pro Tag in Anbetracht der sinkenden Compliance bei Multimedikation in allen Fällen als sinnvoll erweist“.

**Konsequenzen für Information und Kommunikation.** Es stünde jetzt freilich an, die verschiedenen Ebenen zu verstehen, die ineinander greifen: Was ist aus Sicht der evidenzbasierten Medizin ein beschreibbares Therapieziel? Für welche Art von Mehrfachtherapien gibt es gute Studien? Wie lässt sich die Diskrepanz zwischen Patienteneinschätzung und gemessener Compliance verstehen? Welche Konsequenzen müssten für die Arzt-Patienten-Kommunikation gezogen werden? Was ist den Patienten besonders wichtig? Dies würde auch die Möglichkeit in Rechnung stellen, dass die Perspektive von Patienten sich grundsätzlich von der ärztlichen Bewertung unterscheiden kann – und der Respekt vor der Patientensicht ließe den Begriff Compliance im klassischen Sinne hinfällig werden. Es ginge dann um andere Fragen: Welche Informationen benötigen Patienten, und in welcher Form können diese Informationen wirksam vermittelt werden? Es wäre durchaus möglich, ein derart geändertes Selbstverständnis auch mit Blick auf definierte Therapieziele hin zu untersuchen.

**Screenings kritisch bewerten.** Das Thema Compliance hat aber noch viele andere Aspekte. Wenn man sich die Angebote und die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen ansieht, so stellt sich auch hier zunächst einmal die Frage, wie gut belegt sie im Einzelnen sind. Längst nicht alle Verfahren, Krebs in einem frühen Stadium finden zu wollen, erhöhen die Lebenserwartung und die Lebensqualität der Menschen. Unter diesem Aspekt könnte man trefflich streiten, ob die immer wieder nachgewiesene höhere Compliance von Frauen tatsächlich einen Vorteil darstellt – oder ob die männlichen Früherkennungsmuffel sich nicht manches unnötige Leiden ersparen. Dies gilt nicht für alle Screeningverfahren, gebietet aber eine systematische, kritische Bewertung aller einschlägigen Leistungen. Hierzu hat der Gemeinsame Bundesausschuss mit seinem Beschluss zum Paragrafen 62 Sozialgesetzbuch (SGB) V im Juli 2007 entscheidende Aussagen getroffen: Die Belastungsgrenze für Zuzahlungen soll bei an Brust-, Gebärmutterhals- oder Darmkrebs erkrankte Patienten nicht von der Teilnahme an entsprechenden Früherkennungsuntersuchungen abhängen. Stattdessen sollen sich gesetzliche Versicherte von einem Arzt mit Erreichen des Anspruchsalters einmalig über Vor- und Nachteile der jeweiligen Früherkennung beraten lassen. Es steht weiter an, auch die so genannten Gesundheitsuntersuchungen gemäß Paragraf 25 SGB V (Untersuchungen zur Früherkennung insbesondere von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Zuckerkrankheit für über 35-Jährige und Krebs-Früherkennungsuntersuchungen für Frauen ab 20 und Männer ab 45 Jahre) auf den Prüfstand zu stellen.

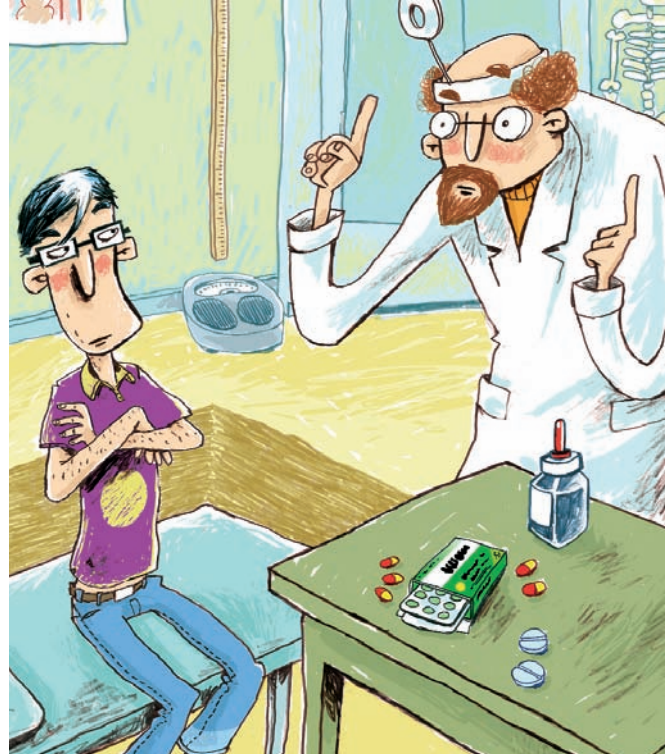




**Wie werden gesunde Lebensweisen attraktiv?** Eine völlig andere Frage ist, wie Männer und Frauen motiviert werden können, ihre Gesundheit tatsächlich wirkungsvoll zu fördern und zu schützen. Dass Frauen für dieses Thema bisher offener sind als Männer, steht außer Frage. Gute Studien, welche nach Interventionen suchen, die die viel beschworenen „gesunden Lebensweisen“ unterstützen, sind jedoch Mangelware. Ob es um Ernährungsumstellung geht, um Raucherentwöhnung, um Bewegungsprogramme oder um Gewichtsreduzierung, um Stressmanagement oder Entspannungstechniken: In keinem Bereich gibt es ein solides Fundament, wie Compliance nachhaltig, also mit anhaltender Wirkung, gefördert werden kann. Dieser auf den ersten Blick sperrige Befund darf nicht auf die leichte Schulter genommen werden, weil andernfalls Non-Compliance rascher als man denken kann mit Strafmaßnahmen belegt wird. Dies ist wohl bemerkt keine Rede gegen Prävention, im Gegenteil: Es müssen endlich angemessene Mittel zur Forschung in solche Bereiche fließen, aber ohne die Illusion, menschliches Verhalten in großem Stil in kurzen Zeiträumen ändern zu können, weil die medizinische Vernunft dies scheinbar fordert.

In diesem Zusammenhang ist eine Studie des Düsseldorfer Instituts für Allgemeinmedizin aus dem Jahr 2003 interessant. Danach stehen Hausärzte dem Konzept der Früherkennungsuntersuchungen aus einer ganzen Reihe von Gründen skeptisch gegenüber. Sie sind beispielsweise nicht überzeugt vom bevölkerungsbezogenen Nutzen vieler dieser Programme und bevorzugen ein Konzept der individualisierten Prävention. In der Kombination beider Grundüberzeugungen drängen Hausärzte ihre Patienten nicht so „aggressiv“ zu Früherkennungsuntersuchungen wie dies mancherorts gewünscht wird. Es könnte angesichts eines damit verbundenen Verzichts auf extrabudgetäre Honorierung ein respektables Motiv sein, das dafür sorgt, dass im hausärztlichen Bereich teils explizit, teils implizit problematische Früherkennungsmaßnahmen nur verhalten angeboten werden.

**Das Konzept der Folgsamkeit ist überholt.** Die alten Zeiten, in denen das Konzept der Folgsamkeit oder Therapietreue aus dem professionellen Selbstverständnis der Ärzteschaft wie auch der gesellschaftlichen Rollenzuweisung an sich stimmig erschien, sind endgültig vorbei. Dazu Moira Stewart, Pionierin der Patientenzentrierten Medizin: „Das klassische medizinische Modell hat eine lange Erfolgsgeschichte, es ist in



Wenn Patienten und Ärzte auf gleicher Augenhöhe kommunizieren, verbessern sich die Behandlungsergebnisse.

unserem Kulturkreis hoch angesehen, und es erlaubt den Ärzten, sich in einfacher Weise von den Patienten und ihren Problemen entfernt zu halten. Auch wenn Ärzte ihr Bestes geben (im biomedizinischen Sinne) und die Patienten sich nicht bessern, brauchen die Ärzte sich nicht dafür verantwortlich fühlen. Wenn der Patient den ärztlichen ‚Anordnungen‘ nicht ‚folgte‘, dann lag die Verantwortung für die fehlende Gesundheit ausschließlich beim Patienten.“

Dass die Patientenrolle gestärkt werden muss, um den Ansprüchen einer Zivilgesellschaft Rechnung zu tragen und um zu guten Behandlungsergebnissen zu kommen, kann heute nicht mehr ernsthaft bestritten werden. Der Weg dorthin ist aber eine „long and winding road“. Es geht um einen grundlegenden kulturellen Wandel, dessen Umsetzung nicht belie-

### Lesetipps: Basiswissen zum Thema Compliance

Anja Ludwig. Herausforderungen komplexer Medikamentenregime bei chronischen Erkrankungen. Eine Literaturanalyse der Compliance- und Adhärenzdebatte. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Nr. P05-130, Bielefeld 2005.

In diesem ausgezeichneten Überblicksartikel wird die Entwicklung des Compliance-Konzeptes ebenso ausführlich dargestellt wie seine systematischen Schwächen. Letztere ergeben sich daraus, dass das Konzept ohne Blick auf den Patienten entworfen wird, in der Vorstellung, der Arzt wisse schon, was richtig sei, und es komme lediglich darauf an, den Patienten davon zu überzeugen, dass er seine Erwartungen dieser Perspektive anpassen müsse.

Franz Petermann (Hg.). Compliance und Selbstmanagement. Göttingen 1998. In diesem deutschsprachigen Standardwerk werden aktuelle Ansätze zur Stärkung der Patientenrolle in der sich wandelnden Arzt-Patient-Beziehung sowie Grundfragen der Compliance-Debatte beschrieben. Es wird betont, dass Compliance im Arzt-Patient-Kontakt immer wieder aufs Neue hergestellt werden muss und wichtige Elemente wie Transparenz, Evidenzbasierung und Verständigung über Behandlungsziele beinhaltet, wenn es ernsthaft darum gehen soll, den Nutzen von Therapie auszuschöpfen, unnötige Schäden zu vermeiden und zugleich eine kosteneffektive Versorgung zu organisieren.

Weitere Literatur beim Verfasser

big abgekürzt werden kann. Die Verwendung neuer Begriffe ist nicht die Lösung des Problems, sondern signalisiert lediglich das Ziel. Und selbst hier ist noch viel Arbeit zu leisten: Was Shared Decision Making wirklich bedeutet, bleibt weiter zu klären. So ohne weiteres lassen sich die „Laienkonstruktion“ und die „ärztliche Konstruktion von Krankheit“ (Eliot Freidson) nicht miteinander in Übereinstimmung bringen, worauf Leonhard Hansen und Edith Meier im Deutschen Ärzteblatt 2006 treffend hingewiesen haben.

**Die Patientenperspektive einnehmen.** Gleichwohl: Es ist sicher deutlich mehr möglich als heute noch gedacht wird. Als in den 80er Jahren die Arbeitsgruppe von Michael Berger begann, Dogmen der klassischen Diabetologie infrage zu stellen und unter anderem Schritt für Schritt belegte, dass eine patientenzentrierte Aufklärung und Schulung die strengen Diätaufgaben für Typ-1-Diabetiker überflüssig macht und die Lebensqualität der Patienten deutlich steigert, waren die meisten Ärzte ungläubig. Heute gehört die Liberalisierung der Diät für diese Patienten zum Standard guter Medizin. Die Compliance der Diabetiker ist dadurch dramatisch verbessert, weil ihnen unnötige Eingriffe in ihren Alltag nicht mehr zugemutet werden. Solche Fortschritte setzen gute Forschung voraus, die bereit ist, Therapieziele aus der Patientenperspektive zu betrachten. Und sie setzt ganz offenkundig eine Grundhaltung voraus, diese Perspektive der Kranken beziehungsweise Ratsuchenden überhaupt für relevant zu halten.

Es ist vielfach gezeigt worden, dass Ärztinnen eine größere Sensibilität hierfür an den Tag legen als ihre Kollegen. Die seit vielen Jahren hierzu forschenden Gesundheitswissenschaftlerinnen Debra Roter und Judith Hall kommen in einem zusammenfassenden Bericht 2004 zu dem Ergebnis, dass Ärztinnen in ihrem Kommunikationsstil deutlich mehr patientenzentrierte Elemente aufweisen als Ärzte, dass die Patientinnen und Patienten bei ihnen vor allem mehr Gelegenheit bekommen, ihre Anliegen zu äußern, ohne frühzeitig unterbrochen zu werden.

**Forschung intensivieren.** Es ist noch eine Menge Forschung und Fortbildung nötig, um genauer herauszufinden, wie die Ziele einer qualitätsorientierten Versorgung in einer offener gehaltenen Kommunikation zwischen Arzt und Patient umgesetzt werden können. Heute herrscht bei vielen Ärzten der Eindruck, dass sie im Zeitalter der leitliniengestützten Medizin die Therapieziele mit noch mehr Nachdruck vertreten müssen – und dass dies mit Shared Decision Making am Ende vielleicht gar nicht zu erreichen ist. Eigene Forschung unterstützt den Verdacht, dass momentan Shared Decision Making zwar von Teilen der Ärzteschaft verbal akzeptiert, aber noch sehr stark mit dem traditionellen Muster verknüpft wird, den Patienten Risiken von Non-Compliance drastisch vor Augen zu führen: Ein hoher Blutdruck wird vermeintlich bekämpft, indem die Angst vor Herzinfarkt und Schlaganfall geschürt wird. Und sicher fehlen auch für wichtige Fragen noch geeignete Schulungs- und Beratungskonzepte, um die Patienten tatsächlich im Rahmen ihrer jeweiligen Anforderungen und Möglichkeiten, wenn nicht auf gleiche Augen-

höhe mit den Ärzten zu heben, so doch mit mehr Souveränität auszustatten.

**Weniger ist oft mehr.** Und für das Verschreiben von Arzneien sollte ein ganz einfaches Rezept nicht aus dem Auge verloren werden: Weniger ist oft mehr. Das könnte auch helfen, den viel beschworenen Müllberg nicht eingenommener Medikamente deutlich abzubauen. Das passt im Übrigen sogar ausgezeichnet in das altbackene Verständnis von Compliance.

Am Ende geht es nicht um Begriffsklärungen, sondern um die Frage, wie Professionalität im Behandlungsprozess und Autonomie von Patienten besser als bisher in Übereinstimmung gebracht werden können. Wie gute Behandlungsergebnisse und Berücksichtigung von Patientenpräferenzen zusammenpassen, das wird noch lange Zeit Gegenstand von Forschung wie von heftigen Auseinandersetzungen im Gesundheitssystem bleiben. Ärzte, die ihren Patienten erklären, auf welche Basis sie ihre Behandlungsempfehlungen stützen, und Patienten, die eine faire Chance bekommen, sich zu informieren und keine Angst haben, ihre Fragen zu platzieren – das ist noch nicht die Lösung der Probleme, aber das wäre wohl schon eine gelungene Landung der Medizin in der Zivilgesellschaft. ■

---

**Professor Norbert Schmacke** leitet die Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung an der Universität Bremen und ist Unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss.

**Kontakt: Schmacke@uni-bremen.de** (u.a. für ein Literaturverzeichnis)

## Glossar

**Adherence:** Adhärenz, übersetzt am ehesten mit Therapietreue. Der Begriff changiert zwischen klassischem Verständnis von Compliance und dem Vereinbaren eines Behandlungsziels zwischen Arzt und Patient, an dem Erfolg oder Misslingen der Therapie gemessen werden können.

**Compliance:** Im klassischen Sinne: Befolgung von Verordnungen des Arztes durch den Patienten. In modernen Varianten wird gesehen, dass Therapietreue immer auch eine aktive Leistung des Patienten ist und nicht erzwungen werden kann.

**Healthy Adherer Effect:** Nachdem gezeigt werden konnte, dass in bestimmten Arzneimittelstudien hohe Adhärenz zum getesteten Wirkstoff wie zum Leerpräparat (Placebo) zu einer Abnahme der Sterblichkeit führte, interpretierten Forscher diesen Zusammenhang damit, dass Menschen mit Neigung zu hoher Adhärenz insgesamt eine gesündere Lebensweisen aufweisen als Menschen mit niedriger Adhärenz.

**Konkordanz:** Im deutschen Schrifttum seltener verwendeter Begriff, der deutlich machen will, dass Non-Compliance nur überwunden werden kann, wenn die artikulierten und nicht artikulierten Fragen und Sorgen von Patienten zur verordneten Behandlung ernst genommen werden mit dem Ziel einer Verständigung über den Behandlungsprozess.

**Non-Compliance:** Im klassischen Sinne: Nichtbefolgung ärztlicher Verordnungen und Gefährdung des Behandlungsziels.

**Shared Decision Making:** Dieses Konzept beinhaltet zwei Kemelemente: die wechselseitige Zustimmung von Arzt und Patient zum diagnostischen und therapeutischen Vorgehen und die aktive Beteiligung des Patienten an den Entscheidungsprozessen. Das Bundesgesundheitsministerium hat das Konzept unter dem Begriff „Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ durch eine Forschungsförderung in Deutschland unterstützt.