

## ADHERENCE: THERAPIETREUE NEU GEDACHT

# Das Ende der Folgsamkeit

Patienten befolgen ärztliche Ratschläge oft entweder gar nicht oder zumindest nicht auf Dauer. Ein neuer Ansatz im Umgang mit den Patienten soll für mehr Therapietreue sorgen. Was sich hinter Adherence verbirgt, erklärt **Norbert Schmacke**.

**A**m Problem mangelnder Therapietreue hat sich über Jahrzehnte die sogenannte Compliance-Forschung abgearbeitet. Compliance heißt schlicht »Folgsamkeit«: Patienten sollen mehr oder weniger kunstvoll dazu überredet werden, zu gehorchen. Eigentlich sagt schon der gesunde Menschenverstand, dass das nicht funktionieren kann. Im schlimmsten Fall wird den Kranken so die Schuld am Misslingen von Behandlungen und der Vergeudung von Mitteln zugeschoben.

**Non-Compliance erfordert Umdenken.** Sozialwissenschaften und Psychologie haben lange um Verständnis für die Gründe fehlender Compliance geworben; die Medizin hat lange weggelächelt. Nun taucht ein neuer, etwas spröde klingender Begriff

auf: Adhärenz. Damit ist etwas prinzipiell anderes gemeint als schlichte Folgsamkeit. Am Beginn der Adhärenz-Debatte steht das Eingeständnis, dass neue Wege in der Verständigung über Behandlungsziele und -wege beschritten werden müssen. Denn: Sinnvolle Behandlungsansätze nützen nichts, wenn sie nicht umgesetzt werden. Schon vor zehn Jahren gab es Schätzungen, dass diese Form von Vergeudung in der gesetzlichen Krankenversicherung bis zu zehn Milliarden Euro jährlich kostet.

**Eine neue Philosophie.** Einen wichtigen Anstoß lieferte die Weltgesundheitsorganisation im Jahre 2003 mit ihrem Bericht »Adherence to long term therapy«, in dem es frei übersetzt heißt: »Adhärenz bezeichnet das Ausmaß, in dem das Verhalten einer Person, verordnete Arzneimittel einzunehmen, Ernährungsempfehlungen zu folgen und/oder den eigenen Lebensstil zu ändern, mit wissenschaftlich fundierten Empfehlungen von Behandlern übereinstimmt.«

Die neue Philosophie lautet: Ärzte, Pfleger und andere Fachkräfte in der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung erläutern den Patientinnen und Patienten ihre fachlich begründete Sicht der Dinge – und erfragen zugleich deren Meinung. Im Idealfall entsteht aus diesem Dialog eine Vereinbarung über Untersuchungs- und Behandlungsziele, die bei längerem Krankheitsverlauf immer wieder angepasst werden kann.

Wie sehen ganz konkrete Bausteine des neuen Adhärenz-Modells aus?

- Es beginnt damit, dass die Therapeuten Interesse an den Meinungen und Wertvorstellungen der Patienten zeigen. Ärzte können (und müssen) Experten in Sachen Diagnostik und Therapie sein, aber nur der Kranke ist Experte seiner Lebensführung. Professionelles Handeln, also auch Therapieempfehlungen, bleibt der besten vorhandenen Evidenz verpflichtet; die professionellen Helfer müssen sich aber stärker fragen, wie sie die Patienten dabei unterstützen können, sinnvolle Behandlungsziele in ihren Alltag aufzunehmen.
- Es geht weiter darum, sich um die Verständlichkeit medizinischer Botschaften Gedanken zu machen. Eine reine Wissensvermittlung ohne Berücksichtigung der emotionalen Seite

### Ärztliche Fragen, die helfen könnten, mehr Adhärenz zu erzeugen

#### Die Erwartungen des Patienten klären

- Was, hoffen Sie, kann ich heute für Sie tun?
- Sie haben ja schon Erfahrungen mit Ärzten – was denken Sie, wie Sie am besten klarkommen?

#### Unterschiedliche Bewertungen ansprechen

- Ich finde es schwierig fortzufahren, wenn ich weiß, dass Sie eine andere Sicht der Situation haben als ich.
- Ich frage mich, ob wir so gut zusammenarbeiten wie es vielleicht möglich wäre.
- Gibt es irgendetwas an diesem Punkt, was ich tun könnte, damit wir besser zusammenarbeiten?

#### Empathie und Verständnis ausdrücken

- Das muss sehr schwierig für Sie sein. Das tut mir leid.
- Es fällt Ihnen offenbar schwer, darüber zu sprechen. Kann ich es irgendwie einfacher für Sie machen?

#### Über eine Diagnose sprechen

- Ich habe jetzt eine Erklärung dafür gefunden, was das Problem ist (Vorstellen der ärztlichen Diagnose). Wie passt das zu dem, was Sie bisher darüber gedacht haben?

Nach Mary S. Stone und Sheryl J. Bronkes: »Meshing patient and physician goals«, 1998 (www.hsmgroup.com/info/compl/compl.html) – Übersetzung durch den Autor.

des Patienten führt oft nicht weiter. Hier sind Kompetenzen in Gesprächsführung und Kommunikation erforderlich.

- Stimmen die ärztliche und die Patientenperspektive nicht überein, dann geht es nicht darum, den Patienten zu überreden, sondern darum, ihn besser zu verstehen. Können die Vorbehalte nicht aus dem Weg geräumt werden, ist seine Haltung zu akzeptieren, wenn nicht eine (krankheitsbedingte) Einschränkung des Beurteilungsvermögens mit massiver Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt.

Das alles gilt für wohl begründete ärztliche Empfehlungen. Gelegentlich stimmt aber auch die Erfahrung, schlecht beraten worden zu sein, die Patienten skeptisch. Adhärenz hat nicht nur etwas mit Unterversorgung zu tun, etwa wenn Infarktpatienten nicht die aus ärztlicher Sicht notwendigen Medikamente einnehmen. Bei Über- und Fehlversorgung, etwa den zum Teil grotesk anmutenden Mehrfach-Verschreibungen für alte Menschen, kann fehlende Folgsamkeit sogar nützlich sein. Die Bedeutung des Adhärenz-Konzeptes wird noch klarer, wenn man sich vergegenwärtigt, dass es bei akuten wie chronischen Erkrankungen keineswegs immer nur den einen Königsweg der Behandlung gibt. Werden Patienten nicht sorgfältig über den jeweiligen Nutzen unterschiedlicher Wege informiert

und erfahren auf anderen Wegen von Alternativen, kann dies ihre Skepsis gegenüber fachlich begründeten Ratschlägen steigern. Auch ist es keineswegs zwingend, dass Therapeuten und Patienten den Nutzen einer Behandlung gleich bewerten.

**Sehr neu und sehr aufregend.** Gelegentlich wird in Publikationen der Begriff »Adhärenz« nur gewählt, weil »Compliance« in Verruf geraten ist. Wenn Adhärenz aber im Dreiklang von Erfragen der Patientenperspektive, Suche nach Verständlichkeit und emotionaler Akzeptanz sowie Respekt vor der Haltung des Patienten verstanden wird, dann ist dieses Konzept immer noch sehr neu und sehr aufregend.

Übrigens: Auch die Forschung muss ihre Hausaufgaben noch besser machen und Adhärenz für unterschiedliche Bereiche der Versorgung gut definieren. Der Berliner Gesundheitspreis ist ein Signal, dem Thema einer gelingenden Kommunikation in der Versorgung auf dem Boden des vorhandenen Wissens und Könnens zu höherer Aufmerksamkeit zu verhelfen. ■

**Professor Dr. Norbert Schmacke** lehrt am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen und leitet die dortige Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung.

## »Das Wissen über Erkrankungen muss verbessert werden.«

### Viele Patienten halten sich nicht an die Empfehlungen ihres Arztes. Welche Folgen hat das für das Gesundheitssystem?

Wenn ärztlich verordnete Medikamente nicht eingenommen werden, kann das den Genesungsprozess verzögern, mitunter auch eine Erkrankung verschlimmern. Manche Patienten halten sich nicht an die Empfehlungen des Arztes, weil sie vom Arzt oder Apotheker nicht richtig aufgeklärt wurden. Lesen sie im Beipackzettel, welche Nebenwirkungen ein Medikament hat, bekommen sie möglicherweise Angst, brechen die Therapie ab oder beginnen sie erst gar nicht. Hier muss man ansetzen. Auch den Krankenkassen kann das nicht gleichgültig sein, denn höhere Kosten für das Gesundheitssystem sind die Folge.

### Internationale Studien machen unter anderem hohe Medikamentenzuzahlungen

### für mangelnde Therapietreue verantwortlich. Wird hier am falschen Ende gespart?

Deutschland hat einen umfangreichen Leistungskatalog für Arzneimittel. Unsere Zuzahlungen sind im Vergleich niedrig und sozial verträglich. Die maximale Belastung liegt bei zwei Prozent des Einkommens. Chronisch kranke Menschen zahlen sogar nur maximal ein Prozent zu.

### Laut Weltgesundheitsorganisation hat das Gesundheitssystem eines Landes großen Einfluss auf die Therapietreue der Patienten. Welche Impulse kann die Gesundheitspolitik hier setzen?

Das Wissen über Erkrankungen, angemessene Therapien und den bestmöglichen Umgang damit muss verbessert werden. Das Bundesministerium für Gesundheit hat deshalb einen Workshop zur Sensibilisierung der Patienten veranstaltet



Ulla Schmidt ist seit 2001 Bundesministerin für Gesundheit.

und ein Merkblatt mit Informationen zu einer sichereren Arzneimitteltherapie erarbeitet. Außerdem wurde das Modellprojekt »Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess« gefördert. Die Auswirkungen sind positiv. Patienten sind besser informiert, realistischer in Bezug auf den Behandlungsverlauf, zuverlässiger bei der Umsetzung der Therapieprinzipien und nicht zuletzt auch zufriedener. Das verbessert die Wirksamkeit einer Behandlung. ■