

Wie können Patienten motiviert werden?

Malcompliance

Dass die Adhärenz (zu Deutsch Therapietreue, Tabelle 1) von chronisch Kranken in industrialisierten Ländern unzureichend ist und durchschnittlich 50% beträgt, hat sich seit der WHO-Publikation in 2004 (1) kaum verändert. Die Folgen eines von den «medico-pharmaco»-therapeutischen Vorgaben abweichenden Verhaltens (Malcompliance) sind bekannt und betreffen das Individuum (z.B. verminderte Effektivität einer medikamentösen Behandlung, Entwicklung von Resistenzen) sowie die Gesellschaft (z.B. Notfalleinweisungen, erhöhte Sterblichkeit). Ebenfalls bekannt sind die Gründe, die zur Malcompliance führen können. So wurden in einer Metaanalyse 771 individuelle Faktoren zusammengezählt (2), die in fünf Dimensionen eingeteilt werden: soziale/ökonomische, systembedingte, krankheitsbedingte, therapiebedingte und patientenbedingte Faktoren (1). Arzt-bezogene Faktoren (z. B. Arzt-Patienten-Verhältnis) sind beim Patienten eingegliedert. In den letzten Jahren wurden in der Adhärenzforschung Erkenntnisse gewonnen, die langsam alte Mythen durch neue Ansätze ersetzen. In diesem Artikel werden Lösungsansätze zur Verbesserung der Malcompliance näher beschrieben, die mit dem Faktor «Patienten» im Generellen und «Motivation» im Speziellen zusammenhängen.

Wie Schlüssel zu Schloss

Übergeordnetes Ziel ist eine adäquate Adhärenz zu erreichen und sie dauerhaft zu gewährleisten. Charakteristika einer optimalen Adhärenz sind die Einnahme des richtigen Arzneimittels, zum verordneten Zeitpunkt, in verordneter Dosierung, für die verordnete Behandlungsdauer und ohne unkontrollierte zusätzliche Selbstmedikation (3). Daraus lassen sich die 10 Erscheinungsbilder der Non-Adhärenz ableiten (Tabelle 2). Viele Interventionsstudien zur Erhöhung der Adhärenz konnten nur mässige Erfolge aufzeichnen, hauptsächlich weil Patienten eingeschlossen wurden, ohne dass ihre «Baseline-Adhärenz» erhoben wurde (4), sodass die Interventionen nicht an die Patientencharakteristika bzgl. Adhärenz angepasst waren.

Die Non-Adhärenz kann willentlich (Engl.: *intentional*) oder unwillentlich (Engl.: *unintentional*) sein (5). Bei der willentlichen Non-Adhärenz verweigert der Patient z.B. die Diagnose oder die Behandlung und die Therapie wird gar nicht gestartet, oder er verändert die Dosierung, um seine eigenen Bedürfnisse zu decken. Oftmals beruht das Verhalten auf Diskrepanzen zwischen Vorstellungen und Erwartungen der Patienten («Mein leichter Kopfschmerz ist wahrscheinlich eine bedeutungslose Störung») und den medizinischen Befunden und Empfehlungen («Sie haben eine Hypertonie und brauchen lebenslang eine medikamentöse Therapie») (6). Die willentliche Non-Adhärenz kann nur im Dialog aufgespürt und durch motivierende Gesprächsführung (Engl.:



PD Dr. Isabelle Arnet
Basel



Prof. Kurt E. Hersberger
Basel

TAB. 1 Synonyme und Definitionen der verschiedenen Bezeichnungen für «compliance» seit 1974.	
Bezeichnung auf Englisch (Deutsch)	Synonyme auf Deutsch → Definition
compliance	Therapietreue, Befolgung, Einwilligung, Unterwürfigkeit, Fügsamkeit. → Ausmass, in welchem das Verhalten des Patienten mit den abgesprochenen therapeutischen Empfehlungen übereinstimmt (MeSH* seit 1974)
adherence (Adhärenz)	Einhaltung. → gleiche Definition wie Compliance; das neue Wort versucht, sich vom Bild des folgsamen, passiven Patienten zu lösen (MeSH* seit 2009)
concordance (Passung)	Übereinstimmung. → partnerschaftliche Kooperation zwischen Medizinalperson und Patient, mit einer vertrauensvollen Beziehung, eigenverantwortlichen und konsensualen Entscheidungen sowie aktivem Einbezug des Patienten bei der Planung und Realisierung der Behandlungsmassnahmen
persistence (Persistenz)	Beharrlichkeit, Ausdauer. → Zeitspanne, in der ein Patient adhären ist

*MeSH: Medical Subject Headings, systematische Schlagwörter für eine effizientere Literatursuche in PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>).

motivational interviewing) verbessert werden. Bei der unwillentlichen Non-Adhärenz ist die Patientin daran gehindert, die Therapie auszuführen (7–8). Ursachen dafür sind oft Vergesslichkeit, Fehler der Verständigung, komplexe Therapien oder eingeschränkte Fertigkeiten des Patienten (Geschicklichkeit, Sehvermögen, Kognition). Mischformen sind möglich und ein Patient kann sowohl willentliche wie auch unwillentliche Non-Adhärenz für verschiedene Arzneimittel zeigen, ja sogar für das gleiche Arzneimittel zu

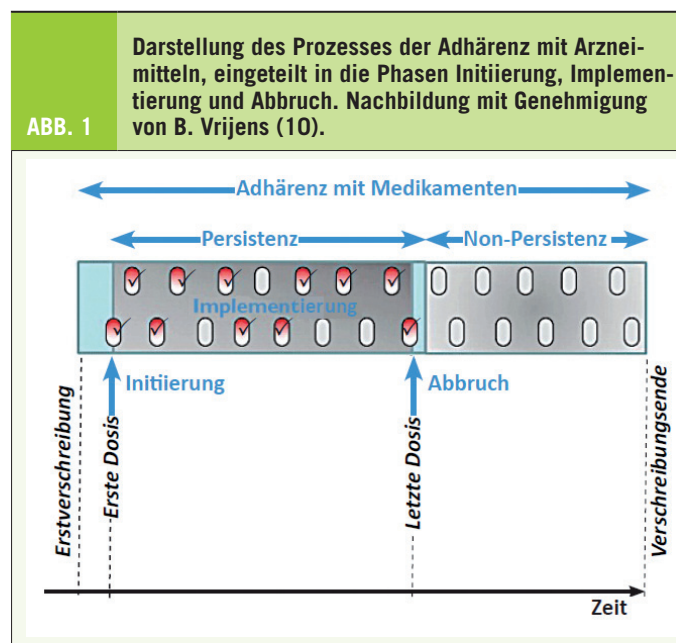
TAB. 2 Die 10 Erscheinungsbilder der Non-Adhärenz (3)	
C	Parkplatzeffekt: der Patient entsorgt kurz nach Beschaffung des Arzneimittels das gesamte Quantum.
OOO OOO OOO	Drug holiday: eine Therapiepause, die ein getreuliches Befolgen für kurze Zeit unterbricht. Hierzu gehört das «Strecken» einer Packung damit sie länger hält, z. B. bei Patienten in finanziell schwieriger Lage.
MMM M Arzttermin	Weisskitteladhärenz: der Patient befolgt die sonst weitgehend ignorierte ärztliche Empfehlung kurz vor dem Arzttermin. Dieses Einnahmemuster kann eine Non-Adhärenz verschleiern, weil bei den ärztlichen Verlaufskontrollen der Patient zwar gut eingestellt zu sein scheint, dies im Langzeitverlauf jedoch nicht der Fall ist.
P Q Q Q Q Q Q Q Q	Das falsche Arzneimittel perfekt eingenommen ist mit einer fehlenden oder unerwarteten Wirkung verbunden.
LLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLL	Überdosierung als erster Dosierungsfehler geht oft mit exzessiver Wirkung einher.
I I I I	Unterdosierung als zweiter Dosierungsfehler geht oft mit fehlender Wirkung einher.
AA A AA A A AA	Erratische Dosierung als dritter Dosierungsfehler ist oft mit unerwünschten Wirkungen (wie Rebound Effekt) verbunden.
NN NN NN NN NN	Falsche Einnahmefrequenz tritt ein bei z.B. einer zweimal statt wie verordnet dreimal täglichen Einnahme.
C C C Cstopp	Falsche Einnahmedauer bedeutet meistens einen frühzeitigen Abbruch der Therapie und ist oft mit einer scheinbaren Wirkungslosigkeit verbunden.
E EX E E Y YE Z	Polymedikation bedeutet hier die Einnahme von zusätzlichen und nicht verordneten Arzneimitteln (Selbstmedikation und verschriebene Medikation) und ist nicht zu verwechseln mit richtlinienkonformer Polypharmazie.

unterschiedlichen Zeitpunkten. Gesichert ist, dass eine Intervention zielgerichtet auf die Probleme eines bestimmten Patienten eingehen und für seine Bedürfnisse massgeschneidert sein muss (4), wie Schlüssel zu Schloss. Wir verweisen auf die Publikation von Allemann et al. wonach Interventionen zur Förderung der Adhärenz einerseits auf die beeinflussbaren Patienten-Charakteristika fokussieren und andererseits auf die nicht beeinflussbaren Charakteristika angepasst werden sollten (4).

Neue Taxonomie und neue Ansätze

Die Nomenklatur der verschiedenen Aspekte der Therapietreue sowie der Ursachenkonstellation ihres Nichteinhaltens war lange nicht einheitlich und vermischte Begrifflichkeiten wie Nicht-Akzeptanz oder Non-Persistenz (9). Die Adhärenz wurde 2012 gemäss Prinzipien der Verhaltenswissenschaft in die drei Phasen *Initiierung*, *Implementierung* und *Abbruch* (siehe Abbildung 1) eingeteilt (10). Die Autoren des vorliegenden Artikels schlagen hier zum ersten Mal die Begriffe auf Deutsch vor, die jedoch noch nicht validiert sind. Eine Umfrage widmet sich zurzeit dieser Aufgabe (*deutschsprachige Interessenten sind herzlich eingeladen, sich bei den Autoren zu melden*). Die optimale Wirkung einer Therapie setzt die sequentielle Abfolge der nachstehenden Phasen voraus.

Die erste Etappe, die **Initiierung**, beginnt, wenn der Patient die erste Dosis seiner verordneten Medikation angewendet hat und ist ein binäres Ereignis (ja/nein). Doch ein Therapiestart sollte nie als selbstverständlich angenommen werden. Die Analyse von über 10 Millionen Neuverschreibungen, die an eine US Apothekenkette im Jahr 2008 elektronisch übermittelt wurden, zeigte dass 3.6% der Epilepsiemedikation nicht abgeholt wurde (11) (sogenannte primäre Non-Adhärenz). Ein grundlegender psychologischer Schritt muss stattfinden: die Akzeptanz der Therapieempfehlung und die Bereitschaft, die Therapie wie geplant auszuführen. In der Phase der Initiierung ist generell viel Informations- und Erklärungsbedarf notwendig, denn die medizinischen Zusammenhänge der Behandlung und die Tragweite der Nichtbehandlung müssen vom Patienten und seinem Umfeld verstanden und akzeptiert werden. Oft werden Patienten zu wenig über die Dauer der Anwendung und mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkung aufgeklärt (12). Weil Verlockungen generell mehr Effekt als Bedrohungen haben, ist es



überflüssig, die Nachteile eines fehlerhaften oder Nichteinhaltens der Arzneimitteltherapie zu betonen. Besser ist es dem Patienten zu verstehen geben, wie stark er die eigene Gesundheit beeinflussen kann. Erst wenn der Patient von den Vorteilen einer Therapie überzeugt ist, kann eine Pharmakotherapie erfolgversprechend begonnen werden. Zwei Themen sollten mit dem Patienten exploriert werden, a) seine Kenntnisse der Diagnose und der Behandlungsmöglichkeiten; b) seine Einstellungen (Engl.: *beliefs*) zur Notwendigkeit der Therapie und seine Bedenken hierzu. Mögliche Einstiegsfragen sind: «Können Sie mir kurz sagen, was Sie über Ihre (Krankheit) wissen?» (13) oder «Fällt es Ihnen schwer, sich mit Ihrer (Krankheit) abzufinden?» (14).

Die zweite Etappe, die **Implementierung**, beschreibt ein longitudinales Verhalten von der Initiierung bis zur letzten angewendeten Dosis. Sie kann als Ausführungsqualität (Engl.: *quality of execution*) verstanden werden. Die Anzahl Dosen und Einnahmezeitpunkte sind Masse dafür, wie exakt sich der Patient an das Dosierungs-

schema hält. Der Wille und die Fähigkeit jeder Person, einen Therapieplan wie verordnet umzusetzen, werden durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst, wie z. B. Lebensstil, Einstellungen, Fertigkeiten. Ziel ist es, den Patienten über das Vorgehen und die zu erwartenden Ziele zu informieren, ihn aktiv in die Wahl der Therapie einzubinden, und ihm die Verantwortung für seine Behandlung übernehmen zu lassen (15). Zwei Themen sollten mit dem Patienten exploriert werden, a) die möglichen Schwierigkeiten, die er bei der konkreten Durchführung der Therapie antreffen könnte; b) die praktische Unterstützung um diese Probleme zu bewältigen (15).

Eine mögliche Einstiegfrage lautet: «Ärgern Sie sich darüber, dass Sie regelmässig Medikamente (gegen Ihre Krankheit) einnehmen müssen?» (14). Hier sollte auch dem Patienten erklärt werden, was im Falle von Versäumnissen zu tun ist, z. B. dass das Vergessen einer Dosis oft ohne Konsequenzen bleibt, weil die Schutzwirkung der Medikamente ausreichend lang ist (entsprechend den Halbwertszeiten). Doch eine versäumte Einnahme sollte unbedingt nachträglich eingenommen werden, ausser sie fällt auf die nächstfällige Einnahme (keine doppelte Einnahme). Hier verzeihen (Engl.: *forgiveness*) mehrmalige tägliche Einnahmen mehr Fehler in der Adhärenz. Zur Illustration: Das Auslassen von 1 Dosis (bei 1x täglicher Einnahme) reduziert die Serumwerte im gleichen Umfang unter die therapeutische Konzentration wie wenn bei einer 2x täglichen Einnahme 3 konsekutive Dosen ausgelassen werden (16), wobei letzteres Versäumnis sehr selten stattfindet.

Die dritte Etappe ist der **Abbruch**, welcher den Zeitraum von der ersten bis zur letzten Einnahme beschreibt. Sie wird als «Zeit bis zum Ereignis» quantifiziert und Persistenz genannt. Nach dem Stopp der Therapie beginnt somit die Non-Persistenz und dauert bis zum Schluss der Verschreibungsperiode. Circa die Hälfte der chronisch Kranken bricht ihre Therapie endgültig nach einem Jahr ab, auch bei einem 1x täglichen Einnahmeschema (17). Doch ein Einnahmestopp geht nicht zwingend mit einem Therapieabbruch einher. Ein kürzliches Auslassen der Medikation könnte auf einen Implementierungsfehler hindeuten. Bei Verdacht auf Non-Persistenz sollte zwischen flexiblem Therapieplan, Drug holiday und echter Non-Persistenz unterschieden werden. Mit dem Begriff **Re-Initiierung** wird dieser Tatsache Rechnung getragen. Dabei werden mehrere Therapieepisoden durch klare Therapiepausen von unterschiedlich langer Zeitdauer (Engl.: *treatment gaps*) getrennt.

Aussageschwache Quantifizierung

Die alleinige Aussage, dass ein Patient in einem definierten Zeitraum 50% seiner Tabletten eingenommen hat, lässt viel Spielraum über das tatsächliche Einnahmemuster offen. Ob die Einnahme bis zur Hälfte des Zeitraums perfekt war und dann endete (Non-Persistenz) oder nur jeden zweiten Tag stattfand (mangelnde Ausführungsqualität) kommt aus einer einzigen Zahl nicht hervor.

Motivierende Gespräche als Patientenlenkung

Es ist erwiesen, dass eine schlechte Arzt-Patienten-Kommunikation die Adhärenz beeinflusst (18), und umgekehrt wirkt sich die Nonadhärenz auf die Beziehung aus. Somit sollte eine erfolgreiche Kommunikation angestrebt werden, die nicht nur das «Was» (die Information und ihr Verstehen) sondern auch das «Wie» (die Über-

mittlung der Mitteilung und die Begleitumstände) berücksichtigt. Jede Kommunikation beinhaltet nicht nur einen Inhalts- sondern auch einen Beziehungsaspekt (13), der die patientenindividuelle Motivation steuert. Grundschwierigkeit ist, dass niemand auf die Dauer gegen seine Erwartungen und Bedürfnisse zu motivieren ist. Untersuchungen konnten zeigen, dass Patienten eher zur Adhärenz neigen, wenn der Arzt Präsenz, Wertschätzung und Empathie zeigt (19) (zur Erinnerung: Empathie ist eine nicht bewertende sondern rein beobachtende Wahrnehmung, im Sinne einer verständnisvollen Reaktion auf die Emotionen eines anderen Menschen). Und nicht vergessen: Zwei Erklärungen werden gut erinnert, von vier Erläuterungen wird eine, von acht werden vier vergessen (20-21). Und noch dies: Eine am Anfang gegebene Empfehlung wird doppelt so gut behalten wie ein Ratschlag in der Mitte einer Reihenfolge.

Das Gespräch über die Adhärenz beginnt am besten mit einer offenen Frage: «Wie sind Sie mit der Einnahme Ihrer (Medikation) zurechtgekommen?» oder «Wie haben Sie die (Medikamente) eingenommen?». Bei der geschlossenen Frage «Haben Sie die Tabletten wie vereinbart eingenommen?» wird oft ein spontanes «Ja» geantwortet, das keine Hinweise auf individuelle Einnahmemuster gibt. Bewährt hat sich auch ein direktes Befragen nach einem generell einleitenden Satz (22): «Viele Menschen haben Schwierigkeiten, regelmässig an die Einnahme ihrer Medikamente zu denken. Wie schaffen Sie es, Ihre Medikamente regelmässig anzuwenden?».

PD Dr. phil. II Isabelle Arnet

Prof. Kurt E. Hersberger

Pharmaceutical Care Research Group
Dept. Pharmazeutische Wissenschaften, Universität Basel
Klingelbergstrasse 50, 4056 Basel
isabelle.arnet@unibas.ch

+ **Interessenskonflikt:** Die Autoren haben keine Interessenskonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

+ Literatur

am Online-Beitrag unter: www.medinfo-verlag.ch

Take-Home Message

- ◆ Die Adhärenz ist ein dynamisches Verhalten, das mit der ersten Dosis beginnt und bis zum Therapieabbruch dauert.
- ◆ Malcompliance kommt häufig vor und hat schwerwiegende klinische und finanzielle Folgen.
- ◆ Eine adäquate Initiierung (Einnahme der ersten Dosis), Implementierung (Ausführungsqualität) und Persistenz (Ausdauer) des Therapieplans sind das Resultat eines erfolgreichen kommunikativen Prozesses zwischen dem Patienten und seinem Umfeld (Arzt, Apotheker, Pflegenden, Familie, Freunde, Medien) gekoppelt an seine Fähigkeit und Fertigkeit, die Therapie wie geplant auszuführen.
- ◆ Das Ziel muss für den Patienten erkennbar, erstrebenswert und erreichbar sein.
- ◆ Präsenz, Wertschätzung und Empathie sind Schlüssel für eine erfolgreiche Kommunikation.

Literatur:

1. World Health Organization. Adherence to long-term therapies - Evidence for action. 2003;1-194.
2. Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Front Pharmacol* 2013;4:91.
3. Arnet I, Haefeli W. Gründe für fehlende Arzneimittelwirkung. In: Documed, editor. *Grundlagen der Arzneimitteltherapie*. Basel, 2001.
4. Allemann S, Nieuwlaat R, van den Bemt B, Hersberger K, Arnet I. Matching adherence interventions to patient determinants using the Theoretical Domains Framework. *Front Pharmacol* 2016;7:429.
5. Clifford S, Barber N, Horne R. Understanding different beliefs held by adherers, unintentional nonadherers, and intentional nonadherers: application of the Necessity-Concerns Framework. *J Psychosom Res* 2008;64(1):41-46.
6. Festinger L, Carlsmith J. Cognitive consequences of forced compliance. *J Abnorm Psychol* 1959;58(2):203-10.
7. Heneghan CJ, Glasziou PP, Perera R. Reminder packaging for improving adherence to self-administered long-term medications. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(9):CD005025.
8. Wroe AL. Intentional and unintentional nonadherence: a study of decision-making. *J Behav Med* 2002;25(4):355-72.
9. Düsing R. Therapietreue bei medikamentöser Behandlung. *Dtsch Med Wochenschr* 2006;131(46 Spec No):H28-30.
10. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppar T, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol* 2012;73(5):691-705.
11. Shrank WH, Choudhry NK, Fischer MA, et al. The epidemiology of prescriptions abandoned at the pharmacy. *Ann Intern Med* 2010;153(10):633-40.
12. Tarn DM, Heritage J, Paterniti DA, Hays RD, Kravitz RL, Wenger NS. Physician communication when prescribing new medications. *Arch Int Med* 2006;166(17):1855-62.
13. Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. Kommunikation im medizinischen Alltag-Ein Leitfaden für die Praxis. Abrufbar unter URL: www.samw.ch/dam/jcr:606f276c-98c9-4ae7-89ac-7f61b8a9a698/leitfaden_samw_kommunikation_alltag.pdf 2013.
14. May TW, Pfäfflin M, Thorbecke R, Specht U, van Kampen N, Coban I. PESOS-Fragebogen für Menschen mit Epilepsie. *Z Epileptol* 2004;17(4):287-300.
15. Cushing A, Metcalfe R. Optimizing medicines management: from compliance to concordance. *Ther Clin Risk Manag* 2007;3(6):1047-58.
16. Comté L, Vrijens B, Tousset E, Gérard P, Urquhart J. Estimation of the comparative therapeutic superiority of QD and BID dosing regimens, based on integrated analysis of dosing history data and pharmacokinetics. *J Pharmacokinetic Pharmacodyn* 2007;34(4):549-58.
17. Vrijens B, Vincze G, Kristanto P, Urquhart J, Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *Br Med J* 2008;336(7653):1114-17.
18. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353(5):487-97.
19. Rosenberg M, Chopra D. *Nonviolent communication: A language of life*. Puddle-Dancer Press 2015.
20. Godwin Y. Do they listen? A review of information retained by patients following consent for reduction mammoplasty. *Br J Plast Surg* 2000;53(2):121-25.
21. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med* 2003;96(5):219-22.
22. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, Gibson ES, Bernholz CD, Mukherjee J. Can simple clinical measurements detect patient noncompliance? *Hypertension* 1980;2(6):757-64.