

# Die Adhärenz: Ein wichtiges Element in der Betreuung von Chronischkranken

**Chronischkranke Patienten<sup>1</sup> leben häufig mit Medikamenten, die sie regelmässig und exakt dosiert einnehmen müssen. Halten sie sich nicht an die Vorgaben, verschlechtert sich ihr Zustand. Die Folgen sind häufigere Arztbesuche, zusätzliche Therapien oder Spitalaufenthalte. Trotz dieser Auswirkungen erhält die so genannte Adhärenz bei Chronischkranken zu wenig Aufmerksamkeit und zu wenig professionelle Unterstützung.**

**Marie-Paule Schneider,  
Rebecca Spirig**

In den westlichen Industrieländern steigt die Zahl von ambulant betreuten chronischkranken Patienten kontinuierlich. Viele dieser Patienten müssen komplexe Medikamentenkombinationen in ihren Alltag integrieren. Die Medikamente für Chronischkranke wurden in den letzten Jahren spezifischer und wirkungsvoller, trotzdem kann die Einnahme für den Patienten kompliziert

sein. So wird ein Patient mit metabolischem Syndrom möglicherweise gleichzeitig mit einer antihypertensiven und einer antidiabetischen Therapie sowie mit einem Statin behandelt. Ein weiteres Beispiel ist die HIV-positive Patientin mit einer hochwirksamen antiretroviralen Therapie, deren Nebenwirkungen die Lebensqualität stark beeinträchtigen. Da stellt sich die Frage, wie diese Chronischkranken ihre Medikamente in den Alltag integrieren, wie sich ihre Medikamentenadhärenz (siehe *Kasten 1*) längerfristig entwickelt und welche Unterstützung sie von professioneller Seite erhalten.

Es ist an der Zeit zu fragen, welchen Stellenwert das Gesundheitssystem einer Unterstützung Chronischkranker beimisst, die über Diagnostik und Therapie hinausgeht [1]. Sicher sind ambulante Patienten für die korrekte Durchführung ihrer Behandlung selbst verantwortlich, doch muss diese Verantwortung von der betreuenden Fachpersonen mitgetragen werden. Der vorliegende Artikel soll anregen, über die Rolle der verschiedenen Fachpersonen bei der Unterstützung von Chronischkranken nachzudenken, mit dem Ziel, dass die Patientin mit Krankheit und Therapie adäquat umgehen kann. Dafür braucht es eine aktive Haltung der Professionellen und eine Aufwertung der interdisziplinären Arbeit.

## Modelle zum Patientenverhalten

Der typische Chronischkranke konsultiert seinen Arzt mehr oder weniger regelmässig, bezieht seine Medikamente für jeweils drei Monate in der Apotheke und ist danach auf sich allein gestellt. Neben den medizini-



Marie-Paule Schneider



Rebecca Spirig

schen Informationen wird der Patient durch zahlreiche und widersprüchliche Informationsquellen stark beeinflusst (Verwandte, Nachbarn, Medien, Internet und Komplementärmedizin), wie auch durch die Krankheitssymptome und Nebenwirkungen der Medikamente. Mehrere interessante Modelle wurden konzipiert, um die Determinanten der therapeutischen Adhärenz zu

<sup>1</sup> Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird entweder die männliche Form oder die weibliche Form verwendet und die jeweils andere mitgemeint

bestimmen. Ein Modell zeigt, dass Informationen über die Krankheit und deren Therapie unabdingbar sind, aber die Adhärenz nicht garantieren [4]. Patienten müssen motiviert werden und sich fähig fühlen, den therapeutischen Ablauf anzugehen [5]. Sie müssen lernen, die Medikamenteinnahme zu planen, auch in speziellen Situationen wie ausser Haus. Im Modell von Leventhal [6, 7], wie auch in abgeleiteten Modellen [8, 9], interpretiert der Patient kognitiv und emotional die erhaltenen Informationen sowie sein persönliches Erleben der Symptome, um dann zu entscheiden, ob er das verschriebene Medikament einnimmt oder nicht. Patienten wägen ununterbrochen ab zwischen der wahrgenommenen Notwendigkeit der Behandlung und den Befürchtungen, die die Therapie auslöst. Die Wahrnehmung wird durch weitere Faktoren beeinflusst, wie soziale Unterstützung oder auch kulturelle Aspekte. Diese vielschichtigen Modelle erlauben es, das Verhalten des Patienten zu verstehen und sind unentbehrlich für die Entwicklung einer adäquaten Betreuung.

### Die Haltung der Professionellen

Die Problematik der Adhärenz wird in der medizinischen Betreuung nur wenig thematisiert. Ärzte spielen im Moment der Medikamentenverschreibung und bei Informationen zur Behandlung eine grosse Rolle. Dabei gilt es, die Therapiebereitschaft der Patientin zu berücksichtigen [10]. Apotheker wiederum können bei der ersten Verschreibung überprüfen, ob die Patienten ihre Therapie verstehen und in der Lage sind, diese selbstständig durchzuführen. Bei der langfristigen und alltagsorientierten Begleitung spielen Pflegefachpersonen und Apotheker eine wesentliche Rolle. Sie können regelmässig und prospektiv die Adhärenz unterstützen und wenn nötig gemeinsam mit anderen Professionellen intervenieren. Die behandelnde Ärztin sollte regelmässig einen Adhärenzbericht erhalten, der bei den Konsultationen und der weiteren Planung hilfreich sein kann.

### Zusammenarbeit noch in den Kinderschuhen

Leider steckt die multiprofessionelle Kollaboration bei der Adhärenz noch in den Kinderschuhen. Die Kompetenzen und Vorgehensweisen der einzelnen Professionellen würden sich jedoch bei einer strukturierter Zusammenarbeit ausgezeichnet ergänzen. Dabei gilt es, erprobte Kommunikationstechniken wie das motivierende Patientengespräch einzusetzen [11]. Ein solch orchestriertes Vorgehen ist innovativ, und es würde sich lohnen, dieses auf nationaler Ebene zu evaluieren. Doch gibt es bis jetzt keine spezifische Ausbildung zur Adhärenzunterstützung für Fachpersonen, und es fehlt auch weitgehend der Austausch über erprobte Unterstützungsmethoden und klar definierte Strategien.

### Beispiel eines etablierten Netzwerkes

An der Policlinique médicale universitaire de Lausanne (PMU) arbeiten Ärzte und Apotheker seit über zehn Jahren auf dem Gebiet der therapeutischen Adhärenz zusammen, sowohl in der Forschung wie auch in der Praxis. In einer prospektiven Studie wurde bei therapieresistenten Hypertoniepatienten die Medikamenteneinnahme während zwei Monaten aufgezeichnet. Dabei führte schon die Aufzeichnung allein dazu, dass sich der arterielle Blutdruck bei einem Drittel der Patienten normalisierte und bei einem weiteren Drittel der Blutdruck signifikant abnahm, ohne sich jedoch zu normalisieren [12]. Diese Information ist für die Ärzte essenziell, denn sie erlaubt, die Problematik der Therapieresistenz differenziert anzugehen durch weiterführende Untersuchungen, Intensivierung/Änderung der Behandlung oder Unterstützung der Adhärenz. Jede Ärztin der Poliklinik kann ihren Patienten eine «Adhärenz-Konsultation» verordnen (siehe *Kasten 2*).

### Beispiel einer interdisziplinären Zusammenarbeit

An der HIV-Sprechstunde in Basel wurden ebenfalls verschiedene Forschungs- und Praxisentwicklungsprojekte im Bereich Adhärenz durch-

Kasten 1:

#### Adhärenz (festhalten, befolgen)

Medikamentenadhärenz ist definiert als angemessene, aktive Haltung der Patientin gegenüber den therapeutischen Zielen, welche mit der medizinischen Fachperson festgelegt worden sind. Die Adhärenz entwickelt sich dynamisch, entsprechend den Lebensumständen der Patienten. Studien haben gezeigt, dass 20 bis 80 Prozent der Chronischkranken ihre Medikamente nicht wie vereinbart einnehmen [1]. Häufig werden Therapien frühzeitig abgebrochen. Laut zwei kanadischen Studien (n total = 43 929) führten nur 40 Prozent der Bluthochdruckpatienten ihre Behandlung länger als fünf Jahre durch [2, 3]. Obwohl bedeutend, wird das Thema der Nicht-Adhärenz von Ärzten und Patienten bei Konsultationen kaum angeschnitten. Da das Therapieverhalten im Alltag dem Arzt weitgehend verborgen bleibt, wird Nicht-Adhärenz häufig erst beim Auftreten eines Problems bemerkt.

geführt. Eine Untersuchung der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie (n = 3607) ergab beispielsweise eine Nicht-Adhärenzrate von 31,1 Prozent. Alleine leben und längere Zeit mit der Diagnose HIV leben waren Faktoren, die Nicht-Adhärenz unterstützten [13]. Zwei weitere Studien wurden zu den Themen Therapiebereitschaft und Behandlungsentscheidungsprozesse durchgeführt. 78 Prozent der HIV-Infizierten, die bereit waren zu einer Therapie, hatten diese nach drei Monaten auch tatsächlich begonnen. Eine Mehrheit der HIV-Infizierten (71%) empfand den Schritt zur Therapie als eine gemeinsam mit den Fachleuten getroffene Entscheidung. [14]. Qualitative Interviews zeigten, dass eine partnerschaftliche Zusammenarbeit von Professionellen und HIV-Infizierten notwendig ist. Auch scheint es wichtig, die Erfahrungen und die Expertise HIV-Infizierter mit einzubeziehen und ihnen Zeit zu geben, sich mit der Therapie auseinander zu setzen [15]. Solche Erkenntnisse fliessen dann in die Adhärenzberatungen ein. In einer Erstkonsultation informieren Ärzte HIV-

Kasten 2:

**Klinisches Beispiel**

Trotz einer Vierfach-Therapie (Irbesartan 300 mg, Hydrochlorothiazid (HTC) 12,5 mg, Metoprolol 100 mg, Torasemid 10 mg) blieb der Blutdruck einer 66-jährigen Patientin (ohne andere Ko-Morbiditäten) während mehrerer aufeinander folgender Konsultationen unkontrollierbar. Sie bestätigte, ihre Pillen richtig einzunehmen und dabei keine speziellen Probleme zu haben. Wegen des therapeutischen Versagens wurde sie zu einer Adhärenzberatung ans PMU überwiesen. Sie stimmte einem Monitoring der Medikamenteneinnahmen zu, welches im Juli 2005 begann. Ein und zwei Monate später wies sie während der Konsultationen einen zu tiefen Blutdruck auf, und es konnte festgestellt werden, dass sie absolut adhärenz war. Daraufhin wurden die einzelnen Dosierungen nacheinander stark gesenkt (Irbesartan 150 mg, HTC 12,5 mg, Metoprolol 25 mg, Torasemid 5 mg), bis die Patientin im Oktober 2005 einen normalen Blutdruck hatte. In diesem Fall war es klar, dass die Nicht-Adhärenz der Grund für das therapeutische Versagen war. Im Weiteren wird es darum gehen, die Umstände der Nicht-Adhärenz zu ergründen und die Patientin darin zu unterstützen, ihre Therapie langfristig und korrekt durchzuführen.

Die erprobten Adhärenzinterventionen können später in der Praxis implementiert werden, in einem Qualitätszirkel von Ärzten und Apothekern [16] oder einem Netzwerk von Ärzten und Pflegefachpersonen zur spitalexternen Betreuung von betagten Patienten. Weitere Möglichkeiten sind Netzwerke von Ärzten, Pflegefachpersonen und Apothekern im Rahmen von Spezialkonsultationen, zum Beispiel bei Transplantations- oder HIV-Patienten. Innerhalb eines Spitals sollten Kollaborationen gefördert werden, vor allem im Hinblick auf den Spitalaustritt und die ambulante Betreuung. Bei der Schulung von Diabetikern und übergewichtigen Patienten wurden in der Schweiz bereits interessante, multidisziplinäre Arbeiten entwickelt [17]. Diese Erfahrungen sollten erweitert werden. Weiter ist wichtig, eine langfristige Partnerschaft zwischen medizinischen Fachpersonen und Patienten zu entwickeln, welche die Möglichkeiten und die Autonomie der Patientin respektiert. Die Unterstützung der Adhärenz ist eine eigenständige Aufgabe. Zur langfristigen Beeinflussung der Qualität chronischer Erkrankungen lohnt es sich, diese weiterzuentwickeln. ■

Literatur:

1. World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization, editor. 1-194. 2003.
2. Caro JJ, Salas M, Speckman JL, Raggio G, Jackson JD. Persistence with treatment for hypertension in actual practice. *CMAJ* 1999; 160(1): 31-37.
3. Perreault S, Lamarre D, Blais L, Dragomir A, Berbiche D, Lalonde L et al. Persistence with treatment in newly treated middle-aged patients with essential hypertension. *Ann Pharmacother* 2005; 39(9): 1401-1408.
4. Amico KR, Toro-Alfonso J, Fisher M. An empirical test of the information, motivation and behavioral skills model of antiretroviral therapy adherence. *AIDS Care* 17[6], 661-673. 1-8-2005. Ref Type: Generic.
5. Bandura a. Health functioning. In: Bandura a, editor. *Self-efficacy, the exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Co, 1997: 259-318.
6. Leventhal H, Safer MA, Panagis DM. The impact of communications on the self-regulation of health beliefs, decisions, and behavior. *Health Educ Q* 1983; 10(1): 3-29.
7. Leventhal H. The role of theory in the study of adherence to treatment and doctor-patient interactions. *Med Care* 1985; 23(5): 556-563.
8. Horne R, Buick D, Fisher M, Leake H, Cooper V, Weinman J. Doubts about necessity and concerns about adverse effects: identifying the types of beliefs that are associated with non-adherence to HAART. *Int J STD AIDS* 2004; 15(1): 38-44.
9. Spirig R, Moody K, Battegay M, De Geest S. Symptom Management in HIV/AIDS: Advancing the conceptualization. *Advances in Nursing Science ANS* 2005; 28(4): 333-344.
10. Fleury J, Cameron K. The Index of Readiness. In: Strickland O.L, Dilorio C, editors. *Measurement of Nursing Outcomes*. New York: Springer Publishing Company, 2003: 265-275.
11. Miller WR, Rollnick S, Conforti K. *Motivational Interviewing, Second Edition: Preparing People for Change*. The Guilford Press ed. 2002.
12. Burnier M, Schneider MP, Chioloro A, Stubi CL, Brunner HR. Electronic compliance monitoring in resistant hypertension: the basis for rational therapeutic decisions. *J Hypertens* 2001; 19(2): 335-341.
13. Glass TR, De Geest S, Rainer W, Vernazza PL, Rickenbach M, Furrer H et al. Correlates of Self-reported Nonadherence to Antiretroviral Therapy in HIV-infected Patients. *The Swiss HIV Cohort Study. J Acquir Immune Defic Syndr*. In press.
14. Fehr JS, Nicca D, Sendi P, Wolf E, Wagels T, Kiss A et al. Starting or changing therapy - a prospective study exploring antiretroviral decision-making. *Infection* 2005; 33(4): 249-256.
15. Nicca D, Fehr J, Battegay M, Spirig R. Bereit für die antiretrovirale Therapie? Die Entscheidungsfindung aus Sicht von HIV-Infizierten. *Pflege* 2005; 18: 289-298.
16. Bugnon O, Niquille A, Repond C, Curty C, Nyffeler R. Les cercles de qualité médecins-pharmaciens: un réseau local reconnu pour maîtriser les coûts et la qualité de la prescription médicale. *Med Hyg* 2004; 62: 2054-8.
17. Lacroix A, Assal J-P. *L'Éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique*. Paris: Editions Vigot, 1998.

Infizierte über die Therapie und die zu erwartenden Nebenwirkungen. Speziell ausgebildete Pflegefachpersonen thematisieren Probleme bei der Medikamenteneinnahme in motivierenden Gesprächen. Gemeinsam mit den Betroffenen planen sie die Gestaltung des Alltags wie die Anpassung der Medikamenteneinnahme an die Tagesstrukturen.

**Schweizer Perspektiven**

Die Professionellen im schweizerischen Gesundheitswesen wie Ärzte, Pflegefachpersonen und Apotheker müssen für die Problematik sowie die klinische und wirtschaftliche Bedeutung der Nicht-Adhärenz sensibilisiert werden. Dazu braucht es nationale, prospektive und randomisierte Studien, um anhand klinischer und wirtschaftlicher Parameter zu bestimmen, welche Vorgehensweisen bei der Adhärenzunterstützung wirkungsvoll sind.

**Autorinnen:**

**Dr Marie P. Schneider**

PhD, pharmacist responsible for a drug adherence consultation for chronic patients  
Pharmacie  
Policlinique Médicale Universitaire  
Rue du Bugnon 44  
1005 Lausanne  
E-Mail:  
Marie-Paule.Schneider@hospvd.ch

**Prof. Rebecca Spirig**

PhD, PhD, RN, Extraordinaria für Klinische Pflegewissenschaft und Leiterin der Abteilung Klinische Pflegewissenschaft am Universitätsspital Basel Markgräflerhof Hebelstrasse 10  
4031 Basel  
E-Mail: rspirig@uhbs.ch

**Übersetzung aus dem Französischen:  
Susanna Kussmann-Gerber**