



# Abstract /Kurzfassung

## 32. AfnP Symposium 23.10.-24.10.2010 Fulda

**Titel: Therapietreue – warum gerade für Dialysepatienten so wichtig?**

**Datum / Zeit / Dauer: 24.10.2010**

**Vortrag:**

**Zusammenfassung:**

Medikamente sind ein lebenslanger Wegbegleiter chronisch nierenkranker Patienten und Dialysepatienten gehören zu dem Personenkreis, der besonders viele Medikamente benötigt.

Es ist nichts Neues, dass viele Patienten ihre Therapien häufig nicht korrekt durchführen und auch die Ursachen für mangelnde Therapietreue sind gut untersucht. Gefragt sind einfache und praktische Maßnahmen, die im täglichen Umgang mit dem Patienten die Therapietreue fördern.

In diesem interaktiven Workshop erfahren Sie, warum der Begriff der Compliance durch Adhärenz ersetzt wird, wie Adhärenz entsteht und wie wichtig sie gerade für Dialysepatienten ist. Insbesondere werden aber auch Wege zur Verbesserung der Adhärenz aufgezeigt. An praktischen Beispielen lernen Sie schnell und eindrucksvoll, welche Möglichkeiten allein die bewusste Kommunikation von Therapieinhalten bietet. Wo liegen die „Stolpersteine“ in der Praxis? Warum verstehen die Patienten gerne das, was sie verstehen wollen? Was hat ein verkalktes Rohr mit den Phosphatwerten der Patienten zu tun? Diese und andere Fragen werden in dem Workshop mit großer Praxisnähe beantwortet.

In dem Workshop lernen Sie konkrete Maßnahmen kennen, die sofort in der Praxis ein- und umgesetzt werden können. Therapietreue geht uns alle an!

Zum Einstimmen in das Thema im Folgenden bereits einige Informationen rund um die Adhärenz:



### **„Compliance“ noch zeitgemäß?**

Der Begriff der Compliance beschreibt die Therapietreue des Patienten hinsichtlich des Befolgens ärztlicher Vorschläge und Anordnungen. Compliance gilt als Maß für die Bereitschaft des Patienten, bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mitzuwirken. Der Terminus der Compliance spiegelt dabei ein asymmetrisches Arzt-Patienten-Verhältnis wider, in dem unidirektional Vorgaben vom Arzt an den Patienten gerichtet werden können. Das Mitwirkungsrecht des Patienten ist eingeschränkt und bei fehlender Therapietreue („Non-Compliance“) kann die Schuld einseitig beim Patienten gesucht werden. Diese Sichtweise wird seit den 1990er Jahren zunehmend verlassen und durch den Begriff der „Adhärenz“ ersetzt.

### **„Compliance“ wird durch „Adhärenz“ ersetzt.**

Adhärenz (Englisch adherence) beschreibt ein symmetrisches Arzt-Patienten-Verhältnis, in dem die Verantwortung für die Einhaltung des Behandlungspfades beiden Seiten obliegt. Es liegt ein Behandlungsbündnis vor und in einem „Arzt-Patienten-Vertrag“ ist die Verantwortung für einen erfolgreichen Behandlungsweg auf beide Seiten verteilt. Adhärenz steht für ein Behandlungsbündnis.

### **Ist Adhärenz wichtig?**

Adhärenz spielt bei chronischen Erkrankungen eine bedeutsame Rolle. In einem Bericht der Weltgesundheitsorganisation WHO aus dem Jahr 2003 wird geschätzt, dass bis zu 50% verordneter Medikamente nicht korrekt eingenommen werden.

Die Nichteinnahme von Medikamenten ist wohl die wichtigste Form der Nicht-Adhärenz. Potentielle Folgen sind schwerwiegender Natur. Sie reichen von einem verlangsamten Heilungsverlauf bis hin zu gefährlichen Komplikationen. Aus dem Bereich der Nierenheilkunde ist zum Beispiel ein deutlich schlechteres Ergebnis von Nierentransplantation bei schlechter Adhärenz wissenschaftlich gut belegt. Als ein weiterer Punkt muss die enorme Ressourcenverschwendung aufgeführt werden, die unbefriedigende Adhärenz verursachen kann. Überspitzt kann postuliert werden, dass wohl eine bessere Kosten-Nutzen-Relation von einer Verbesserung der Therapietreue für bestehende Therapiestrategien resultieren würde als eine milliardenschwere Investition in neue Therapien, deren Befolgung erneut nicht gesichert wäre



(Haynes RB. Interventions for helping patients to follow prescription for medications. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2001, Issue 1).

### **Lässt sich Adhärenz vorhersagen?**

Nur zum Teil; festzuhalten ist, dass bisherige Untersuchungen kein gängiges Muster, keine Schablone für einen nicht-adhärenenten Patienten ergeben haben. Krankheitsspezifische, demographische oder soziokulturelle Eigenschaften sind keine einheitliche Prädisposition. Je komplexer jedoch das Einnahmeschema und je höher die Tablettenanzahl, desto niedriger ist die Adhärenz.

### **Wie entsteht Adhärenz?**

Der Theorie von Professor Rob Horne, London, folgend ist die Entwicklung von Therapietreue das Resultat eines individuellen Entscheidungsweges, dessen Determinanten einerseits der Glaube und die Überzeugung des Patienten über die Notwendigkeit einer Therapie darstellen. Dem gegenüber stehen subjektive Hindernisse (mangelnde Motivation, unklare Aufklärung, Befürchtungen, Ängste, Sorglosigkeit etc.) des einzelnen Patienten oder objektivierbare Hindernisse (Kosten, mangelnde persönliche Fähigkeiten, der Therapie zu folgen, Organisationshemmnisse etc.). Diese teils gegenläufigen Parameter werden im Individuum prozessiert und resultieren im individuellen Maß der Therapietreue. Der Fachbegriff hierfür ist „necessity–concerns–framework“.

### **Wie misst man Adhärenz?**

Adhärenz kann quantifiziert werden. Es besteht zum Beispiel die Möglichkeit, durch Blutuntersuchungen die Frage nach einer Medikamenteneinnahme zu klären. Elegant und bereits auf eine Ursachenforschung möglicher Nicht-Adhärenz abzielend sind Patientenfragebögen. Hiermit lassen sich auch erste Hinweise für die Gründe des Adhärenzlevels eruieren und neben einer dichotomen Einteilung (Adhärenz ja / nein) wird eine kontinuierliche Quantifizierung ermöglicht.

### **Adhärenz und Dialysetherapie**

Bei der Diskussion über Nicht-Adhärenz ist nun erwähnenswert, dass der Dialysepatient hinsichtlich seiner Einbindung in ein starres Behandlungsschema (meistens dreimal Dialyse pro Woche á 4-5 Stunden), seiner Prozessabhängigkeit (Überleben mit der Maschine) und seiner ausgeprägten Komorbidität (hohe



Krankheitslast mit hohem Therapieeinsatz, siehe oben) ein wohl einmaliger chronischer Patient ist. Der Dialysepatient ist außerdem durch eine hohe Anforderung durch Diätvorschriften und strenge Einnahmeschemata für seine Medikamente gekennzeichnet.

### **„necessity–concerns–framework“: Wie der der Dialysepatient denkt.**

Die hohe Zahl verschriebener Tabletten stellt den Dialysepatienten vor eine besondere Adhärenzherausforderung. In aktuellen Fragebogenuntersuchungen europäischer Dialysepatienten konnte (R. Horne, Postervorstellung ERA-EDTA Kongress 2007 Barcelona) gezeigt werden, dass sich die adhärennten von den nicht-adhärennten Patienten zwar auch in der besseren Überzeugung über die Notwendigkeit einer Therapie unterschieden; gravierender war aber das dramatisch höhere Maß hinsichtlich von Befürchtungen und anderen Therapiehemmnissen („concerns“) in der Gruppe der nicht-adhärennten Patienten.

### **Was kann zur Verbesserung von Adhärenz getan werden.**

Aus diesen aktuellen Forschungen zu dem Thema wird deutlich, dass kontinuierliche Aufklärung und Beratung mit konsistenten Botschaften aller am Behandlungsweg Beteiligter ein gutes Mittel zur Adhärenzverbesserung ist.

Die Liste möglicher praktischer Maßnahmen ist lang und beinhaltet zum Beispiel die Einbindung des sozialen Umfeldes des Patienten oder die Verwendung bildlichen Aufklärungsmaterials. Eine kritische Reflexion über die Medikamenten- und Tablettenzahl kann ebenso hilfreich sein wie die Medikamentenapplikation unter Aufsicht.

Besonders zu betonen ist, dass der Ausräumung patientenspezifischer Ängste, Sorgen oder Unklarheiten ein breiter Raum gegeben werden sollte. Ebenso gilt es, so einfache Dinge wie die Frage nach körperlichen Voraussetzungen zur Medikamenteneinnahme zu beachten.

### **Ausblick:**

Es wäre kurzsichtig und nicht im Sinne unserer Patienten, das Thema der Adhärenzverbesserung für die Versorgung chronisch Kranker – und damit auch von Dialysepatienten – außer Acht zu lassen. Adhärenzverbesserung gelingt wohl nur interdisziplinär. Die Rolle des Arztes steht hierbei außer Frage,



notwendig ist aber auch die Arbeit von Pharmazeuten und Industrie, dem nicht-ärztlichen Heil- und Pflegepersonal sowie gesellschaftlichen Strukturen wie den Medien.

**Referent:**

Dr. med. Vincent Brandenburg  
Klinik für Kardiologie  
Interdisziplinäres Zentrum für Klinische Forschung (IZKF) BioMAT Aachen  
Universitätsklinikum Aachen  
Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule (RWTH) Aachen  
D-52057 Aachen