

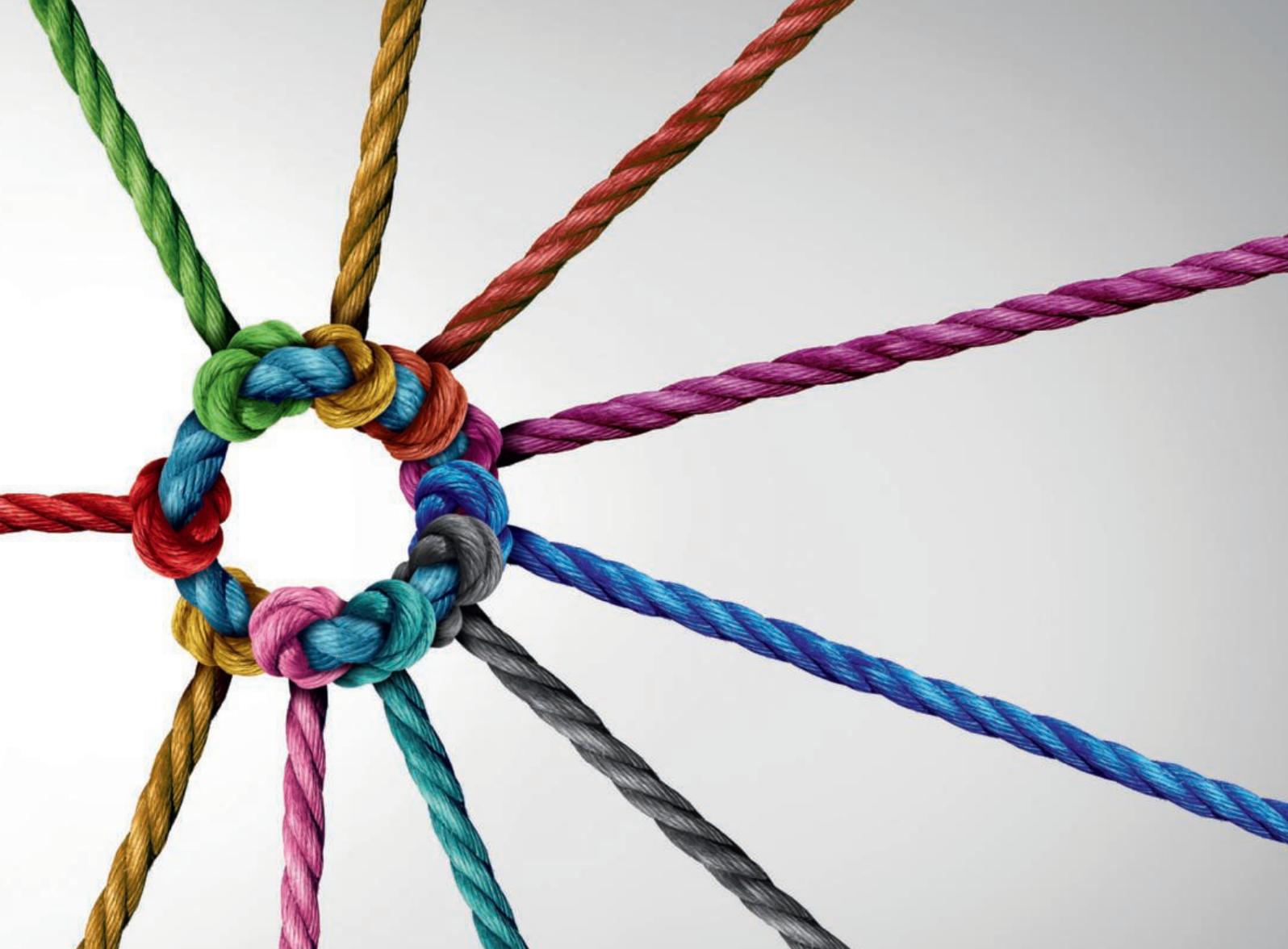
# COMPLIANCE

Polypharmazie oder die mehrfache Änderung der Therapie sind nur einige der Faktoren, die negative Auswirkungen auf die Compliance haben. Und Non-Compliance wiederum verdoppelt das Risiko für Hospitalisierungen etwa bei Diabetes mellitus oder Herzinsuffizienz im Vergleich zur Gesamtbevölkerung.

Unter Compliance versteht man das Akzeptanzverhalten eines Patienten oder Ratsuchenden gegenüber medizinischen Maßnahmen. Im engeren Sinn geht es um die korrekte Einnahme von verordneten Medikamenten und das Befolgen von Ratschlägen wie der Umstellung des Lebensstils oder der Ernährung. Compliance wird von der Einsicht in die Notwendigkeit einer Verordnung beziehungsweise Empfehlung geprägt und vom Vertrauen in die Kompetenz des Therapeuten getragen. Laut Definition ist sie unabhängig von der Persönlichkeit, von der ärztlichen Beziehung, von der Anzahl und der Schwierigkeit der Anweisungen, von der Therapie und etwaigen damit verbundenen Verhaltensänderungen.

Die medizinischen Anweisungen im Compliance-Begriff umfassen nicht nur die Art der Intervention wie zum Beispiel Arzneimittel und Zubereitungsart, sondern auch die Exposition (Dosis, Anwendungshäufigkeit, Einnahmezeitpunkt, Dauer der Einnahme).

Compliance gliedert sich in zwei Phänomene: die Ausführungsqualität (Quality of Execution) und die Persistenz (Persistence). Die Qualität der Ausführung gibt an, wie genau sich ein Patient an das verordnete Schema hält. Die Persistenz beschreibt den Zeitraum zwischen der ersten Einnahme und



der Beendigung eines ärztlich verordneten Schemas durch den Patienten, also die Beibehaltung einer Therapie und Therapietreue über einen gewissen Zeitraum.

### Einstufung der Compliance

Befolgt der Patient die Verschreibung in einem Ausmaß von 80 Prozent, bezeichnet man das Verhaltensmuster als compliant. Wird ein Therapieplan zu einem Grad von 20 bis 80 Prozent befolgt, gilt das Verhalten als partiell-compliant. Dieses Kollektiv wird in der Literatur als prinzipiell motiviert eingestuft, die verordnete Therapie durchzuführen. Liegt der Befolgungsgrad unter 20 Prozent, bezeichnet man einen Patienten als non-compliant. Hier unterscheidet man zwischen primärer und sekundärer Non-Compliance. Die primäre Non-Compliance ist die Nichteinlösung eines Rezeptes. Sekundär non-compliant verhalten sich Patienten, wenn das Rezept zwar eingelöst wird, der Therapieplan im Anschluss aber zu unter 20 Prozent eingehalten wird.

Bei klinischen Studien wiederum werden für die Einhaltung der Anwendung folgende Parameter herangezogen: die Bewertung des pharmakologischen Ansprechens, elektronische Tagebücher, Zählungen der restlichen Tabletten, Vorrichtungen zur

Überwachung der Entnahme von Tabletten aus Behältern, die Überprüfung der Wirkstoffkonzentration im Blut/Harn und die Verwendung von pharmakologischen Markern.

### Begriff im Wandel

Bis in die 1980er Jahre hat man den Patienten in der Arzt-Patienten-Beziehung in einer passiven Situation gesehen. Die Entwicklung weg vom weisungsbezogenen Patientenverhalten (Compliance) zu einer Partnerschaft zwischen Arzt und Patient führte auch zu einem Bedeutungswandel des Compliance-Begriffs in die Richtung, dass es sich dabei um Kommunikation auf gleicher Ebene handelt.

Für die Therapietreue entwickelten sich in den 1980er Jahren weitere Begriffe wie etwa die Therapieadhärenz (Adherence). Compliance ist der eher veraltete Begriff; er impliziert das Einverständnis des Patienten eher nur in geringem Maße und definiert den Umfang, in dem der Patient die Empfehlung des Arztes erfüllt. Adhärenz steht dagegen für die Bereitschaft, den gemeinsam abgesprochenen medizinischen Anweisungen auf Basis der zuvor zwischen Behandler und Patient vereinbarten Empfehlungen zu folgen. Anweisungen und Strategien werden also mit dem Patienten abgestimmt, der Patient wird verstärkt »

**Tab. 1: Entstehung des Compliance-Begriffes**

Bereits vor mehr als 2.500 Jahren hat Hippokrates die Bedeutung der Übereinstimmung des Alltagsverhaltens mit dem nach medizinischem Wissensstand wünschenswerten Verhalten beschrieben. In den 1960er Jahren wurde Compliance zum Gegenstand von medizinischen wie auch sozialwissenschaftlichen forschungsbezogenen Fragestellungen. Vorreiter waren Wissenschaftler aus dem angelsächsischen Raum, wodurch der Weg des Begriffs in die deutschsprachige Literatur mitbegründet wurde.

- » in die medizinische Behandlung einbezogen (partizipative Entscheidungsfindung). Betrachtet man die Arzt-Patienten-Hierarchie, wird Compliance als autoritär-hierarchische Behandler-Patient-Interaktion eingestuft. Adhärenz ist die autoritär geprägte, in der Hierarchie abgeschwächte Behandler-Patient-Interaktion. In manchen Publikationen werden die beiden Begriffe fälschlicherweise als Synonyme verwendet. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt, die Begriffe deutlich voneinander zu unterscheiden.

Die Konkordanz beschreibt das Maß, in dem die Verschreibung eine gemeinsame Entscheidung repräsentiert. In einem konkordanten Prozess werden die Ansichten und Präferenzen von Verschreiber und Patient berücksichtigt, wobei die Sicht des Patienten an oberster Stelle steht. Konkordanz ist verwandt mit Adhärenz, aber nicht als Synonym zu sehen.

**Non-Compliance: Ursache und Formen**

Non-Compliance tritt in drei Grundformen auf. Die Non-Compliance 1. Ordnung äußert sich als generelle Therapieverweigerung - beispielsweise aufgrund von weltanschaulichen Gründen, religiösen Einstellungen oder Risikoängsten. Sie ist im Arzt-Patienten-Dialog schwer zu beheben.

Bei der Non-Compliance 2. Ordnung handelt es sich um eine selektive Therapieverweigerung. Bestimmte Elemente der Therapie werden beispielsweise durch das Auftreten von unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen verweigert. In vielen Fällen bleibt die Ablehnung des Patienten zunächst unentdeckt und muss erst aufgedeckt werden, um entsprechende Ängste abzubauen.

**Tab. 2: Modelle für Verhaltensänderungen**

Die drei häufigsten Modelle, die als Interventionsgrundlage für Ansätze dienen, sind: das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung, die Theorie des geplanten Verhaltens und die sozial-kognitive Theorie.

- Im transtheoretischen Modell durchlaufen Menschen bis zu sechs Stufen, um ein bislang bestehendes Verhalten zu ändern und ein neues zu beginnen: Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung, Stabilisierung. Das Modell wurde zunächst für die Raucherentwöhnung verwendet, fand aber später auch Eingang für die Motivation zum Mammographie-Screening.
- Laut der Theorie des geplanten Verhaltens, entwickelt von den US-Amerikanern Martin Fishbein und Icek Ajzen, setzen Menschen ein Verhalten eher um, wenn sie eine starke Intention dazu haben und das Verhalten auch kontrollieren können. Dazu wurden drei Determinanten definiert:
  - Einstellung: ein Produkt aus Überzeugungen über mögliche positive und negative Konsequenzen eines Verhaltens und ihrer jeweiligen persönlichen Bedeutung.
  - Subjektive Norm: umfasst die Überzeugungen darüber, welche Erwartungen wichtige andere Personen an das eigene Verhalten haben. Damit verbunden ist die Motivation, diese Erwartungen zu erfüllen.
  - Wahrgenommene Verhaltenskontrolle: Ausmaß der Kontrollierbarkeit des Verhaltens; stützt sich auf die Überzeugungen über potentiell auftretende Barrieren in der Umsetzung des Verhaltens.
- In der sozial-kognitiven Therapie definiert man Selbstwirksamkeits-Erwartungen als Einschätzungen der eigenen Kompetenzen, ein Verhaltensergebnis zu erreichen und auch, ein Verhalten erfolgreich durchführen zu können. Zentrale Interventionsstrategien sind Selbstbeobachtung, Feedback oder auch Selbstverstärkung (Belohnung).
- Das in den USA entwickelte Modell der Gesundheitsüberzeugungen (Health Belief Model, HBM) fokussiert auf die wahrgenommene Bedrohung durch eine Krankheit und die mögliche Vermeidung durch das eigene Verhalten. Dabei geht man davon aus, dass selbst bei einer hohen Wahrscheinlichkeit für eine Erkrankung die Konsequenzen als akzeptabel empfunden werden können („Ich kann Medikamente nehmen“). Furchtappelle stoßen nur dann positive Verhaltensänderungen an, wenn der Betroffene von der Möglichkeit ausgeht, die Bedrohung abwehren zu können, also von Selbstwirksamkeit bei der Bewältigung ausgeht. Kommt dieses Modell zum Einsatz, wird dazu geraten, einen Furchtappell stets mit dem Aufzeigen von Möglichkeiten zur Bewältigung zu kombinieren und nicht ausschließlich an die Angst zu appellieren.

Die Non-Compliance der 3. Ordnung äußert sich in Form der eigenmächtigen oder unbeabsichtigten Modifikation der ärztlichen Verordnung: So wird beispielsweise die Einnahmefrequenz verändert oder es kommt zur Verwechslung von Medikamenten. Bei dieser Form der Non-Compliance geht es bei der Arzt-Patienten-Kommunikation primär darum, Einnahmefehler zu erkennen. Bei diesem Kollektiv besteht ein großes Potential zur Steigerung der Therapietreue.

#### **Beispiele für Non-Compliance:**

- Non-Compliance 2. Ordnung: Die Therapie mit einem Betablocker und einem Statin bei der Sekundärprävention der KHK führt gelegentlich zur erektilen Dysfunktion. Bringt der Patient diese Funktionsstörung mit der Therapie in Verbindung, beendet er die Arzneimiteleinahme ohne ärztliche Rücksprache.
- Non-Compliance 3. Ordnung: Kalziumkarbonat und Levothyroxin werden verordnet. Die Einnahme sollte zeitversetzt erfolgen, da Kalziumkarbonat die Resorption von Levothyroxin vermindert. Zeigt das Schilddrüsenhormon klinisch und laborchemisch keine Wirkung, muss daran gedacht werden. Andernfalls kann es durch Dosis-Erhöhung von Levothyroxin und Beendigung der Therapie von Kalziumkarbonat (durch den Patienten oder auf ärztliche Anordnung) zu Nebenwirkungen kommen. In diesem Fallbeispiel ist zwischen der wesentlichen Non-Compliance durch Nichtbeachtung der unterschiedlichen Einnahmezeitpunkte von einer möglichen unwesentlichen Non-Compliance durch unterbliebene Aufklärung des Arztes zu unterscheiden.

#### **Bei den Einflussfaktoren auf die Compliance unterscheidet man vier Gruppen:**

- Schwere, Art und Dauer der Krankheit: Demenz kann sich beispielsweise negativ auf die Compliance auswirken; gleiches gilt bei einer Depression. Studien zeigen, dass sich die Wahrscheinlichkeit für Non-Compliance verglichen mit nicht-depressiven Menschen um das Dreifache erhöht. Auch die Chronifizierung einer Krankheit kann Ursache für eine schlechte Compliance sein. Die Therapietreue lässt oft mit Fortdauer einer Behandlung nach; auch das Risiko, dass sich alte Muster wieder einstellen, wird größer.
- Therapie: Ist die Anwendungstechnik der Applikation kompliziert oder das Therapieschema nicht an den Alltag des Patienten angepasst, kann sich die Compliance verschlechtern. Dies gilt auch dann, wenn eine Therapie mehrfach geändert wurde. Auch die Komplexität einer Therapie kann die Therapietreue hemmen – Stichwort Polypharmazie. Mit der zunehmenden Zahl der Medikamente, die gleichzeitig einzunehmen sind, erhöht sich das Risiko für unerwünschte Folgen einer Arzneimitteltherapie. Das ist unter anderem auf sinkende Compliance zurückzuführen. In einer Studie aus Deutschland zeigte sich, dass bei Patienten mit einer kardiovaskulären Erkrankung bei mehr als vier verordneten Arzneimitteln pro Tag die Compliance signifikant abgenommen hat.

Das Studienkollektiv setzte sich aus Patienten mit koronarer Herzkrankheit, arterieller Hypertonie, Herzinsuffizienz, Kardiomyopathie, Herzrhythmusstörungen und Herzklappenfehlern zusammen.

- Arzt-Patienten-Interaktion: Dabei sind besonders die Vermittlung von Informationen über die Erkrankung, die Kommunikation bei der Betreuung und das Vertrauensverhältnis maßgebliche Einflussfaktoren.
- Patient: Ein wesentlicher Einflussfaktor sind soziale Aspekte, wenn beispielsweise die Unterstützung durch Angehörige fehlt. Zu beachten ist auch der Faktor „Laienhypothese“. Sie besagt, dass Patienten individuelle Einstellungen im Hinblick auf ihre Erkrankung und Behandlung mitbringen, was sich negativ auf die Compliance auswirken kann. Dieses Phänomen wird auch dadurch verstärkt, dass sich die Patienten vermehrt über das Internet informieren.

#### **Bei den Faktoren, die die Adhärenz beeinflussen, gibt es laut WHO fünf Dimensionen:**

- Indikationsbezogene Faktoren: zum Beispiel Depression
- Therapiebezogene Faktoren: zum Beispiel Nebenwirkungen
- Patientenbezogene Faktoren: Kenntnisse, Einstellungen, Erwartungen
- Soziale und ökonomische Faktoren: Bildung, soziale Unterstützung
- Gesundheitssystem- und Leistungserbringer-bezogene Faktoren: zum Beispiel die Arzt-Patient-Beziehung und fehlende Anreize.

#### **Verhaltensmuster des Patienten**

Ein weiteres Verhaltensmuster in Bezug auf die verordnete Arzneimitteltherapie ist die Weißkittel-Compliance beziehungsweise der Zahnputz-Effekt. Das äußert sich insofern, als der Patient kurz vor dem Arzt-Termin mit der Befolgung der Verordnung beginnt, die er ansonsten ignoriert.

Beim „Horten“ wiederum sammelt der Patient Medikamente, um im Fall einer akuten Erkrankung selbstbestimmt eine Therapie einzuleiten.

Bei „Arzneimittelferien“ hält sich ein Patient zwar langfristig an die Verordnung, verschafft sich jedoch ohne Rücksprache mit dem Arzt aufgrund von Nebenwirkungen oder der Wirkweise einer Medikation eine Pause von der Medikation. So wird beispielsweise an dem Tag, an dem ein Ausflug geplant ist, das Diuretikum bei bestehender Herzinsuffizienz nicht eingenommen.

Symptomfreiheit nach einem Auslassversuch ist ein weiteres Muster, das zum Abweichen vom Therapieplan führt. In anderen Fällen wird die Therapie vorzeitig abgebrochen, wenn entweder der erwartete Erfolg ausbleibt oder die Symptomatik sich verbessert hat. Dies kann dazu führen, dass der Patient keinen Anlass mehr sieht, die verordnete Medikation fortzusetzen. »

## » Phänomen Forgiveness

Unter „Forgiveness“ versteht man das Vermögen eines Arzneistoffs, das Auslassen von einer oder mehreren Dosen ohne Verlust der therapeutischen Wirksamkeit gleichsam zu „vergeben“. Grund dafür ist die Wirkdauer über das vom Arzt verschriebene Intervall hinaus. Eine hohe Forgiveness ist bei folgenden Eigenschaften eines Arzneistoffs denkbar: Kumulation im Körper und allmähliche Freigabe, sehr lange Eliminationshalbwertszeit, verzögerter Effekt bezogen auf die Plasmakonzentration. Ein Beispiel für die Möglichkeit von Forgiveness ist Omeprazol. Trotz der kurzen Plasmahalbwertszeit von einer halben bis einer Stunde liegt die Wirkdauer zwischen drei und fünf Tagen. Dies ist auf die irreversible Inaktivierung der Protonenpumpe zurückzuführen.

## Folgen von Non-Compliance

Mangelhafte Compliance kann nicht nur den Erfolg einer Therapie vermindern, sondern zu Rezidiven führen, Abhängigkeiten begünstigen, Absetzungserscheinungen und Resistenzen fördern und toxisch-bedingte unerwünschte Wirkungen herbeiführen. Die Lebensqualität kann erheblich beeinträchtigt sein. Auch Unfälle – etwa in Folge der falschen Einnahme von Sedativa – sind möglich. Darüber hinaus verursacht Non-Compliance erhebliche Kosten im Gesundheitssystem.

Non-Compliance verdoppelt das Risiko für Hospitalisierungen bei Diabetes mellitus, Hypercholesterinämie, Hypertonie und Herzinsuffizienz im Vergleich zur Gesamtbevölkerung. Mangelnde Therapietreue bei COPD erhöht die Wahrscheinlichkeit für einen Notfall mit der Notwendigkeit einer stationären Aufnahme. Frauen, die weniger als 75 Prozent der verordneten Betablocker eingenommen hatten, im Vergleich zu Patienten, die

sich compliant verhielten, ein um das 2,5-Fach erhöhtes Risiko an einem Myokardinfarkt zu versterben.

## Förderung der Compliance

Eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung bildet die Basis für die Compliance bei der Behandlung und die Wirksamkeit der Therapie. Dabei verbessern intensivierte Aufklärung und Beratung, Erinnerungsschreiben und Ermutigungen die Compliance signifikant. Ärztliche Aufklärung über das Nutzen-Risikoverhältnis von Arzneimitteln kann dazu führen, dass sich Patienten trotz Nebenwirkungen auch weiterhin compliant verhalten. Die aktive Einbindung des Patienten fördert die Compliance und erzielt große Effekte auf den Therapieerfolg ebenso wie die Förderung der Verantwortung für die Selbstfürsorge (self care) und soziale Unterstützung.

### *Bei der Arzt-Patienten-Beziehung können folgende Interventionen die Therapietreue erhöhen:*

- Auf die Indikation bezogene Interventionen: Behandlung von Komorbiditäten, die die Compliance beeinflussen wie zum Beispiel Depression oder Gastritis.
- Auf die Therapie gerichtete Interventionen: Auswahl der adäquaten Darreichungsform, Reduktion von täglichen Einnahmezeitpunkten.
- Auf den Patienten gerichtete Interventionen: Maßnahmen zur Verbesserung des Patientenwissens, Patientenschulungen, Maßnahmen zur Motivationssteigerung, Erinnerungen wie E-Mails oder Anrufe.

Interventionen können auf eine oder mehrere Dimensionen gleichzeitig gerichtet sein sowie einmalig oder mehrmals durchgeführt werden. Auf das Therapieregime bezogene Interventionen wie eine Veränderung des Einnahmezeitpunkts und

### Tab. 3: Zahlen und Fakten

- 37 Prozent der Menschen, die an Insulinpflichtigem Diabetes mellitus leiden, ziehen von der vorgeschriebenen Insulindosis um ein Viertel zu viel oder zu wenig auf.
- 38 Prozent der älteren Patienten konnten die Folienpackung eines transdermalen therapeutischen Systems nicht korrekt öffnen.
- 54 Prozent der Asthmapatienten konnten das Auslösen des Ventils des Inhalationsaerosols nicht mit dem Einatmen koordinieren.
- In entwickelten Ländern wird die Therapietreue auf durchschnittlich 50 Prozent geschätzt.
- 30 bis 40 Prozent der Non-Compliance sind durch Missverständnisse, irrtümlich falsche Anwendung oder Vergesslichkeit bedingt. Der Anteil an wissentlicher Non-Compliance beträgt 60 bis 70 Prozent.
- Patienten mit chronischen Erkrankungen nehmen Studien zufolge nur rund 50 Prozent der verordneten Medikamente ein.
- Die Compliance-Raten sind unterschiedlich: HIV 88,3 Prozent; Rheumatoide Arthritis 81,2 Prozent; Diabetes mellitus 67,5 Prozent; Schlafstörungen 65,5 Prozent.
- Weniger als 50 Prozent der Hypertoniker nehmen ein Jahr nach Therapiebeginn die Arzneimittel wie vorgeschrieben ein.
- Zwischen 43 und 78 Prozent der Teilnehmer einer klinischen Studie, im Zuge derer eine chronische Erkrankung behandelt wurde, können als therapietreu eingestuft werden.

auf den Patienten gerichtete Interventionen in Form von Erinnerungen stellen (bei Einverständnis mit der Therapie) geringe Anforderungen im Hinblick auf notwendige Verhaltensänderungen. Andere Interventionen hingegen zielen darauf ab, das Verhalten des Patienten und auch jenes seiner sozialen Umgebung stärker zu beeinflussen. Dazu zählt beispielsweise die Empfehlung, öfter sportlich aktiv zu sein.

### ***In Studien konnte der Erfolg von verschiedenen Maßnahmen zur Steigerung der Compliance gezeigt werden:***

- In einer Studie mit Hypercholesterinämie-Patienten erhielten beide Gruppen Statine, eine mündliche Aufklärung über die Krankheit und deren Kontrolle durch den Arzt sowie eine Broschüre mit Diät-Empfehlungen. Nach drei Monaten erfolgte eine Dosisüberprüfung und eine Dosisanpassung. In einer der Gruppen gab es zusätzliche Interventionen in Form von Telefonanrufen zur Erfassung der Compliance und entsprechende Empfehlungen nach sieben bis zehn Tagen sowie nach zwei und vier Monaten. Dies führte nach sechs Monaten zu einer signifikanten Verbesserung der Compliance (ermittelt durch Zählung der Medikamente) und des Therapieerfolgs (signifikante Verbesserung des Serumcholesterinspiegels) im Vergleich zur Strategie ohne zusätzliche Interventionen.
- In einer Studie erhielten ambulante Patienten (18 bis 80 Jahre) eine medikamentöse Therapie der Depression oder Angsterkrankung. Nach zwölf Monaten zeigte sich - im Vergleich zu konventioneller Betreuung - durch folgende Maßnahmen signifikante Effekte auf die Compliance (subjektive dichotome Skala) und auf den Therapieerfolg (depressive Symptome): Patientenschulung, Aushändigung von schriftlichen Informationen und Videoinformationen, zwei Hausbesuche durch einen Facharzt, drei Telefonanrufe, vier persönliche E-Mails, Rückfall-Präventionsprogramm mit Ausfüllen einer Checkliste. Im Zuge der konventionellen Patientenbetreuung wurden zwei bis vier Arztbesuche in sechs Monaten absolviert.

Eine Möglichkeit zur Verbesserung der Therapietreue stellt das sogenannte Cue-dosing dar. Es steht für Hinweise oder Signale, die die Einnahme von Arzneimitteln an feste Rituale knüpfen. Dadurch wird es möglich, Einnahmezeitpunkte per Konditionierung in den Tagesablauf zu integrieren. So werden beispielsweise Erinnerungskarten an markanten Orten angebracht oder optische und akustische Erinnerungshilfen eingesetzt. Cue-dosing bewährt sich vor allem bei Patienten, die häufig darauf vergessen, ihre Medikamente einzunehmen.

Spezielle Pillendosen oder Arzneimittelkassetten, die den Tages- oder Wochenbedarf sowie die Einnahmezeitpunkte anzeigen, sind zusammen mit Arzneimittelkalendern weitere Hilfsmittel zur Steigerung der Compliance.

Die regelmäßige Kontrolle der Zielparameter wie zum Beispiel die Blutdruckmessung bei Menschen mit Hypertonie kann nachweislich dazu motivieren, die Medikation nach Verord-

nung einzunehmen. Die angekündigte Messung der Compliance selbst kann bereits einen fördernden Effekt auf die Therapietreue haben: „Hawthorne Effekt“. In einem Experiment wurde die Produktivität von Arbeitern gesteigert, indem die Arbeitsbedingungen erforscht wurden. Die Aufmerksamkeit, die man durch die Forscher erhielt, verbesserte das Arbeitsverhalten.

## **Kommunikation und Compliance**

Bei der Förderung der Compliance nimmt die Kommunikation einen zentralen Stellenwert ein. Dies beginnt bereits bei routinemäßigen Anweisungen für die Einnahme der Medikation wie zum Beispiel „dreimal täglich zu den Mahlzeiten“. In solchen Fällen müsste erfragt werden, ob der Patient dreimal pro Tag eine Mahlzeit zu sich nimmt.

### ***Für die Gesprächsführung sind folgende Punkte wichtig:***

- Erfragen des Kenntnisstands und der Auffassungen des Patienten;
- Ermittlung der Erwartungen und Befürchtungen;
- Unterstützung für das selbstständige Treffen von Entscheidungen;
- aktives Zuhören.

Die Verwendung von offenen „W-Fragen“ wie zum Beispiel „Was beschäftigt Sie jetzt am meisten?“ hilft beim Abbau von Resistenz. Hilfreich ist es auch, klassische Fragen ein wenig umzuformulieren: beispielsweise anstelle von „Haben Sie mich verstanden?“ zu fragen „Habe ich mich verständlich ausgedrückt?“

Beim Erfragen der Compliance handelt es sich um ein sensibles Thema. Mit Verständnis und Empathie kann nach der Einnahme der verordneten Medikamente gefragt werden - etwa mit der Formulierung „ich könnte mir vorstellen, dass es schwierig ist, Ihre Arzneimittel rechtzeitig und regelmäßig einzunehmen.“ Ein Gespräch kann auch durch die Frage „Vergessen Sie manchmal, Ihre Blutdruckmedikamente einzunehmen?“ eingeleitet werden. Mangelnde Therapietreue könnte auch mit folgender Frage erkannt werden: „Welche Veränderungen haben Sie bemerkt, seit Sie dieses Medikament einnehmen?“<sup>⊙</sup>

### ***Scientific Review***

**Univ. Prof. Dr. Akos Heinemann**, Lehrstuhl für Pharmakologie, Medizinische Universität Graz

### ***Lecture Board***

**Univ. Prof. Dr. Hans-Günther Knaus**, Institut für Pharmakologie, Medizinische Universität Innsbruck

**Univ. Prof. Dr. Harald Sitte**, Pharmakologisches Institut, Medizinische Universität Wien

### ***Ärztlicher Fortbildungsanbieter***

Medizinische Universität Graz, Otto Loewi Forschungszentrum, Lehrstuhl für Pharmakologie

Insgesamt müssen vier von sechs Fragen richtig beantwortet sein, um zwei DFP-Punkte im Rahmen des Diplom-Fortbildungs-Programms der Österreichischen Ärztekammer zu erwerben. Eine Frage gilt als korrekt beantwortet, wenn alle möglichen richtigen Antworten markiert sind.



[www.aerztezeitung.at/DFP-Literaturstudium](http://www.aerztezeitung.at/DFP-Literaturstudium)

E-Mail: [dfp@aerzteverlagshaus.at](mailto:dfp@aerzteverlagshaus.at)

**Bitte deutlich ausfüllen, da sonst die Einsendung nicht berücksichtigt werden kann!**

Name:

.....  
.....

ÖÄK-Arztnummer:

.....-.....

Adresse:

.....  
.....  
.....

E-Mail-Adresse:

.....  
.....

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

- Turnusarzt/Turnusärztin
- Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin
- Facharzt/Fachärztin für

.....

- Ich besitze ein gültiges DFP-Diplom.
- Ich nutze mein DFP-Fortbildungskonto.  
Bitte die DFP-Punkte automatisch buchen.

Altersgruppe:

- < 30    31–40    41–50    51–60    > 60

Ich willige in die Zusendung von Werbematerial per Post oder E-Mail über die Produkte der Verlagshaus der Ärzte GmbH ein. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mittels E-Mail an [office@aerzteverlagshaus.at](mailto:office@aerzteverlagshaus.at) widerrufen. Informationen zum Datenschutz finden Sie auf Seite 62 oder unter [www.aerztezeitung.at/kontakt/impressum](http://www.aerztezeitung.at/kontakt/impressum)

<b>1) Welche Aussagen zur Compliance sind korrekt?</b> <i>(zwei Antworten richtig)</i>	
<input type="checkbox"/> a)	Die Art der Krankheit ist ein wesentlicher Einflussfaktor.
<input type="checkbox"/> b)	Die Verschreibung eines Medikaments ist eine gemeinsame Entscheidung zwischen Arzt und Patient.
<input type="checkbox"/> c)	Compliance und Adhärenz können als Synonyme verwendet werden.
<input type="checkbox"/> d)	Compliance gliedert sich in Ausführungsqualität und Persistenz.
<b>2) Wie beeinflusst die Chronifizierung einer Krankheit die Compliance?</b> <i>(zwei Antworten richtig)</i>	
<input type="checkbox"/> a)	Die Therapietreue verbessert sich mit Fortdauer der Krankheit.
<input type="checkbox"/> b)	Studien zeigen eine 50-prozentige Compliancerate.
<input type="checkbox"/> c)	Die Chronifizierung gilt als Ursache für schlechte Compliance.
<input type="checkbox"/> d)	Das Risiko für Non-Compliance ist um das Dreifache erhöht.
<b>3) Welche Ursachen gibt es für Non-Compliance?</b> <i>(zwei Antworten richtig)</i>	
<input type="checkbox"/> a)	Therapieverweigerung durch weltanschauliche Gründe
<input type="checkbox"/> b)	Forgiveness-Phänomen
<input type="checkbox"/> c)	Polypharmazie
<input type="checkbox"/> d)	Weißkittel-Effekt
<b>4) Welche Maßnahmen steigern nachweislich die Compliance?</b> <i>(zwei Antworten richtig)</i>	
<input type="checkbox"/> a)	Cue-dosing
<input type="checkbox"/> b)	kurze „Arzneimittelferien“
<input type="checkbox"/> c)	Behandlung von Komorbiditäten
<input type="checkbox"/> d)	intensiver fachärztlicher Dialog
<b>5) Was kann in der Arzt-Patienten-Interaktion zur Compliancesteigerung getan werden?</b> <i>(zwei Antworten richtig)</i>	
<input type="checkbox"/> a)	Ermittlung der Erwartungen und Befürchtungen des Patienten
<input type="checkbox"/> b)	Aussprechen von Furchtappellen
<input type="checkbox"/> c)	Nachfrage: „Haben Sie mich verstanden?“
<input type="checkbox"/> d)	regelmäßige Kontrolle von Zielparametern
<b>6) Wie groß ist der durch Missverständnisse, irrtümlich falsche Anwendung oder Vergesslichkeit bedingte Anteil an Non-Compliance?</b> <i>(eine Antwort richtig)</i>	
<input type="checkbox"/> a)	zehn bis 20 Prozent
<input type="checkbox"/> b)	50 bis 60 Prozent
<input type="checkbox"/> c)	30 bis 40 Prozent
<input type="checkbox"/> d)	bis zu 80 Prozent