

ARZT-PATIENTEN-KOMMUNIKATION

Adhärenz im Praxisalltag effektiv fördern

Wie kann der Arzt seinen Patienten dabei unterstützen, vereinbarte Therapieempfehlungen anzunehmen und umzusetzen? Ein Interviewleitfaden für das Gespräch mit dem Patienten kann hierfür hilfreich sein.

Maria Seehausen, Patricia Hänel



Foto: mauritius images

Das Adhärenz-konzept setzt auf den Patienten als aktiven Partner im Behandlungsprozess.

Adhärenz (engl. adherence, Einhalten, Befolgen), früher Compliance genannt, bezeichnet das Ausmaß, zu dem das Verhalten einer Person hinsichtlich Medikamenteneinnahme, Diätbefolgung und/oder Lebensstiländerungen mit den vereinbarten Empfehlungen eines medizinischen Behandlers übereinstimmt (1). Im Unterschied zur Compliance werden Patienten im Adhärenzkonzept als aktive Partner in dieser Vereinbarung betrachtet, deren Zustimmung zu den ärztlichen Empfehlungen nötig ist. Im Folgenden werden vor dem Hintergrund gesundheitspsychologischer Befunde zu Gesundheitsverhalten und von Gründen für Nonadhärenz

wirksame kommunikative Vorgehensweisen zur Verbesserung der Adhärenz erörtert.

Wirksame Vorgehensweisen

Was brauchen Menschen, um ihr Gesundheitsverhalten langfristig ändern zu können?

Wenig effektiv: Angst machen.

Die ersten gesundheitspsychologischen Erklärungsversuche von Gesundheits- und Risikoverhalten konzentrierten sich vor allem auf die Wirkung von Furchtappellen. Furchtappelltheorien gingen davon aus, dass Menschen mit ihrem Risiko konfrontiert und wachgerüttelt werden müssen (2). Der Entschluss, ein Risikoverhalten wie zum Beispiel

das Rauchen zu verändern, würde sich demnach aus der eigenen Bedrohungseinschätzung („Wie gefährdet bin ich?“), der Bewältigungseinschätzung („Kann ich etwas dagegen tun?“) sowie einer Kosten-Nutzen-Analyse („Wiegt der Gewinn der Verhaltensänderung die Anstrengung auf?“) zusammensetzen.

Vor dem Hintergrund der häufigen Nennung fehlender Risikowahrnehmung als Grund für Nonadhärenz (siehe Zusatzinfo unter www.aerzteblatt.de/112276) scheint es auch zunächst naheliegen, diese Risikowahrnehmung durch Furchtappelle zu steigern. Konzeptionelle Schwächen und unzureichende empirische Unterstützung dieser Theorie haben jedoch massive Kritik hervorgerufen. Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass Furchtappelle nur dann wirksam sind, wenn gleichzeitig auch die Bewältigungskompetenzen der Person unterstützt werden (3). Zudem erzielen Furchtappelle (wie etwa auf Zigarettenschachteln) vorwiegend kurzfristige Effekte und können auch zum Herunterspielen des Risikos oder zu Widerstand führen (4). Patienten mit gesundheitlichen Horrorszenarien zu drohen, ist also langfristig nur wenig effektiv, zumindest wenn dies nicht mit anderen Interventionen kombiniert wird.

Selbstvertrauen stärken. Dagegen gilt die eigene Kompetenzeinschätzung des Patienten als sehr wichtiger Faktor zur Veränderung von Risikoverhalten beziehungsweise zur Aufnahme von Gesundheitsverhalten (5). Ob und inwieweit sich jemand zutraut, ein bestimmtes

Verhalten – zum Beispiel eine anstrengende Behandlung – auch bei Schwierigkeiten durchhalten zu können, bestimmt zu einem großen Teil, ob diese Person die Behandlung überhaupt beginnt, wie viel Anstrengung sie investiert und wie schnell sie aufgibt (6). Die positive Einschätzung der eigenen Kompetenz bezogen auf ein konkretes Verhalten, auch Selbstwirksamkeitserwartung genannt, zählt damit zu den wichtigsten Voraussetzungen dafür, dass ein Patient eine Gesundheitsmaßnahme konsequent umsetzt. Dabei kann die Selbstwirksamkeitserwartung des Patienten vom Behandler unterstützt werden. Grundsätzlich sind Selbstwirksamkeitserwartungen auf vier Arten beeinflussbar (in der Reihenfolge ihrer Wirksamkeit): 1. eigene Erfahrung, 2. Modellerfahrungen anderer, 3. verbale Überzeugung, 4. physiologische Zustände wie angenehme/unangenehme Körperempfindungen (7).

Handlung planen. Eine weitere erfolgreiche Maßnahme ist die Formulierung von konkreten Handlungsplänen (8). Häufig kommt es vor, dass Menschen sich zwar vornehmen, etwas zu tun, es dann aber doch nicht in die Tat umsetzen. In der Psychologie wird dieses Phänomen als Intensions-Verhaltens-Lücke bezeichnet. Die Gründe dafür sind vielfältig, es wurde jedoch wiederholt nachgewiesen, dass Menschen, denen geholfen wird, konkrete Handlungspläne zu formulieren, gesundheitsrelevante Ziele besser erreichen (9).

Handlungspläne definieren konkret, wann, wo und wie ein Verhalten ausgeübt werden soll und haben die Struktur von Wenn-dann-Beziehungen („Wenn ich den Supermarkt betrete, gehe ich als erstes in Richtung Gemüseabteilung“). Im Gesundheitskontext sind vor allem solche Pläne entscheidend, die in schwierigen Situationen helfen, am jeweiligen Ziel festzuhalten (sogenannte Bewältigungspläne, etwa „Wenn ich im Supermarkt zu hungrig bin, um dem fettigen Essen widerstehen zu können, gehe ich zuerst zum Bäcker und esse ein Brötchen, bevor ich weiter einkaufe“). Handlungs- und Bewältigungspläne wir-

ken jedoch erst dann, wenn jemand sich bewusst für ein Ziel entschieden hat. Fremdverordnete Maßnahmen zu planen, bringt keinen Vorteil (10).

Stadien unterscheiden. Die sogenannten Stufenmodelle der Gesundheitspsychologie betonen, dass Menschen bei der Veränderung von Gesundheitsverhalten eine Entwicklung durchmachen, bei der in unterschiedlichen Stadien spezifische Faktoren wichtig sind. Vor allem die Unterscheidung zwischen präintentionalen und postintentionalen Stadien ist hilfreich. Zahlreiche Studien belegen, dass die Absicht etwas zu tun vor allem durch Selbstwirksamkeitserwartung, Ergebniserwartung und Risikowahrnehmung beeinflusst wird, wohingegen es bei der Umsetzung der Absicht guter Handlungs- und Bewältigungspläne bedarf (11). Es lohnt sich also zu differenzieren, ob ein Patient noch über eine bestimm-

te Behandlung oder Verhaltensänderung nachdenkt oder ob er es sich zwar vorgenommen hat, aber an der Umsetzung scheitert.

Überzeugungen berücksichtigen. Einige wenige Faktoren scheinen allerdings stadienunabhängig wichtig zu sein (12). Das gilt insbesondere für die Einstellung (im Sinne von Überzeugungen zum jeweiligen Verhalten) sowie die Selbstwirksamkeitserwartung (13). Persönliche Überzeugungen wie Ergebniserwartungen („Wie wirksam ist die Behandlung? Was sind die Nebenwirkungen?“) und Selbstwirksamkeitserwartung („Schaffe ich das?“) zählen zu den wichtigsten Variablen sowohl in Bezug auf die Absichtsbildung als auch darauf, die Intensions-Verhaltens-Lücke zu überbrücken (14, 15, 16). Diese Befunde sprechen dafür, dass die Auseinandersetzung mit den Überzeugungen und subjektiven

NICHTINTENTIONALE NONADHÄRENZ

Leitfragen, um Schwierigkeiten des Patienten bei der Umsetzung ärztlicher Empfehlungen zu klären:

1. Welcher Art sind die Schwierigkeiten? Ökonomisch („Ich kann mir das Medikament nicht leisten“), kognitiv („Der Medikamentenplan ist mir viel zu kompliziert“), physisch („Ich bin dazu körperlich nicht in der Lage“), soziokulturell („Ich darf während des Ramadans tagsüber keine Medikamente einnehmen“) oder psychologisch („Ich will im Alltag nicht immer an meine Erkrankung erinnert werden“)?
2. Hat der Patient ein Informationsdefizit, oder hat er medizinische Informationen vielleicht falsch verstanden?
3. Welche Konsequenzen erwartet der Patient von der Behandlung beziehungsweise Verhaltensänderung?
4. Wie schätzt der Patient seine eigene Kompetenz in Bezug auf das fragliche Verhalten ein? Welche positiven Erfahrungen hat er gemacht, die seine Selbstwirksamkeit in diesem Fall stärken können? Welche Modellpersonen können beschrieben werden, die es nach anfänglichen Schwierigkeiten auch geschafft haben?
5. Wie ist das Ziel oder die Maßnahme beziehungsweise das Verhalten emotional besetzt? Wie können die begleitenden Emotionen genutzt oder verändert werden? (Zum Beispiel durch Entspannungsübungen, Umdeuten der Situation etc.)

6. Welches Ziel hat sich der Patient selbst gesetzt? Ist dieses Ziel für ihn realistisch und motivierend? Wie muss das Ziel eventuell verändert werden, um motivierend zu wirken? Sind Zwischenziele nötig? Schwer erreichbare Ziele demotivieren und benötigen kleinere Ziele für den Weg.

7. Steht das Ziel mit einem anderen für den Patienten wichtigen Ziel in Konflikt? Gibt es sonstige innere Konflikte in Bezug auf das gewünschte Verhalten? Wie können diese geklärt werden? So könnte mehr Sport in Konflikt damit stehen, möglichst viel Zeit mit der Familie zu verbringen – vielleicht lässt sich beides verbinden?

8. Hat der Patient konkrete Handlungspläne formuliert? Gibt es Bewältigungspläne für den Fall eines Rückfalls? Wie könnten diese aussehen?

9. Welche Ressourcen hat der Patient – materiell, sozial, psychologisch etc. –, um das Ziel zu erreichen? Welche Ressourcen können noch aktiviert werden?

10. Was denkt das soziale Umfeld des Patienten über die Behandlung beziehungsweise die Verhaltensänderung? Wie viel soziale Unterstützung erhält er? Wo könnte eventuell noch Unterstützung eingeholt werden?

11. Wenn der Patient das Verhalten oder die Behandlung bereits länger ausführt, welche Strategien benutzt er, um sich selbst zu kontrollieren und zu regulieren? Wie könnten diese eventuell verbessert werden?

INTENTIONALE NONADHÄRENZ

Einige der Fragen aus der Checkliste zu nichtintentionaler Adhärenz bleiben hier ebenfalls relevant (Frageblöcke 2 bis 6). Zusätzlich wichtig werden folgende Fragen:

1. Wie schätzt der Patient sein persönliches Risiko ein, wenn er sich nicht an die Empfehlungen hält?

2. Welche subjektiven Theorien über Gesundheit und Krankheit hat der Patient? Welche davon sind eventuell problematisch beziehungsweise wirken einschränkend, und wie könnte man diese Theorien zum Nutzen des Patienten hinterfragen? (Beispiele: „Angenommen, Sie hätten doch die Kraft dazu – was würden Sie dann tun, um es zu schaffen?“ – „Woher wissen Sie, dass dieses Medikament für Sie nichts bringt?“)

3. Gibt es einen sekundären Krankheitsgewinn? (Hat der Patient irgendeinen Vorteil davon,

nicht gesund zu werden, zum Beispiel erhöhte Zuwendung durch den Ehepartner?) Wie könnte der Patient sich diesen Gewinn erhalten und trotzdem gesund werden? Achtung: Diese Frage sollten Behandler nicht direkt stellen, sondern nur für sich darüber reflektieren, um Kränkungen zu vermeiden.

4. Wie sieht der Patient das Kosten-Nutzen-Verhältnis bezüglich der Verhaltensänderung oder der Behandlung? Wie kann dieses Verhältnis aktiv verändert werden, zum Beispiel durch eine Reduktion der „Kosten“?

5. Wie sieht die Arzt-Patienten-Beziehung aus? Wie vertrauensvoll und von Offenheit geprägt ist diese Beziehung? Was braucht der Patient beziehungsweise was wünscht er sich von seinem Arzt? Wie kann die Beziehung eventuell verbessert werden?

Theorien eines Patienten in jedem Fall lohnenswert ist, gleichgültig, in welchem Stadium der Verhaltensänderung er oder sie sich befindet.

Subjektive Theorien über Gesundheit und Krankheit umfassen vorhandenes Sachwissen des Patienten ebenso wie kollektives Laienwissen (wie „An apple a day keeps the doctor away“), eigene und sozial gesammelte Erfahrungen sowie persönliche Überzeugungen. Solche subjektiven Theorien sind leitende Bedingungen des alltäglichen Handelns (17), weshalb es viel Zeit und Mühe sparen kann, die subjektiven Krankheitstheorien zu erfragen und diese wenn möglich in das ärztliche Anliegen zu integrieren. Falsche sachliche Annahmen können so korrigiert und einschränkende Überzeugungen (wie „Stress reduzieren bedeutet meinen Job vernachlässigen“) hinterfragt werden. Patienten in partnerschaftlicher Haltung zu helfen, problematische Überzeugungen zu identifizieren, kann den Adhärenzprozess positiv beeinflussen (18).

Zwei Szenarien

In der Praxis ist es hilfreich, vereinfachend zwei Szenarien zu unterscheiden:

● **nichtintentionale Nonadhärenz:** Der Patient beabsichtigt, die Empfehlungen des Arztes umzusetzen, stößt dabei jedoch auf Schwierigkeiten

● **intentionale Nonadhärenz:** Der Patient hat gar nicht vor, die Empfehlungen umzusetzen.

Ein Set an Leitfragen kann Ärzten als Orientierung dienen. Der Fokus liegt hier auf psychologischen Nonadhärenzfaktoren, da diese im Gegensatz zu vielen anderen Faktoren durch den einzelnen Arzt beeinflusst werden können. Damit soll keinesfalls behauptet werden, psychologische Faktoren seien der alleinige Schlüssel zur Veränderung von Nonadhärenz. Auch geht es nicht darum, den Blick von Problemen des Gesundheitssystems abzulenken und Patientenfaktoren überzubetonen. Vielmehr sollen die Ansätze als nützliche und vor allem individuell im Alltag einsetzbare Ergänzung zu anderen, eher systemischen Vorgehensweisen dienen. Sämtliche Fragen sind als respektvolle Unterstützung und Verstehensbrücke für Patienten und Behandler gemeint, keinesfalls als Verhör oder Manipulation.

Im ersten Fall (nichtintentionale Nonadhärenz) gilt es zunächst die Ursache der Schwierigkeiten herauszufinden und diese dann gezielt zu bearbeiten (siehe Kasten „Nichtintentionale Adhärenz“).

Wenn der Patient sich bewusst gegen eine Behandlung oder eine Verhaltensänderung entscheidet (intentionale Nonadhärenz), obliegt

diese Entscheidung selbstverständlich völlig ihm und muss respektiert werden. Nach unserer Einschätzung ist es jedoch legitim, wichtige Entscheidungen gemeinsam mit Patienten durchzusprechen und respektvoll zu prüfen, ob einige der folgenden Faktoren die Entscheidung so stark beeinflusst haben, dass eine Veränderung dieses Faktors zu einer Neubewertung der Situation aufseiten des Patienten führen könnte (siehe Kasten „Intentionale Adhärenz“).

Die Arzt-Patienten-Beziehung beeinflusst nachweislich die Adhärenz – und umgekehrt wirkt sich Nonadhärenz natürlich auch auf die Beziehung aus –, schlimmstenfalls können Arzt und Patient zu Gegnern werden (19). Auch im Hinblick auf die Belastung von Patient und Behandler durch Nonadhärenz scheint es geboten, effektive Interventionen zu entwickeln, die keines aufwendigen Programms bedürfen, sondern im Rahmen jedes ärztlichen Gesprächs eingesetzt werden können.

Dabei kann es nicht darum gehen, dem Patienten eine Psychotherapie zu ersetzen. Vielmehr müssen Kommunikationsformen gefunden werden, die es einerseits erlauben, Ängste und Bedürfnisse des Patienten zu integrieren und andererseits den engen Zeitrahmen und die ohnehin hohen Anforderungen an Ärzte berücksichtigen. Sicherlich reichen kommunikative Herangehensweisen allein nicht aus, um das Problem der Adhärenz vollständig zu lösen. Sie bieten jedoch außerhalb und zusätzlich zu komplexen Programmen und Systemen dem Einzelnen einen Ansatzpunkt, in der eigenen Praxis Einfluss zu nehmen.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2011; 108(43): A 2276–80

Anschrift für die Verfasserinnen

Dipl.-Psych. Maria Seehausen
Dr. med. Patricia Hänel
Freie Universität Berlin
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin
maria.seehausen@fu-berlin.de

@ **Literatur im Internet:**
www.aerzteblatt.de/lit4311
Zusatzinfo im Internet:
www.aerzteblatt.de/112276

Adhärenz im Praxisalltag effektiv fördern

Wie kann der Arzt seinen Patienten dabei unterstützen, vereinbarte Therapieempfehlungen anzunehmen und umzusetzen? Ein Interviewleitfaden für das Gespräch mit dem Patienten kann hierfür hilfreich sein.

Maria Seehausen, Patricia Hänel

LITERATUR

1. World Health Organization. 2003. Adherence to long-term therapy: Evidence for action. Available at: www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf. Abgerufen am 14.4.2011
2. Health Belief Model – HBM, Becker 1974; Rosenstock 1966; Theorie der Schutzmotivation – PMT, Rogers 1975
3. Renneberg B, Hammelstein P (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. 2006 Springer Medizin Verlag Heidelberg.
4. Renneberg B, Hammelstein P, s.o., (3)
5. Theorie des geplanten Verhaltens – TPB, Ajzen 1991; sozialkognitive Theorie – SCT, Bandura 2004.
6. Schwarzer R: Gesundheitspsychologie Band 1. Psychologie des Gesundheitsverhaltens. 1992; Hogrefe Verlag für Psychologie Göttingen.
7. Bandura A: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 1977; 84: 191–215.
8. Rubikonmodell, Heckhausen 1989
9. Renneberg B, Hammelstein P, s.o., (3)
10. Renneberg, B. & Hammelstein, P., s.o., (3)
11. Renneberg, B. & Hammelstein, P., s.o., (3)
12. Hybridmodell: sozialkognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens – HAPA, Schwarzer 1992
13. Renneberg B, Hammelstein P, s.o., (3)
14. Sirur R, Richardson J, Wishart L, Hanna S: The role of theory in increasing adherence to prescribed practice. Physiother Can. 2009; 61: 68–77.
15. Rudy BJ, Murphy DA, Harris DR, Muenz L, Ellen J: Patient-related risks for Nonadherence to antiretroviral therapy among HIV-infected youth in the United States: A study of prevalence and interactions. Aids Patient Care and STDs 2009; 23(3): 185–194
16. Wong NCH: Investigating the effects of cancer risk and efficacy perceptions on cancer prevention adherence and intentions. Health Commun. March 2009; 24(2): 95–105.
17. Faltermaier T: Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit. In Schwarzer R, Jerusalem M, Weber H (Hrsg.): Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch. 2002; Göttingen: Hogrefe, 586–90.
18. Myers LB, Midence K (Ed): Adherence to treatment in medical conditions. Amsterdam, Netherlands: 1998; Harwood Academic Publishers.
19. Myers LB, Midence K. (Ed), s.o., (18).