

Dr. rer. medic. Michael Schulz  
Evangelisches Krankenhaus Bielefeld  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel  
Remterweg 69-71  
33617 Bielefeld  
Tel.: 0049 521 772 78022  
E-Mail: [Michael.Schulz@evkb.de](mailto:Michael.Schulz@evkb.de)

## **Professionelle Beziehungsgestaltung im Bereich der psychiatrischen Pflege am Beispiel der Adherence Therapie – eine Intervention zum langfristigen Medikamentenmanagement**

### **Was ist Adherence?**

**Adherence** (engl. für *Festhalten, Befolgen*), im Deutschen auch **Adhärenz**, bezeichnet in der Medizin die Einhaltung der gemeinsam von Patient und Arzt gesetzten Therapieziele. Der Begriff ersetzt im angelsächsischen Sprachraum zunehmend den Begriff *Compliance* (engl. für *Einverständnis, Einhalten, Willfährigkeit, Fügsamkeit*) in der Medizin. Dieser Begriff bezeichnet die Einhaltung der Therapievorgaben durch den Patienten und repräsentiert eine veraltete Sicht, dass die Verantwortung für einen Therapieerfolg oder ein Therapieversagen einseitig beim Patienten liegt. Auch im deutschen Sprachgebrauch gewinnt der Begriff der Adherence oder Adhärenz zunehmend an Bedeutung (vgl. <http://content-kiosk.de/Adherence>).

### **Stand der Forschung**

Antipsychotische Medikamente stellen ein zentrales Element der Schizophreniebehandlung dar. Nachdem man lange Zeit annahm, dass das ungünstige Einnahmeverhalten vieler Patienten bzw. die hohen Abbruchraten überwiegend auf das extrapyramidal geprägte Nebenwirkungsspektrum der Neuroleptika der ersten Generation zurückzuführen ist, zeigt sich nun, dass sich die Situation mit der weiten Verbreitung der Neuroleptika der zweiten und dritten Generation, der sog. Atypika, nicht grundlegend verbessert hat. Trotz der geringeren Affinität zu den Dopaminrezeptoren, höherer Affinität zu anderen Rezeptoren der HT- und NA-Gruppen und damit veränderten bzw. verringerten Nebenwirkungsprofilen, bleibt die Nichteinnahme von verordneten Neuroleptika ein Hauptproblem in der Behandlung von

Schizophreniekranken. Heute weiß die Mehrzahl der Patienten (z.B. nach Psychoedukation), dass das Absetzen der neuroleptischen Erhaltungstherapie, bzw. Rezidivprophylaxe, das Risiko eines Rückfalls erheblich erhöht und einer der Hauptgründe für eine stationäre Wiederaufnahme ist (Fenton et al 1997). Für antipsychotische Medikamente liegen in der Literatur unterschiedliche Angaben über den Grad der Umsetzung von medikamentösen Vorgaben vor. Die Werte schwanken zwischen 10% und 76% (u.a. Cramer, Rosenheck 1998). Nach Gray et al (2002) setzen 50% der Patienten die Medikamente innerhalb des ersten Jahres und 75% innerhalb des zweiten Jahres ab. Liebermann et al (2005) konnten nun aktuell in einer Studie, in die 1432 Studienteilnehmer einbezogen werden konnten, zeigen, dass unabhängig vom eingesetzten Atypikum mindestens zwei Drittel der Patienten (range: 64-82%) die verordneten Medikamente innerhalb von 18 Monaten absetzen, meist bereits innerhalb der ersten 3 Monate. Damit waren die Ergebnisse für die Atypika (bei geringeren Abweichungen untereinander) nicht besser als bei dem ebenfalls untersuchten klassischen Neuroleptikum Perphenazin. Diese Ergebnisse machen deutlich, dass das Absetzen von Medikamenten keinen Ausnahmefall darstellt, sondern mit chronischer Krankheit häufig einhergeht. Beispielhaft sei hier auf die antiretrovirale Therapie bei HIV-Patienten verwiesen. Hier sind Medikamente erst wirksam, wenn die Vorgaben zu 95% umgesetzt werden, was nur knapp der Hälfte der Patienten trotz der vitalen Bedrohung gelingt (Bartlett, 2002).

Auf der Grundlage dieser Erkenntnis empfiehlt die WHO (2003) „die Entwicklung von Strategien mit dem Ziel einer verbesserten Akzeptanz von Therapieprogrammen als ein wesentliches Element, um weltweit Krankheitsfolgen zu verringern“. In diesem Zusammenhang haben Haynes et al (2002) im Rahmen eines Cochrane Reviews Interventionen untersucht, die eine verbesserte Adherence zur Folge haben sollen. Sie kommen zu dem Schluss, dass die gegenwärtigen vorhandenen Methoden zur Steigerung von Adherence nicht dazu führen, das Wirkpotential vorhandener Medikamente auszuschöpfen. Sie fordern, dass neue Verfahren entwickelt werden, um den Aufbau von Adherence bei den Betroffenen bei langfristigen Therapien wirkungsvoller als bisher zu unterstützen.

### **Warum nehmen Menschen ihre Medikamente nicht?**

Der Prozess der Entwicklung von Adherence bzw. Non-Adherence scheint ein multifaktorielles Geschehen zu sein, welches bislang noch nicht vollständig verstanden

worden ist. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass sich Adherence nur sehr schwer definieren und messen lässt (Evangelista 1999, Kyngas et al 2000). Dennoch gibt es keinen Zweifel darüber, dass gerade im Bereich der chronischen Erkrankungen ein großes Problem dahingehend besteht, dass Medikamente zu früh abgesetzt, Intervalle nicht beachtet werden oder aber die eingenommene Menge mit der verordneten Dosis nicht übereinstimmt.

Die erfolgreiche langfristige Umsetzung von Therapievorgaben ist nicht nur dem Willen bzw. Unwillen des Patienten geschuldet. Sie ist vielmehr das Resultat vieler verschiedener Faktoren, wobei der Frage, inwieweit es gelingt, zwischen Professionellen und Nutzern eine tragfähige Beziehung aufzubauen, eine zentrale Bedeutung zukommt.

Faktoren, die das Einhalten von Therapieplänen beeinflussen, lassen sich nach Gray (2004) in sechs Kategorien einteilen:

1. die Krankheit (z.B. in Form von Wissensdefiziten über die Krankheit und deren Behandlung);
2. die Behandlung (z.B. in Form von ungewollten Nebenwirkungen);
3. die verschreibende Person bzw. das Behandlungsteam (wird z.B. mit dem Patienten zusammengearbeitet oder geht man über seine Wünsche und Bedenken hinweg);
4. der Patient (z.B. durch seine Einstellung zur Behandlung oder dadurch, dass er die Einnahme vergisst);
5. das persönliche Umfeld (z.B. durch Druck, der von seinen Bezugspersonen auf ihn ausgeübt wird);
6. kulturelle Aspekte (z.B. dadurch, dass der Patient einer anderen als der westlichen Medizin mehr vertraut);

Berücksichtigt man all diese Faktoren, dann wird deutlich, dass die Schuld, für ein abgebrochenes Therapieprogramm nicht alleine bei den Patienten zu suchen ist. Aus diesem Grunde ist der Begriff „Compliance“ bzw. „Non-Compliance“ im Hinblick auf die Einnahme von Medikamenten irreführend und suggeriert, dass sie im Rahmen der Behandlung eher passiv sind und lediglich die Instruktionen der Professionellen umzusetzen haben. Im Sinne von „Verhandeln statt Behandeln“ kommt dem Patienten aber im Rahmen eines Behandlungsbündnisses eine aktive, gleichberechtigte Rolle zu. Adherence unterstreicht hier die Rechte des Patienten und die Notwendigkeit nach umfassender Information, nach einer gleichberechtigten Kommunikation sowie einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (Gray et al 2002).

## **Aufbau und Ablauf der Intervention Adherencetherapie**

Adherencetherapie ist eine strukturierte Intervention, die im Rahmen von acht Behandlungseinheiten in Einzelkontakten verabreicht wird. Die Intervention hat zum Ziel, dass der Patient aus eigener Kraft heraus, auf der Grundlage einer eigenen Entscheidung in der Lage ist, therapeutische Vorgaben langfristig umzusetzen, oder aber, was auch denkbar ist, eine fundierte Entscheidung gegen die Einnahme von Medikamenten zu treffen. Adherencetherapie zielt demnach sowohl auf eine informierte Entscheidungsfindung als auch auf die Möglichkeit der Verhaltensänderung. Die Intervention wurde von Gray et al (2001) und Mitarbeitern am Institute of Psychiatry (IOP) in London entwickelt und basiert auf Erkenntnissen der Verhaltenstherapie, der motivierenden Gesprächsführung nach Miller und Rollnick (1999) (vgl. auch: Körkel, Veltrup: 2003) sowie auf der Compliancetherapie nach Kemp et al (1998). Dabei fokussiert die Intervention auf die Stärkung der Eigenverantwortung sowie auf die persönlichen Wünsche des Patienten. Neben der kooperativen Zusammenarbeit mit dem Patienten sollte darauf geachtet werden, dass der Patient ermutigt wird, seine Bedürfnisse mit einzubringen, dass die medikamentösen Pläne möglichst einfach gestaltet sind und sich die Einnahme in den Tageslauf integrieren lässt (Gray et al 2001). Darüber hinaus gilt es, Sorgen und Bedenken anzusprechen und gemeinsam nach akzeptablen Lösungen suchen. Basierend auf Erkenntnissen der motivierenden Gesprächsführung liegt auch der Adherencetherapie eine (Menschenbild-) Annahme zugrunde, wonach Menschen, die ihre Medikamente nicht nehmen, nicht unmotiviert, sondern ambivalent sind. Demnach gibt es sowohl für (z.B. die Reduktion von Symptomen) als auch gegen die dauerhafte Einnahme von Medikamenten (z.B. das Auftreten von Nebenwirkungen) gute Gründe. Dabei ist Ambivalenz kein alleiniges Problem von kranken Menschen, sondern fester Bestandteil menschlichen Lebens.

*Die Intervention lässt sich in folgende Phasen unterteilen:*

- ⇒ Phase des Kennenlernens
- ⇒ Assessment (im Hinblick auf den Umgang und die Erfahrungen mit sowie die Einstellung zu Medikamenten)
- ⇒ Therapeutische Phase
- ⇒ Evaluationsphase

Die Einheiten sollen nicht länger als 45-60 Minuten dauern. Sowohl im Hinblick auf die Räumlichkeiten als auch im Hinblick auf die Dauer der Einheiten ist Flexibilität wichtig, um sich den Bedürfnissen des Patienten anpassen zu können. Im Folgenden sollen die einzelnen Phasen kurz dargestellt werden.

#### *Kennenlernphase:*

Die erste Einheit wird genutzt, um sich gegenseitig kennen zu lernen. Ziel ist es, ein Klima für eine offene Diskussion zu schaffen. Hierfür muss der Patient Vertrauen fassen und über den Ablauf der Intervention informiert werden.

#### *Assessmentphase*

Die Assessmentphase dauert ein bis zwei Einheiten. Ziel ist es, etwas über die Medikamentengeschichte des Patienten sowie seine Einstellung zu bzw. Vertrauen in die Medikamente zu erfahren. Die Priorität, die die Pharmakotherapie für den Patienten hat sowie das Vertrauen in die Medikamente sind wichtige Parameter, die es zunächst zu erheben und im Rahmen der Therapie zu beeinflussen gilt. Anhand eines strukturierten Assessments werden Informationen dazu erhoben.

#### *Therapeutische Phase*

Für diese Phase sind vier bis sechs Einheiten vorgesehen. Es steht ein Repertoire an Maßnahmen zur Verfügung, die in dieser Phase zur Anwendung kommen. Dazu gehört z.B., praktische Probleme der Medikamenteneinnahme zu besprechen, gemeinsam mit dem Patienten Ambivalenz heraus- und bearbeiten oder über Bedenken gegenüber den Medikamenten zu sprechen.

#### *Evaluationsphase*

In der letzten Sitzung gilt es, gemeinsam mit dem Patienten den Prozess zu reflektieren und das Erreichte zu bewerten. Auf der Grundlage des zu Beginn durchgeführten Assessments lässt sich dann feststellen, welche Veränderungen erreicht werden konnten.

## **Adherencetherapie als pflegerische Intervention**

Adherencetherapie ist in England für den ambulanten Bereich entwickelt worden und kann grundsätzlich von allen Professionen des interdisziplinären Teams durchgeführt werden. Pflegenden kommt dort, im Gegensatz zum deutschsprachigen Raum, als Community Psychiatric Nurses (CPN) eine zentrale Stellung mit hohem Verantwortungsprofil zu (Schulz, Behrens 2005). Zunehmend wird Adherencetherapie aber auch im stationären Setting erprobt. Eine Implementierung von Adherencetherapie im stationären Bereich erscheint v.a. deshalb möglich und sinnvoll, weil hier im Hinblick auf die Langzeitprophylaxe häufig wesentliche Entscheidungen getroffen werden. Darüber hinaus machen Patienten im stationären Setting häufig schlechte Erfahrungen mit Medikamenten, z.B. im Rahmen von Zwangsmedikationen. Adherencetherapie kann hier helfen, diese Erfahrungen zu bearbeiten und so eine bessere Voraussetzung für eine erfolgreiche Langzeittherapie zu schaffen. Vor dem Hintergrund, dass die Berücksichtigung des direkten Lebensumfeldes und der persönlichen Situation des Patienten im Rahmen von Intervention von entscheidender Bedeutung ist, gilt es, entsprechendes Wissen vorzuhalten. Pflege ist als größte Berufsgruppe und aufgrund ihrer Nähe zum Patienten, welche tiefgehende, bisweilen intime Einblicke in das Leben der Patienten zulässt, gut geeignet, diese Intervention durchzuführen. Bei einer Anwendung der Intervention im stationären Bereich ist davon auszugehen, dass eine solche Intervention vor dem Hintergrund schwindender zeitlicher Ressourcen bei allen Berufsgruppen, lediglich von der Pflege aufgrund ihrer Präsenz vor Ort, durchgeführt werden kann. Pflege hat im Rahmen des Behandlungsprozesses immer schon therapeutische Tätigkeiten, z.B. bei der Durchführung von Gruppen oder auch im Rahmen von Dialektisch-Behavioralen Therapie, durchgeführt (Schulz, Renard 2005, Schulz et al *in press*). Interventionen wie diese, die zum Einen gut wissenschaftlich begründet (evidenzbasiert) sind, zum Anderen auf chronische Erkrankungen abzielen, stellen aber darüber hinaus wichtige Meilensteine auf dem Weg zu einem zukunftsfähigen und verantwortungsvollen Berufsprofil dar (Schulz, 2003, 2004, 2005). Allerdings setzt die Durchführung einer solchen therapeutischen Intervention eine hohe Pflegefachlichkeit und darüber hinaus eine spezielle Schulung voraus. Im Zuge einer zunehmenden Spezialisierung der Arbeitsfelder ist von einer zunehmenden Differenzierung der Qualifikationsprofile auszugehen, wofür die vorgestellte Intervention ein Beispiel darstellt.

Wendet man Adherencetherapie im stationären Bereich an, dann kann es im Rahmen von einer dezentralen Pflegeorganisationsform eine mögliche Intervention der Bezugspflegekraft bzw. Primary Nurse darstellen (Schulz, Krause 2003). Im Rahmen der interdisziplinären Behandlungsplanung gilt es dann, die Intervention bei entsprechendem Bedarf, gemeinsam mit dem Arzt in die Behandlung einzupassen.

## Literaturverzeichnis

Bartlett JA. Addressing Challenges of adherence. *Journal of Acquired Immune Deficiency and Human Retrovirology*. 2002; 29: 2-10

Cramer JA, Rosenheck R. Compliance with medication regimes for mental health disorders. *Psychiatric Disorders*, 1998; 49: 196-201

Evangelista LS. Compliance: a concept analysis. *Nursing Forum*. 1999; 34: 5-11

Fenton WS, Blyler C, Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin*. 1997;23:637-51

Gray R. Verbesserte Einhaltung von Medikamentenvorgaben bei Menschen mit Psychosen. In: Bauer R, Krause P, Schulz M (Hrsg). *Interventionen Psychiatrischer Pflege*. Unterostendorf: Ibicura Verlag, 2004: 84-93

Gray R, Gournay K, Wykes, T. From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2002 Jun;9: 277-84.

Gray R, Gournay K, David A. QUATRO: Adherence Therapy – Training and Treatment Manual. London, 2001, unveröffentlicht.

Haynes RB, Montague P, Oliver T, McKibbin KA, Brouwers MC, Kanani R. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD000011

Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. *Br J Psychiatry*. 1998 May;172:420-4.

Körkel J, Veltrup C. Motivational Interviewing: Eine Übersicht. *Suchttherapie* 2003; 4: 115-124

Kyngas H, Duffy M, Kroll T. Conceptual analysis of compliance. *Journal of clinical nursing*. 2000; 9: 5-12

Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RS, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD, Severe J, Hsiao JK; Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 2005; 353: 1209-23

Miller W R, Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung - Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, 1999

Schulz M. Rekonzeptionalisierung als wesentliches Element einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen Pflege. *Pflege und Gesellschaft*, 2003; 4: 133-160

Schulz M. Rekonzeptionalisierung Psychiatrischer Pflege. In: Bauer R, Krause P, Schulz M (Hrsg). *Interventionen Psychiatrischer Pflege*. Unterostendorf: Ibicura Verlag, 2004: 10-17

Schulz M. Neuorientierung und Paradigmenwechsel: Psychiatrische Pflege im Umbruch. *Psych Pflege* 2005; 5: 256-263.

Schulz M, Behrens J. Die Entwicklung gemeindenaher psychiatrischer Pflege in Großbritannien – Implikationen für Deutschland. *PR-Internet – Die wissenschaftliche Fachzeitschrift für die Pflege*. 2005; 7: 410-415

Schulz M, Krause P. Zwischen Bezugspflege und Primary Nursing – auf dem Weg zu einer evidenzbasierten und personenzentrierten Pflegeorganisationsform. *Psych Pflege* 2003; 8: 242-248

Schulz M, Renard C, Keogh J. Analyse des Gruppenangebotes einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik anhand von Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien. *Krankenhauspsychiatrie im Druck*

Schulz M, Renard C. Der Beitrag psychiatrischer Pflege am Gruppenprogramm in der Psychiatrie. *Psych Pflege heute* 2005; 11: 38-42

World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO, Geneva, 2003