

Christian Schäfer

Patientencompliance

Erfolgreiches Adhärenz-Management
im Versorgungsalltag

3. Auflage



Springer Gabler

Patientencompliance

Christian Schäfer

Patientencompliance

Erfolgreiches Adhärenz-Management
im Versorgungsalltag

3. Auflage

 Springer Gabler

Christian Schäfer
Professur für ABWL, insbesondere Gesundheitsmanagement
Duale Hochschule Baden-Württemberg Mannheim
Mannheim, Deutschland

Die zweite Auflage dieses Werkes ist unter dem Titel “Patientencompliance. Adhärenz als Schlüssel für den Therapieerfolg im Versorgungsalltag” erschienen.

ISBN 978-3-658-29563-9 ISBN 978-3-658-29564-6 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-29564-6>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer Gabler

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2011, 2017, 2020

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Springer Gabler ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Für

Susanne, Theodor & Paula

sowie

Cornelius, Britta & Rudi

Geleitwort zur 2. Auflage

Die Patientencompliance ist die Bereitschaft jedes einzelnen Patienten, aktiv und eigenverantwortlich an einer eingeschlagenen Therapie mitzuwirken. Soll eine Behandlung erfolgreich sein, ist die Mitwirkung des Patienten unerlässlich. Verhält sich ein Patient non-compliant hat dies direkte negative Auswirkungen auf den individuellen Therapieerfolg und meist auch Gesundheitszustand. Non-Compliance hat auch kostspielige Konsequenzen für das gesamte Gesundheitssystem. So werden durch Folgeerkrankungen oder verzögerte Heilungsprozesse weitere ohnehin knappe Ressourcen unseres Gesundheitswesens in Anspruch genommen.

Vor diesem Hintergrund ist Gesundheit nicht nur für den einzelnen Patienten ein kostbares Gut, sondern besitzt aufgrund der ökonomischen und demographischen Herausforderungen eine hohe gesamtgesellschaftliche Bedeutung. Um Gesundheit zu erhalten bzw. wieder herzustellen, kommt dem Therapietreueverhalten des Patienten eine zentrale Rolle zu.

Herr Christian Schäfer greift die wichtige Frage nach dem Complianceverhalten von Patienten auf. Im Kern untersuchte der Autor ein theorie-geleitetes Verhaltensmodell zur Etablierung einer guten Patientencompliance. Dabei benutzt er sowohl das „Health-Belief-Model“ als auch die „Theory of Planned Behaviour“. Wichtig und sinnvoll integrierte er dabei andere Berufsgruppen wie nebst der Medizin auch Psychologie und Ökonomie. Der hohe Erkenntnisgewinn der Abhandlung ergibt sich aus dem sehr breit angelegten Erklärungsansatz zum Therapieverhalten von Patienten. Aufbauend auf der umsichtig-differenzierten konzeptionellen Herleitung der Haupttriebkkräfte des Therapieverhaltens gelingt es dem Verfasser in der Folge, eine empirisch fundierte Überprüfung der Wirkungszusammenhänge anzustellen. So werden im Rahmen der empirischen Untersuchung sieben Erfolgsfaktoren des Complianceverhaltens benannt. Der stärkste Impuls für die Compliance geht dabei von der Verhaltenskontrolle des Patienten aus, gefolgt von Therapiebarrieren, der Gesundheitsmotivation und der sozialen Norm.

Diese identifizierten Einflussfaktoren stellen eine logische Grundlage zur Ableitung vier unterscheidbarer Patiententypen in Bezug auf ihr Complianceverhalten dar. Hierzu wird argumentiert, dass sich anhand spezifischer soziodemographischer Faktoren eine recht sichere

Zuordnung zu den verschiedenen Verhaltenstypen vornehmen lässt. Die zu unterscheidenden Patiententypen eröffnen insbesondere Medizinern konkrete Ansatzpunkte für eine am individuellen Patientenbedarf orientierte Unterstützung des Therapieerfolges. So ermöglichen die von Herrn Schäfer präsentierten Patiententypologien eine gute Vorab einschätzung des Risikos unzureichender Therapietreue. Die Anwendung dieses Konzepts erleichtert dem Arzt einen zielgerichteten Einsatz seiner - auch zeitlichen - Ressourcen im Patientendialog. Auch Krankenversicherungen mögen diese Erkenntnisse bei der Etablierung von Compliance-Management-Programmen helfen, indem sie fokussierter auf spezifische Patientengruppen ausgerichtet werden könnten. Eine dem heutigen Zeitgeist entsprechende möglichst individualisierte und bedarfsgerechte Patientenansprache wird durch das präsentierte Konzept ermöglicht.

Aus meiner eigenen Behandlungserfahrung sowohl als Gastroenterologe als auch Geriater erscheint mir die von Herrn Schäfer vorgestellte Konzeption zur bedarfsgerechten Förderung der Therapietreue als schlüssig und praktikabel. So ist gut vorstellbar, dass speziell geschultes Praxispersonal vorab eine Ersteinschätzung der Therapietreue von Neupatienten vornimmt und so dem Behandler effizient zuarbeitet. Hierdurch erscheint die Erreichung eines signifikanten Mehrwertes für das Gelingen der Therapie und einen optimierten Arzt-Patient-Kontakt möglich. So könnten beispielsweise für Patienten, für welche eine hohe Risikoeinschätzung der Non-Compliance im Raum steht, speziell adaptierte Therapieschemata initiiert werden. Dem von Herrn Schäfer entwickelten, in sich schlüssigen Ansatz ist eine breite (Routine-)Anwendung im täglichen Patienten-Management zu wünschen. Auf Grundlage der in Aussicht gestellten optimierten Ressourcenallokation und der vergleichsweise einfachen Umsetzbarkeit in der täglichen Praxisroutine könnten sich auch auf Gesundheitssystemebene Potenziale für Skaleneffekte und Kostenersparnisse eröffnen.

Erwähnenswert sind weiterhin die Untersuchungen zum Einschätzungsvermögen des Patientenverhaltens im Therapieumgang durch den Behandler. Der vorgenommene Abgleich des vom Patienten angegebenen Therapieverhaltens und der arztseitigen Einschätzung jenes Verhaltens offenbart die Grenzen des menschlichen Einschätzungsvermögens. So attestieren die Ergebnisse von Herrn Schäfer grundsätzlich ein gutes Einschätzungsvermögen des Patienten durch den Arzt in etwa drei Viertel der Fälle. Gerade aber für das Viertel der Patienten mit der Gefahr ungenügender Adhärenz aus welchen Gründen auch immer könnte der Arzt Compliance-Probleme besser proaktiv aufgreifen und damit die Erfolgsaussichten auf ein verbessertes Behandlungsergebnis positiv beeinflussen. Das gerade Gesagte zeigt auf, wie wichtig eine gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient ist. Herr Schäfer zeigt somit klar auf, was der heute auch häufig verwendete Begriff Adhärenz

meint. Er erweitert letztendlich den klassischen Compliance-Begriff dergestalt, dass eine gemeinsame Entscheidungsfindung und Therapiezielvereinbarung wichtig ist, indem die aktiv erfragte Patientenmeinung in der Behandlungsplanung eine relevante Rolle spielt.

Zusammenfassend liefert die Abhandlung von Herrn Schäfer einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Forschungsbemühungen zur Patientencompliance. Zusätzlich wird ein fundierter, innovativer und in der täglichen Praxis anwendbarer Ansatz präsentiert, um ein effizientes Compliance-Management in der Gesundheitsversorgung umsetzen zu können. Die vorgetragenen Gedankengänge, Konzepte und Handlungsempfehlungen sind sowohl für Leistungserbringer als auch Entscheidungsträger aus der Praxis unseres Gesundheitswesens interessant und relevant. Sehr hilfreich erscheinen auch die übersichtlichen Abbildungen und Tabellen. So bleibt zu hoffen, dass der begründete Optimismus, welcher dem Buch und dem präsentierten Konzept zu Grunde liegt, dazu beiträgt, unser Gesundheitssystem ein Stück weit „gesünder“, effizienter und zu gestalten. In diesem Sinne ist der vorliegenden Abhandlung in ihrer zweiten Auflage eine weite Verbreitung sowohl für Wissenschaftler und Praktiker im Gesundheitswesen zu wünschen.

Prof. Dr. med. Cornel Sieber

**Direktor Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg und**

**Chefarzt Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie, Krankenhaus
Barmherzige Brüder Regensburg**

Geleitwort zur 1. Auflage

Das deutsche Gesundheitswesen unterliegt in den letzten Jahren drastischen Veränderungen. Aufgrund immer engerer finanzieller Spielräume der Gesundheitsversorgung werden zunehmend Fragen nach bisher nicht erschlossenen Effizienzreserven gestellt. So verspricht man sich von einer gesteigerten Therapietreue (engl. Compliance) des Patienten bessere Behandlungserfolge bei gleichzeitig geringeren Kosten.

Für viele Gesundheitsmarktteilnehmer avanciert daher das Therapietreuemanagement des Patienten sowohl zum kritischen Erfolgsfaktor für den Behandlungserfolg des Patienten als auch für den eigenen Markterfolg. So versprechen sich Ärzte und Krankenversicherungen durch eine bessere Compliance gesündere und zufriedener Patienten. Auch die pharmazeutische Industrie hat ein starkes Interesse an einer hohen Therapietreue. Sie verspricht sich durch eine hohe Therapietreue eine nachhaltig verbesserte Lebensqualität des Patienten, was sich positiv in durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vorgenommenen Nutzenbewertungen von innovativen Medikamenten niederschlagen sollte.

Häufig sind Misserfolge im Bereich des Therapietreuverhaltens multikausal determiniert. Vor diesem Hintergrund scheint eine exaktere Kenntnis der Einflussfaktoren auf das Therapieverhalten im Patientenalltag unabdingbar.

Die Studie von Dr. Schäfer greift das Phänomen der Patientencompliance auf. Gestützt auf eine umfassende Betrachtung der Triebkräfte der skizzierten Diskussion entwickelt er zunächst eine theoretische Basis für das allgemeine Verständnis dieses Phänomens. Hierbei greift er auf ein breites Spektrum verhaltenswissenschaftlicher Theorien zurück.

Hierauf aufbauend wird ein sieben Facetten der Therapietreue berücksichtigendes Verhaltensmodell konzeptualisiert. Die Konfrontation des theoretischen Modells mit den empirischen Daten erfolgt auf Basis einer eindrucksvollen Datengrundlage. Durch Kooperationen mit der Deutsche Herzstiftung e.V., 66 Apotheken und 32 Selbsthilfegruppen ist es dem Verfasser gelungen, Daten von mehr als 1.000 Bluthochdruckpatienten zu gewinnen.

Die Ergebnisse der Studie von Dr. Schäfer zeigen Defizite der Behandlungssituation auf, weisen aber auch auf konkrete Lösungsmöglichkeiten hin, wie man den Patienten zu einem besseren und konsequenterem Umgang mit seiner Therapie bewegen kann. Der Verfasser legt interessante Erkenntnisse im Hinblick auf Determinanten und Niveaubetrachtung der Patientencompliance vor. Überraschend ist in diesem Zusammenhang insbesondere das Ergebnis, dass sich eine von Vertrauen in den behandelnden Arzt geprägte Behandlungssituation insbesondere auf die Therapietreue von Männern positiv auswirkt.

Erwähnenswert ist schließlich die Typologisierung der Patienten anhand ihrer Therapietreue. Es konnten vier trennscharfe Patientencluster herausgebildet werden, die es Professionellen aus dem Gesundheitswesen ermöglichen, chronisch Kranke möglichst bedarfsgerecht im Umgang mit ihrer Therapie anzusprechen und zu unterstützen. Weiterhin gelingt es dem Verfasser auf Grundlage eines robusten gesundheitsökonomischen Schätzansatzes, die Kosten unzureichender Therapietreue für das Indikationsgebiet des Bluthochdrucks zu ermitteln. Die ökonomische Analyse verdeutlicht eindrucksvoll die Dimension des Problems unzureichender Therapietreue.

Insgesamt kann der Studie von Dr. Schäfer bescheinigt werden, dass sie ein aktuelles Thema theoretisch fundiert und empirisch mit größter Sorgfalt untersucht. Die auf diese Weise erzielten Erkenntnisse sind in dieser Form als neu einzustufen. Daher ist die Lektüre dieses Buches für Wissenschaftler und Praktiker aus dem Gesundheitswesen gleichermaßen zu empfehlen. Insofern ist der Arbeit eine weite Verbreitung zu wünschen.

Prof. Dr. med. Hellmut Oelert

Vorstand Deutsche Herzstiftung e.V.

Prof. Dr. Frank Huber

Lehrstuhl für Marketing, Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Vorwort zur 3. Auflage

In der 3. Auflage wurden in ausgewählten Kapiteln Überarbeitungen, Aktualisierungen sowie Kürzungen vorgenommen. Grundsätzlich wurde an der bewährten Struktur der 2. Auflage festgehalten. Die Erfahrungen und Rückmeldungen zur 2. Auflage sind überwiegend positiv ausgefallen. Dennoch muss in regelmäßigen Abständen eine kritische Beurteilung der Inhalte erfolgen, um die Qualität und Aktualität des Werkes fortwährend zu sichern. Besonders große Resonanz haben die Kapitel 6 und 7 erfahren. Daher wurden hier wesentliche Erweiterungen der diskutierten Inhalte vorgenommen.

Kapitel 6, in welchem vier verschiedene Patiententypen präsentiert werden, wurde um einen Abschnitt zu zwei auf empirischer Basis voneinander abgrenzbaren Verhaltensmodellen nach dem Grad der Adhärenz erweitert. So wird das aus Kapitel 3 bekannte allgemeine Verhaltensmodell für die Gruppe der adhärennten und der non-adhärennten Patienten jeweils separat geschätzt und analysiert. Abschließend werden beide Modelle einer vergleichenden Bewertung zugeführt. Ich hoffe, dass die neuen Inhalte das seit dem Erscheinen der 2. Auflage wiederholt bekundete Interesse an jenen Verhaltensmodellen zu adressieren vermögen.

Weiterhin ist Kapitel 7, welches in die 2. Auflage neu integriert wurde, auf großes Interesse gestoßen. Inhaltlich wird hier das Einschätzungsvermögen des patientenseitigen Adhärenzverhaltens durch den behandelnden Arzt einer empirischen Bewertung zugeführt. Da die z.T. überraschenden Ergebnisse von hoher Relevanz für den Behandlungsalltag niedergelassener Ärzte sind, wurde von verschiedenen Seiten der Wunsch geäußert, dieses Kapitel zu erweitern. Dieses berechnete Anliegen habe ich gerne aufgenommen und das Kapitel erweitert. Das Hauptaugenmerk der Kapiterweiterung wurde hier auf die Analyse des Einschätzungsvermögens des Arztes hinsichtlich der patientenseitigen Meinung, ob die eingeschlagene Therapie von ihm als förderlich oder aber schädlich beurteilt wird, gelegt. Sofern der Arzt bei der Beurteilung dieses zentralen Aspekts der Therapieakzeptanz durch den Patienten für das Behandlungsergebnis eine Fehleinschätzung vollzieht, kann dies von erheblicher Bedeutung für den Therapieerfolg sein.

Mein herzliches Dankeschön gilt wiederum all jenen Ärzten, Apothekern, Produktmanagern aus der Arzneimittelindustrie sowie Krankenversicherungen, welche mich fortwährend

kontaktiert oder zu Symposien eingeladen haben, um Einschätzungen und Empfehlungen zur Verbesserung der Adhärenz im Versorgungsalltag zu diskutieren. Vielfach konnten auch konkrete Veränderungen im Versorgungsalltag angestoßen werden, was sehr erfreulich ist. Ich hoffe, dass ich den Erwartungen an die 3. Auflage gerecht werden konnte und freue mich, wie immer, über Anmerkungen, Diskussionen, Fragen sowie natürlich auch Verbesserungsvorschläge.

Abschließend bleibt festzustellen, dass wir wissen, dass wir auf dem richtigen Weg sind, aber es bleibt noch viel zu tun, um insbesondere chronisch erkrankte Mitmenschen in ihrer vollen Breite auf ein substanzial höheres Adhärenz-Niveau zu führen.

Mannheim im Mai 2020

Prof. Dr. Christian Schäfer

Email: schaefer@patientencompliance.de

Homepage: www.patientencompliance.de

Vorwort zur 2. Auflage

Die 2. Auflage berücksichtigt den aktuellen Stand der gesundheitspolitischen Diskussionen rund um das Thema der Patientencompliance bzw. Adhärenz im deutschsprachigen Raum bis Anfang 2017. Die Literatur sowie Zahlen und Daten wurden wo nötig aktualisiert. Die Inhalte der bereits aus der 1. Auflage bekannten Kapitel wurden leicht überarbeitet und teilweise gekürzt. Der Fokus der 2. Auflage liegt stärker auf der praktischen Umsetzung konkreter Adhärenz-Management-Konzepte im Versorgungsalltag. Die Gliederung ist verändert worden, um der beschriebenen Neuausrichtung des Buches gerecht zu werden.

Seit Erstellung der Erstauflage sind nunmehr 7 Jahre vergangen. In dieser Zeit hat sich die im deutschen und englischen Sprachraum etablierte Begrifflichkeit rund um das Thema Therapietreue zunehmend weg von der Bezeichnung „Compliance“ hin zur „Adhärenz“ verschoben. Unter Adhärenz wird eine noch stärkere beidseitige Verantwortung von Patient und Arzt für den Therapieerfolg verstanden. Diesem Wandel, welchem das Verständnis von Therapietreue unterliegt, soll im Rahmen der zweiten Auflage, soweit möglich, Rechnung getragen werden. Die Auslegung der Begrifflichkeit von Therapietreue in der 2. Auflage orientiert sich daher an jener von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gewählten Definition von Adhärenz.

„Adherence is the extent to which a person's behavior - taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider.“ (WHO 2003)

In Kapitel 6 wurde bewusst darauf verzichtet, das innerhalb der Erstauflage vorgestellte und im Rahmen von verschiedenen Untersuchungen seit dieser Zeit angewandte und nunmehr etablierte Instrumentarium des Patienten-Compliance-Index (PCI) zur Therapietreuemessung im Versorgungsalltag umzubenennen. Auch in einigen anderen Passagen der 2. Auflage wurde aus unterschiedlichsten Gründen nicht gänzlich auf die Begrifflichkeit der Compliance verzichtet. Hier ist stets ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen Arzt und Patient und beidseitige Verantwortung für den Therapieerfolg unterstellt worden.

Den Wünschen von Leserinnen und Lesern nach Kapiteln zum Einschätzungsvermögen des Patientenverhaltens durch den Behandler und einer vergleichenden Analyse der Unterschie-

de des Patientenverhaltens nach dem Bundesland wurde durch die Aufnahme von zwei neuen Kapiteln Rechnung getragen. Im Hinblick auf das praktische Therapiemanagement im Versorgungsalltag stellt das neue 7. Kapitel zum Einschätzungsvermögen des Arztes eine sinnvolle Ergänzung der in der 1. Auflage bereits aufgezeigten Möglichkeiten und Grenzen eines bedarfsgerechten Patienten-Managements dar.

Das steigende Interesse an Analysen regionaler Unterschiede des Gesundheitsverhaltens wird im neuen 8. Kapitel aufgegriffen. Von Entscheidungsträgern aus der Gesundheitspolitik wurde das Interesse an einer noch feingliedrigeren (Kreisebene) Untersuchung des Gesundheitsverhaltens an mich herangetragen. Um jedoch innerhalb des vorliegenden Datensatzes ($n > 1.000$) eine noch feingliedrigere regionale Unterteilung vorzunehmen und statistisch signifikante Ergebnisse zu erzielen, erscheint die grundsätzlich umfangreiche Stichprobengröße als zu klein.

Das neue Kapitel 10 präsentiert konkrete Handlungsempfehlungen für die Praxis des Adhärenz- und Therapie-Managements. Hierbei wird u.a. auf die Anwendbarkeit des Patiententypen-Konzepts in der täglichen Patientenversorgung eingegangen. Weiterhin werden Möglichkeiten der Therapieunterstützung durch Smartphone und Smart-Home-Applikationen diskutiert und die latente Marktnische eines Serviceanbieters als Gesundheitsberater thematisiert, welche ggf. auch von Apothekern besetzt werden könnte.

Ganz herzlich bedanken möchte ich mich bei all jenen Personen (insbesondere all den niedergelassenen Ärzten, Apothekern und Krankenversicherungen, welche mich immer wieder kontaktiert haben), die mich durch ihr permanent hohes Interesse und Fragen zur Umsetzung des vorgestellten patiententypbasierten Adhärenz-Management-Konzepts zur Erstellung einer 2. Auflage motiviert haben. Ich hoffe, dass ich den Erwartungen an die 2. Ausgabe gerecht werden konnte und freue mich über Anmerkungen, Diskussionen, Fragen aber auch gerne Verbesserungsvorschläge.

Mannheim im April 2017

Prof. Dr. Christian Schäfer

Email: schaefer@patientencompliance.de

Homepage: www.patientencompliance.de

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	xxi
Tabellenverzeichnis	xxiii
Abkürzungsverzeichnis	xxvii
1. Versorgungsrealität der Therapietreue im deutschen Gesundheitswesen	1
1.1 Adhärenz als Effizienzreserve im Gesundheitswesen	1
1.2 Gesundheitsverhalten und neues Rollenverständnis des modernen Patienten	4
1.3 Notwendigkeit der Analyse von Real World Data des Therapietreueverhaltens	6
1.4 Ungeklärte Fragen des Adhärenzverhaltens im Versorgungsalltag	7
1.5 Struktur der Abhandlung	10
2. Grundlagen der Patientencompliance und Adhärenz	13
2.1 Ausgangspunkt und Handlungsfeld	13
2.1.1 Ein Begriff im Wandel	13
2.1.2 Adhärenz versus Non-Adhärenz	18
2.1.3 Ausmaß und Folgen der Non-Adhärenz	22
2.1.4 Methoden der Adhärenzmessung	23
2.2 Bestandsaufnahme der Literatur	27
2.2.1 Merkmale des Patienten	27
2.2.2 Merkmale des Vertrauens in den Arzt	31
2.2.3 Merkmale der Erkrankung und des Therapieschemas	33
2.2.4 Übersicht einzelner Studien zur Adhärenz	36
3. Modellkonzeptualisierung zur Erklärung des Adhärenzverhaltens	41
3.1 Grundlagen und Ausrichtung des Modellbildungsprozesses	41

3.2	Das Health-Belief-Modell als theoretische Basis	42
3.2.1	Gestiegener Einfluss des Patienten auf medizinische Entscheidungen .	42
3.2.2	Selektion theoretischer Ansätze zur Erklärung von Adhärenzverhalten	43
3.3	Erklärung der Adhärenz mit Hilfe des Health Belief Modells	55
3.3.1	Einfluss der Einstellung	57
3.3.2	Einfluss der Gesundheitsmotivation	63
3.3.3	Einfluss des Vertrauensverhältnisses zum Arzt	66
3.3.4	Einfluss der sozialen Norm	70
3.4	Kontext für die Untersuchung situativer Faktoren	73
3.4.1	Krankheitsbezogene Merkmale	73
3.4.2	Soziodemographische Merkmale	78
3.5	Zusammenfassung der Hypothesen	80
3.6	Vorgehensweise bei der Spezifizierung der Modellkonstrukte	83
4.	Empirische Überprüfung des patientenseitigen Adhärenzverhaltens	97
4.1	Methodische Grundlagen von Strukturgleichungsmodellen	97
4.1.1	Abgrenzung verschiedener Schätzverfahren	99
4.1.2	Schätzung linearer Strukturgleichungsmodelle	100
4.2	Datenbasis	102
4.2.1	Studien- und Fragebogendesign	102
4.2.2	Datenerhebung	104
4.2.3	Deskriptive Struktur der Stichprobe	107
4.3	Zur Eignung der Messmodelle des Adhärenzverhaltens	112
4.3.1	Verhaltensabsicht gegenüber therapietreuem Verhalten	112
4.3.2	Barrieren der Therapieintegration in den Lebensablauf	114
4.3.3	Wirksamkeit von therapiekonformem Verhalten	116
4.3.4	Affektive Einstellungskomponente	117
4.3.5	Wahrgenommene Verhaltenskontrolle	119
4.3.6	Gesundheitsmotivation	120
4.3.7	Vertrauensverhältnis zum Arzt	122
4.3.8	Soziale Norm	123
4.4	Analyse der Wirkungszusammenhänge des Adhärenzverhaltens	125
5.	Untersuchung situativer Einflussfaktoren auf das Adhärenzverhalten	135
5.1	Krankheitsinvolvement	135

5.2	Behandlungsdauer	140
5.3	Geschlecht	143
5.4	Krankenversicherungsstatus	146
6.	Identifikation vier verschiedener Patiententypen	151
6.1	Ergebnisse der Clusteranalyse	152
6.2	Der Patienten-Compliance-Index	155
6.3	Beschreibung und Abgrenzung der vier Patiententypen	158
6.3.1	Der selbstbewusste adhärenente Patient	161
6.3.2	Der engagierte partiell-adhärenente Patient	162
6.3.3	Der unmotivierte non-adhärenente Patient	163
6.3.4	Der unsichere non-adhärenente Patient	164
6.4	Verhaltensmodelle nach dem Adhärenzgrad	165
6.5	Gesundheitsökonomische Bewertung des Schadens der Non-Adhärenz	170
7.	Einschätzungsvermögen des Adhärenzverhaltens durch den Arzt	173
7.1	Eine vergleichende Analyse der Einschätzung des Therapieverhaltens	174
7.1.1	Einschätzung der Therapieadhärenz	175
7.1.2	Einschätzung der Gesundheitsmotivation	176
7.1.3	Einschätzung der Nebenwirkungsbedenken	178
7.1.4	Einschätzung des sozialen Patienten Umfeldes	180
7.1.5	Einschätzung der Einstellung gegenüber der Therapie	182
7.2	Wie Praxispersonal den Arzt optimal auf den Patientenkontakt vorbereitet	183
8.	Regionale Unterschiede des Therapieverhaltens nach dem Bundesland	187
8.1	Datenmaterial und Methodik	188
8.2	Analyse der regionalen Verhaltensunterschiede der Patienten	193
8.3	Implikationen der Erkenntnisse der Regionalanalyse	205
9.	Strategische Einsatzbereiche von Complianceforschung	207
9.1	Gesetzliche und private Krankenversicherung	207
9.2	Arzneimittelhersteller	210
9.3	Gesundheitspolitik	213
9.4	Forschungsorientierte Implikationen der Untersuchung	214

10. Handlungsempfehlungen für die Praxis des Adhärenz-Managements	219
10.1 Konzepte für den niedergelassenen Arzt und Ärztenetze	220
10.2 Konzepte für den Apotheker und neue Player	222
10.3 Konzepte für gesetzliche und private Krankenversicherung	224
10.4 Konzepte im Bereich E-Health	226
10.5 Konzepte im Kontext sozialer Netzwerke	227
10.6 Konzept einer konzertierten Aktion des Gesundheitswesens	229
10.7 Berücksichtigung situativer Rahmenbedingungen	230
11. Schlussbetrachtung der zentralen Erkenntnisse	233
Anhang	241
A.1 Eignung der Modellkonstrukte - Moderatoren	241
A.2 Gruppenvergleich zwischen Online- und Offlinestichprobe	266
Literaturverzeichnis	269

Abbildungsverzeichnis

1	Begriffliche Bedeutungsänderung: von der Compliance zur Adhärenz	17
2	Schematische Darstellung unterschiedlicher Adhärenzmuster	21
3	Beziehung zwischen Adhärenzniveau und Schweregrad der Erkrankung	33
4	Abnahme der Compliance mit steigender Dauer der Erkrankung bzw. Therapie	34
5	Abhängigkeit der Compliance von der Dosisfrequenz	36
6	Das hierarchische Modell intrinsischer und extrinsischer Motivation	46
7	Das Modell gesundheitlicher Überzeugungen - Health Belief Modell	48
8	Die Theorie des geplanten Verhaltens - Theory of Planned Behavior	52
9	Modifikation des Health Belief Modells	63
10	Basismodell zur Erklärung von Adhärenzverhalten	80
11	Geographische Verteilung der Studienteilnehmer in Deutschland	111
12	Überblick des Basismodells	128
13	Boxplot des Merkmals Krankheitsinvolvement (Likert-Skala 1-7)	136
14	Modellvergleich hinsichtlich des Krankheitsinvolvements: KIH vs. KIN	138
15	Boxplot des Merkmals Behandlungsdauer (in Jahren)	140
16	Modellvergleich nach der Länge der Behandlungsdauer: BDH vs. BDN	141
17	Modellvergleich hinsichtlich des Geschlechts: GEM vs. GEW	145
18	Modellvergleich hinsichtlich des Geschlechts: GKV vs. PKV	148
19	Elbow-Kriterium des Ward-Verfahrens	154
20	Grafische Darstellung der Patiententypen nach dem Adhärenzverhalten	156
21	Häufigkeitsverteilung der Patienten nach dem Kriterium des PCI	158
22	Gestapeltes Flächendiagramm der adhärennten vs. non-adhärennten Patienten	167
23	Modellvergleich Adhärennt vs. Non-Adhärennt	168
24	Abweichung der vom Patienten getroffenen eigenen Therapieadhärenzbewertung zur Einschätzung der Therapieadhärenz durch den behandelnden Arzt	175

25	Abweichung der vom Patienten empfundenen Gesundheitsmotivation zur Motivationseinschätzung durch den behandelnden Arzt	176
26	Zusammenhangsanalyse zwischen den Einschätzungsabweichungen der Gesundheitsmotivation und der Adhärenz - Korrelationskoeffizient +0,38	177
27	Abweichung der vom Patienten empfundenen Bedenken hinsichtlich der Nebenwirkungen seiner Medikamente zur Bedenkeneinschätzung durch den behandelnden Arzt	178
28	Zusammenhangsanalyse zwischen den Einschätzungsabweichungen der Nebenwirkungen und der Adhärenz - Korrelationskoeffizient +0,01	179
29	Abweichung der vom Patienten empfundenen sozialen Unterstützung zur Einschätzung der Unterstützung des sozialen Umfelds durch den behandelnden Arzt	180
30	Zusammenhangsanalyse zwischen den Einschätzungsabweichungen der Therapieunterstützung durch das soziale Umfeld und der Adhärenz - Korrelationskoeffizient -0,16	181
31	Abweichung der vom Patienten geäußerten Aufgeschlossenheit gegenüber der eingeschlagenen Therapie im Vergleich zur Einschätzung des Patienten durch den behandelnden Arzt	182
32	Zusammenhangsanalyse zwischen den Einschätzungsabweichungen der Aufgeschlossenheit gegenüber der eingeschlagenen Therapie - Korrelationskoeffizient +0,41	183
33	Regionale Niveauunterschiede des Therapietreueverhaltens	198
34	Regionale Niveauunterschiede der empfundenen Barrieren im Therapieverlauf	199
35	Regionale Niveauunterschiede der empfundenen Qualität des Arzt-Patient-Verhältnisses	200
36	Regionale Niveauunterschiede der empfundenen Betroffenheit von der Erkrankung	201
37	Regionale Niveauunterschiede der empfundenen Gesundheitsmotivation	202
38	Regionale Niveauunterschiede des empfundenen Gesundheitswissens	203
39	Regionale Niveauunterschiede der Therapieunterstützung durch das soziale Umfeld	204
1	Modellvergleich hinsichtlich des Umfragedesigns: ONL vs. OFF	268

Tabellenverzeichnis

1	Begrifflichkeit der Patientencompliance und vorgeschlagene Synonyme	15
2	Direkte Methoden der Adhärenzmessung	24
3	Indirekte Methoden der Adhärenzmessung	26
4	Ausgewählte patientenseitige Einflussfaktoren für Adhärenz	28
5	Literaturüberblick - Studien zum Adhärenzverhalten	37
6	Literaturüberblick - Studien zum Adhärenzverhalten	38
7	Literaturüberblick - Studien zum Adhärenzverhalten	39
8	Literaturüberblick - Studien zum Adhärenzverhalten	40
9	Verhaltenscharakteristik in Abhängigkeit der Intensität des Involvements . .	75
10	Hypothesen 1-10 im Überblick	81
11	Hypothesen 11-22 im Überblick	82
12	Konzeption der Verhaltensabsicht gegenüber therapieförderlichem Verhalten	85
13	Konzeption von Barrieren der Therapieintegration in den Lebensablauf . . .	87
14	Konzeption der Wirksamkeit von therapiekonformem Verhalten	88
15	Konzeption der affektiven Einstellungskomponente	89
16	Konzeption der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle	91
17	Konzeption der Gesundheitsmotivation	92
18	Konzeption des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt	93
19	Konzeption der subjektiven Norm	94
20	Konzeption des Krankheitsinvolvements	95
21	Stichprobenstruktur hinsichtlich soziodemographischer Merkmale	109
22	Stichprobenstruktur hinsichtlich krankheitsbezogener Merkmale	110
23	Faktorladung und t-Werte des Therapietreueverhaltens	112
24	Gütekriterien des Konstrukts Therapietreueverhalten	113
25	Gewichte und t-Werte der Barrieren einer Therapie	114
26	Gütekriterien des Konstrukts Barrieren der Therapieintegration	115
27	Faktorladung und t-Werte der wahrgenommenen Therapiewirkung	116

28	Gütekriterien des Konstrukts wahrgenommenen Therapiewirkung	117
29	Faktorladung und t-Werte der affektiven Einstellungskomponente	117
30	Gütekriterien des Konstrukts affektive Einstellungskomponente	118
31	Faktorladung und t-Werte der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle	119
32	Gütekriterien des Konstrukts wahrgenommene Verhaltenskontrolle	120
33	Faktorladung und t-Werte der Gesundheitsmotivation	121
34	Gütekriterien des Konstrukts Gesundheitsmotivation	121
35	Gewichte und t-Werte des Vertrauensverhältnisses zum Arzt	122
36	Gütekriterien des Konstrukts Vertrauensverhältnis zum Arzt	123
37	Faktorladung und t-Werte der sozialen Norm	124
38	Gütekriterien des Konstrukts soziale Norm	124
39	Wirkungsbeziehungen im Basismodell	127
40	Totaleffekte auf das Zielkonstrukt Verhaltensabsicht im Basismodell	133
41	Prüfung des Moderatoreinflusses des Krankheitsinvolvements	139
42	Prüfung des Moderatoreinflusses der Behandlungsdauer	142
43	Prüfung des Moderatoreinflusses des Geschlechts	144
44	Prüfung des Moderatoreinflusses des Versicherungsstatus	147
45	Clusterhistorie des Ward-Verfahrens mit Abbruchkriterien	153
46	Mittelwerte der auf den Wertebereich 0-100 normierten Clustervariablen	155
47	Beschreibung der Patientenprofile anhand ihrer Verhaltensmerkmale	159
48	Beschreibung der Patiententypen anhand verschiedener Merkmale	160
49	Unterschiede der Modelle nach dem Kriterium der Adhärenz	169
50	Kostenschätzung der Non-Adhärenz für die Indikation Hypertonie	171
51	Soziodemographischer Überblick der Stichprobe nach Bundesländern	189
52	Konstrukte und Indikatoren	191
53	Konstrukte und Indikatoren	192
54	Korrelationskoeffizienten der sechs Verhaltensdeterminanten mit der Adhärenz (ADH) nach dem Bundesland	194
55	Werte der sieben Determinanten des Gesundheitsverhaltens nach dem Bun- desland	196
56	Werte der sieben Determinanten des Gesundheitsverhaltens nach dem Bun- desland	197
57	Codierung der Indikatoren und Modelle	241
58	Faktorladungen der Verhaltensabsicht gg. therapeutischem Verhalten	242

59	Gütekriterien des Konstrukts Verhaltensabsicht Therapietreue	243
60	Faktorladung und t-Werte der Barrieren einer Therapie	244
61	Gütekriterien des Konstrukts Barrieren einer Therapie	245
62	Faktorladung und t-Werte der wahrgen. Therapiewirkung	246
63	Gütekriterien des Konstrukts wahrgen. Therapiewirkung	247
64	Faktorladung und t-Werte der affektiven Einstellungskomponente	248
65	Gütekriterien des Konstrukts affektive Einstellungskomponente	249
66	Faktorladung und t-Werte der wahrgen. Verhaltenskontrolle	250
67	Gütekriterien des Konstrukts wahrgen. Verhaltenskontrolle	251
68	Faktorladung und t-Werte der Gesundheitsmotivation	252
69	Gütekriterien des Konstrukts Gesundheitsmotivation	253
70	Gewichte und t-Werte des Vertrauens zwischen Patient und Arzt	254
71	Gütekriterien des Konstrukts Vertrauens zwischen Patient und Arzt	255
72	Faktorladung und t-Werte der sozialen Norm	256
73	Gütekriterien des Konstrukts soziales Umfeld	257
74	Wirkungsbeziehungen im Modell Krankheitsinvolvement hoch	258
75	Wirkungsbeziehungen im Modell Krankheitsinvolvement niedrig	259
76	Wirkungsbeziehungen im Modell Behandlungsdauer hoch	260
77	Wirkungsbeziehungen im Modell Behandlungsdauer niedrig	261
78	Wirkungsbeziehungen im Modell Geschlecht männlich	262
79	Wirkungsbeziehungen im Modell Geschlecht weiblich	263
80	Wirkungsbeziehungen im Modell online Umfrage	264
81	Wirkungsbeziehungen im Modell offline Umfrage	265
82	Prüfung des Moderatoreinflusses des Umfragedesigns	267

Abkürzungsverzeichnis

allg.	allgemein
bzgl.	bezüglich
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziales
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DEV	durchschnittlich erfasste Varianz
d.h.	das heißt
DHL	Deutsche Hochdruck Liga e.V.
dt.	deutsche
DV	Diskriminanzvalidität
ECHF	European Health Care Foundation
et al.	und andere
evtl.	eventuell
FL	Faktorladung
Gew.	Gewicht
gg.	gegenüber
ggf.	gegebenenfalls
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
H	Hypothese
HBM	Health Belief Model
HCCQ	Health-Care Climate Questionnaire
HWG	Heilmittelwerbegesetz
ICD-Codes	International Classification of Diseases and Related Health Problems
i.S.v.	im Sinne von

inkl.	inklusive
KR	Konstruktrelabilität
KV	Krankenversicherung
LISREL	Linear Structural Relationship
MIMIC	Multiple Indicators Multiple Causes
Mio.	Millionen
mmHg	Millimeter Quecksilbersäule
Morbi-RSA	morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
Mrd.	Milliarden
n.s.	nicht signifikant
o.S.	ohne Seite
PBC	Perceived Behavior Control
PCI	Patienten-Compliance-Index
PKV	private Krankenversicherung
PLS	Partiel Least Squares
PRM	Patienten-Relationship-Management
PSK	Pill skip
RKI	Robert-Koch-Institut
RSA	Risikostrukturausgleich
RWD	Real World Data
S.	Seite
sog.	sogenannte
TPB	Theory of Planned Behavior
TRA	Theory of Reasoned Action
u.a.	unter anderem
UAW	Nebenwirkungen von Arzneimitteln
VIF	Variance Inflation Factor
vgl.	vergleiche
Vol.	Volume
vs.	versus
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil



Versorgungsrealität der Therapietreue im deutschen Gesundheitswesen

1.1 Adhärenz als Effizienzreserve im Gesundheitswesen

Die aktuelle Situation des deutschen Gesundheitswesens ist durch zahlreiche Gesundheitsreformen (Bundesministerium für Gesundheit 2016) während der letzten Jahre gekennzeichnet, welche z.T. mit tief greifenden Einschnitten einhergingen. Hauptmerkmal dieser Umbruchphase und Neuorientierung des Gesundheitssektors ist es, dass dem bisher wenig beachteten Marktteilnehmer Patient fortlaufend höhere Aufmerksamkeit zu Teil wird und die Relevanz von Real World Data (RWD) (Peperell K, Lones R, Devlin N 2012, S. 460) aus dem Versorgungsalltag stetig zunimmt. Der Patient avanciert „... zu einem immer verheißungsvolleren Akteur auf dem deutschen Gesundheitsmarkt“ (Wöllstein H 2003, S. 28). Sowohl in der gegenwärtigen wissenschaftlichen als auch der gesundheitspolitischen Diskussion werden Schlagworte wie Patientenorientierung, Patientenmündigkeit, Patientenverhalten, Adhärenz sowie Patientencompliance zunehmend inflationär verwendet. Die genannten Begriffe verdeutlichen den Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitswesen und fordern zum einen ein stärkeres Mitspracherecht des „modernen Patienten“ ein, weisen aber auch auf die gestiegene Verantwortung des einzelnen Patienten für das Gelingen seiner Therapie hin (Klemperer D 2015, S. 257).

Potenzielle Effizienzreserven unseres Gesundheitssystems zu benennen ist ein Interesse des Handlungsfeldes von Public Health. Daher stellt sich in der Gesundheitspolitik immer häufiger die Frage, welche Aspekte für das Gelingen oder Misslingen eines eingeschlagenen Therapiepfades verantwortlich sind (Egger M, Razum O 2014, S. 101). Die Frage nach dem Therapieerfolg wiederum führt schnell zur Adhärenz bzw. der Patientencompliance. The-

rapietreueverhalten umfasst in diesem Zusammenhang die Bereitschaft des Patienten, den ärztlichen Empfehlungen und Ratschlägen z.B. zur Medikamenteneinnahme, zur Ernährung oder zur Veränderung des Lebensstils aktiv zu folgen (Hayden B 2012, Laufs U et al. 2011). Eine hohe bzw. gute Therapietreue verringert die Wahrscheinlichkeit, dass eine Anschluss-therapie notwendig wird oder durch Komplikationen zusätzliche Folgekosten verursacht werden.

Die mannigfaltigen Handlungsempfehlungen für eine höhere Therapietreue erscheinen nahe liegend und in der Praxis zunächst einfach auszuführen. Deshalb muss man sich die Frage stellen, warum nicht schon früher über gezielte Programme zur Förderung der Adhärenz nachgedacht wurde. Ein häufig angeführtes Argument ist, dass der Kostendruck unseres Gesundheitswesens erst in den letzten Jahren ein Niveau erreicht habe, weshalb medizinische Leistungen und Gesundheitsleistungen zunehmend unter Kosten-Nutzen- und Wirtschaftlichkeits-Gesichtspunkten beurteilt würden (Rychlik R 2005, S. 2).

Wie skizziert kommt dem Thema nicht nur aus medizinischer Perspektive hohe Bedeutung zu. Die Gesamtkosten der Non-Compliance bzw. Non-Adhärenz, welche dem deutschen Gesundheitssystem aufgrund mangelhafter Therapietreue entstehen, werden auf bis zu 10 Mrd. EUR jährlich beziffert (Laufs U et al. 2011, S. 1616). Die angeführten Zahlen belegen die hohe ökonomische Relevanz des Themas und legen eine weitere Intensivierung der Versorgungsforschung auf diesem Gebiet nahe. Ein optimiertes und spezifischeres Therapietreue-Management könnte entscheidend dazu beitragen, die Gesundheitskosten im Allgemeinen zu senken und die Lebensqualität des einzelnen Patienten zu steigern (Wasem J 2005, S. 3).

Den gesetzlichen (GKV) und privaten Krankenversicherungen (PKV) würden durch eine verbesserte Adhärenz aufgrund der sinkenden Zahl von Folgeerkrankungen geringere Kosten entstehen. Insbesondere im Fall chronischer Krankheiten ist das Einsparpotenzial sehr groß. Des Weiteren könnten sich die Patienten einer höheren Lebensqualität erfreuen und der behandelnde Arzt hätte einen naheliegenden Reputationserfolg zu verzeichnen. Weiterhin ergäben sich für Hersteller pharmazeutischer Produkte eine nachhaltigere Umsatzentwicklung bereits zugelassener Arzneimittel.

Die vorgetragenen Argumente verdeutlichen, dass eine gesteigerte Adhärenz des Patienten auf dem Gesundheitsmarkt zu einer „Win-win-Situation“ (Kartte J, Neumann K 2008, S. 31) oder, ökonomisch ausgedrückt, zu einem neuen Pareto-Optimum führen könnte, in welchem sich alle beteiligten Parteien unter den angeführten Argumenten besser stellen würden. Konzepte zur Steigerung der Therapietreue werden als probate Strategien für die Genesung finanziell kollabierender Gesundheitssysteme gehandelt (Laufs U et al. 2011, Wasem J 2005). Den Ausgangspunkt der Betrachtung bildet die Tatsache, dass das im Rahmen

der GKV mehrheitlich solidarisch finanzierte bundesdeutsche Gesundheitssystem nicht nur an einem Einnahmen- und Ausgabenproblem, sondern zudem an dem angeführten Effizienz- und Qualitätsproblem krankt.

In diesem Zusammenhang stellt die wenig vorhandene Transparenz gesundheitsbezogener Leistungen hinsichtlich des Qualitäts-, Kosten- und Nutzensgesichtspunkts ein Kernproblem unseres Gesundheitswesens dar. Hier können adhärenzfördernde Strategien ansetzen, welche zu einer stärker nutzenorientierten, effizienteren Mittelverwendung und einer Dämpfung der Kostenentwicklung führen (Eagle K et al. 2004). In der gesundheitspolitischen Diskussion wird es immer wichtiger, die vielfältigen Versorgungsstrukturen im Patientenalltag zu erfassen und zu analysieren. Ziel ist es, die Transparenz von Erfolg bzw. Misserfolg von Interventionsmaßnahmen zu erhöhen (Peperell K, Lones R, Devlin N 2012).

Führt man sich vor Augen, dass der Patient das zentrale Bindeglied aller Beteiligten im Gesundheitssystem ist, erkennt man, dass diesem Marktteilnehmer im Kampf gegen Effizienz-mängel und Ressourcenverschwendung eine wichtige Kompetenz und Verantwortung zukommt (Dietz B 2006, Reibnitz C, Schnabel P-E, Hurrelmann K 2001). Denn Effizienzsteigerungen können nur mit dem Patienten, nicht gegen ihn, durchgesetzt und realisiert werden. Somit knüpfen sich an eine gesteigerte Therapietreue des Patienten Hoffnungen auf eine rationalere und effizientere Nutzung der vom Gesundheitssektor angebotenen Therapiemöglichkeiten. Hierzu gilt es jedoch den Patienten zunächst in die Lage zu versetzen, den eigenen gesteigerten Nutzen von therapietreuem Verhalten wahrzunehmen. In diesem Zusammenhang merkt Kolodinsky Folgendes an: "It has been suggested that one way to contain costs and increase the quality of medical care in the United States is to increase medical consumerism [...]. By becoming more informed, consumers may be able to make more intelligent decisions about the quality and quantity of medical care they consume." (Kolodinsky J 1993, S. 193). Diese Aufgabe können gezielte Adhärenz-Management-Programme übernehmen. Für die Initiierung eines erfolgreichen Therapietreue-Programms ist es zunächst notwendig, vielversprechende Erfolgsfaktoren aufzudecken, welche einen Patienten veranlassen, sich überhaupt therapietreu zu verhalten.

Bevor sich die vorliegende Studie mit der zentralen Frage der unterschiedlichen Determinanten des Therapietreueverhaltens eines Patienten befasst, sollen weitere einführende Hintergrundinformationen zum Thema Real World Evidence im Versorgungsalltag und zur aktuellen Diskussion um den Marktteilnehmer Patient auf dem deutschen Gesundheits- und Arzneimittelmarkt gegeben werden.

1.2 Gesundheitsverhalten und neues Rollenverständnis des modernen Patienten

Das klassische Rollenverständnis des Patienten im Kontext des ärztlichen Behandlungsprozesses unterliegt seit den 1990er Jahren einem stetigen Wandel. Ausgelöst durch eine Kombination gesellschaftlicher, technologischer, ökonomischer und gesundheitspolitischer Veränderungen haben sich die Ambitionen und das Selbstverständnis des Patienten hin zu einem stärkeren Mitspracherecht und gestiegener Mündigkeit etwa im Rahmen einer Therapieentscheidung verändert (Ohlbrecht H 2016, Simon M 2005). Infolge der gestiegenen Informiertheit durch das mannigfaltige digitale Informationsangebot im Internet und einer höheren Wachsamkeit des Patienten hinsichtlich gesundheitsbezogener Themen wurde das latente Informationsungleichgewicht zwischen Arzt und Patient ein Stück weit zugunsten des Patienten verschoben (Homburg C, Dietz B 2006, S. 288).

Das Verständnis der Arzt-Patient-Interaktion befindet sich seither im Fluss und entwickelt sich zunehmend hin zu einer gleichberechtigten Arzt-Patient-Partnerschaft und weg von einem einseitig weisungsbezogenen Patientenverhalten (Eggert B 2006, S. 81). Dieses Patientenverständnis verkörpert den modernen Patienten, der nicht blind und ohne zu fragen ärztlichen Weisungen folgt (Deber R B et al. 2005). Dass Fragestellungen nach den Auswirkungen des veränderten Patientenverständnisses von verschiedenen Marktteilnehmern unseres Gesundheitswesens auch unter Marketingaspekten zunehmend in den Fokus des Interesses gerückt sind, zeigen die Beiträge von Prigge et. al. (Prigge J-K et al. 2015) im *International Journal of Research in Marketing*, der Artikel von Dellande, Gilly & Graham (Dellande S, Gilly M C, Graham J L 2004) im *Journal of Marketing* und die Abhandlung von Ahmad et al. (Ahmad K et al. 2013, S. 2010) im *International Journal of Marketing Studies*.

Im Zuge der beobachteten Emanzipierung des Patienten zu einem mündigen Verbraucher von Gesundheitsleistungen werden diesem zunehmend Attribute aus der Konsumentenverhaltensforschung wie „selbstbewusst, selektiv, problembewusst, skeptisch, preisbewusst und qualitätsbewusst“ (Geyer S 2016) zugeschrieben. Barth folgend ist „der Patient [...] mündiger Bürger und zunehmend kritischer Verbraucher in Personalunion“ (Barth D 1999, S. 163). Festmachen lässt sich diese Entwicklung bspw. an dem zunehmenden Druck des Patienten auf das Verschreibungsverhalten des Arztes (Knight A 2013). So fordert der Patient vielfach die Verordnung eines speziellen Medikaments, verbunden mit der Drohung, bei Nichterteilung des geforderten Rezepts den Arzt zu wechseln (Prigge J-K et al. 2015).

Der Gesetzgeber hat den Patienten in den zurückliegenden Gesundheitsreformen zunehmend in den Mittelpunkt gerückt und unterstützt eine stärkere Patientenorientierung und -integration innerhalb unseres Gesundheitswesens. Im Jahr 2004 wurden mit dem GKV-Modernisierungsgesetz¹ (GMG) und im Jahr 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz² (GKV-WSG) die Verbraucher- und Patientenrechte gestärkt, was die Position des Patienten gegenüber den anderen Akteuren auf dem Gesundheitsmarkt deutlich verbessert hat.

Im Zuge der beschriebenen Gewichtsverschiebung der Akteure auf dem deutschen Gesundheitsmarkt rückt der Patient zunehmend in den Fokus absatzpolitischer Bemühungen pharmazeutischer Hersteller. Der moderne Patient ist aufgrund des digitalen Informationsangebots besser informiert und partizipiert mit seinem behandelnden Arzt - im Sinne des Shared Decision Making (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001/2002, S. 107) - selbstbewusst an der Ausrichtung einer geeigneten Therapie (Barth N, Nassehi A, Schneider A 2013, S. 1). Die Eigenständigkeit wird noch verstärkt durch zunehmende finanzielle Eigenbeteiligungen auch der GKV-Versicherten an den Arzneimittelkosten. Hier sitzt sowohl der Hebel für Aktivitäten pharmazeutischer Hersteller als auch der von Krankenversicherungen. Folgerichtig ist der Patient nicht mehr nur Leistungsnehmer, sondern zu einem nicht unerheblichen Teil neben dem Arzt auch Leistungsentscheider und über Medikamentenzuzahlungen ebenfalls direkter Kostenträger von Gesundheitsleistungen.

Da der Patient als Endverbraucher pharmazeutischer Erzeugnisse im Sinne des Nachfragers, Konsumenten und Finanziers in Personalunion gestärkt wurde, ist es nun für Behandler, Apotheker sowie Arzneimittelhersteller notwendig, gezielte Patienten-Relationship-Maßnahmen zu etablieren, um so langfristige Patientenbeziehungen zum Endverbraucher aufzubauen (Finset A 2013, S. 93). In einem besonderen Fokus stehen hier sicherlich chronisch kranke Patienten.

¹Es wurde festgestellt, dass Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern trotz hoher Ausgaben im Gesundheitswesen eine zu geringe Qualität und Effizienz erreicht. Ein zentrales Ziel des GKV-Modernisierungsgesetzes besteht darin, die Qualität und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens zu steigern. Dazu braucht es einen strukturellen Wandel und eine Neuordnung der Finanzierung. Dies beinhaltet mehr Transparenz, mehr Mitverantwortung und stärkere Beteiligungsrechte für Versicherte, mehr Wettbewerb sowie Entbürokratisierung aufseiten der Kostenträger und Leistungserbringer.

²Der eingeleitete Weg, den Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit zwischen Krankenversicherern und den Leistungserbringern zu intensivieren, wird durch das GKV-WSG fortgesetzt. Neben der verbesserten Transparenz von Angeboten, Leistungen und Abrechnungen erweitert es darüber hinaus die Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten (Bundesministerium für Gesundheit und Soziales 2008).