

Journal für Hypertonie

Austrian Journal of Hypertension

Österreichische Zeitschrift für Hochdruckerkrankungen

Adhärenz bei Hypertonie // Therapy

adherence in hypertension

Unger-Hunt L, Dörflinger R

Journal für Hypertonie - Austrian

Journal of Hypertension 2017; 21

(2), 43-47

Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie



Österreichische Gesellschaft für
Hypertensiologie

www.hochdruckliga.at

Member of the



Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/SCOPUS



Homepage:

[www.kup.at/
hypertonie](http://www.kup.at/hypertonie)

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

www.kup.at/hypertonie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. GZ02Z031106M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

boso medicus exclusive

Automatisierte Dreifachmessung
mit Mittelwertanzeige



Erhältlich in
Apotheke und Sanitäts-
fachhandel.

boso

BOSCH + SOHN
GERMANY

SO INDIVIDUELL WIE DIE GESUNDHEIT.

boso medicus exclusive lässt sich auf die persönlichen Bedürfnisse einstellen, bietet zahlreiche Statistikfunktionen für eine optimale Beurteilung der Blutdruckwerte und ist besonders empfohlen bei erhöhter Blutdruckvariabilität. Überzeugend in jeder Beziehung: das elegante Design, die hochwertige Verarbeitung und ein Funktionsumfang, der keine Wünsche offen lässt. Und das alles so einfach und benutzerfreundlich, wie Sie und Ihre Patienten es von boso gewohnt sind: Die große Anzeige und die zuschaltbare Sprachausgabe machen die Blutdruckmessung besonders einfach und komfortabel – nicht nur für ältere oder sehbehinderte Menschen.

Vertrauen Sie dabei auf die Präzision und Qualität von boso: die Marke, auf die sich auch 96 % aller deutschen Allgemeinärzte, Praktiker und Internisten in der Praxis verlassen (API-Studie der GfK 01/2016).

BOSCH + SOHN GMBH U. CO. KG | ZWEIGNIEDERLASSUNG ÖSTERREICH
Millennium Tower | Handelskai 94–96 / 20. OG | 1200 Wien
T + 43 (0) 1 240 27 580 | F + 43 (0) 1 240 27 581 | E zentrale@boso.at | www.boso.at

Adhärenz bei Hypertonie*

L. Unger-Hunt, R. Dörflinger

Kurzfassung: Die mangelnde Adhärenz bei Hypertonie-Patienten hinsichtlich ihrer medikamentösen Therapie ist schon seit längerem bekannt. Als wichtigste Ursachen gelten Unwissenheit des Patienten bezüglich der kardiovaskulären Folgekrankheiten einer Nicht-Adhärenz oder eine (zu) hohe Medikamentenzahl, aber auch die nicht optimale Aufklärung durch Ärzte sowie eine fehlende Nachkontrolle. Zu den Maßnahmen für eine bessere Adhärenz zählen eine bessere Informationsvermittlung an den Patienten, eine Optimierung der Behandlung mit möglichst geringer Medikamentenzahl sowie eine gute Nachbeobachtung der Blutdruckkontrolle des Patienten.

Schlüsselwörter: Hypertonie, Adhärenz, Medikamente, Nebenwirkungen, Information, Schulungsprogramm, kardiovaskuläre Erkrankungen

Abstract: Therapy adherence in hypertension. The less-than-perfect adherence of patients with hypertension regarding their medical treatment has been well known for some time. On the side of the patients, ignorance with respect to the potential cardiovascular late sequelae of non-adherence and a (too) high number of drugs have been identified as important causes,

while from the physician's side it has been noted that the information provided is not always optimal or does not reach the patient in the intended manner. Measures to improve adherence therefore include a better awareness training of the patients, an optimization of the treatment using as few drugs as possible as well as a better follow-up of the patient's blood pressure control. **J Hyperton 2017; 21 (2): 43–7.**

Keywords: Hypertension, adherence, drugs, side effects, information, schooling programs, cardiovascular disease

Definitionen

Für die Therapietreue von Patienten werden verschiedene Begriffe mehr oder weniger überlappend eingesetzt:

- Persistenz: Beibehalten einer Therapie beziehungsweise Regelmäßigkeit des Einnahmeverhaltens
- Compliance: Übereinstimmen des Patientenverhaltens mit ärztlicher Empfehlung
- Adhärenz: Therapietreue aufgrund gemeinsam vereinbarter Behandlungsziele

■ Einleitung

In Österreich gibt es mehr als zwei Millionen Hypertoniker. Nur ein Drittel bis 40 Prozent ist in Behandlung und davon erreichen wiederum lediglich 30 bis 40 Prozent einen Blutdruck im Zielbereich – die Mehrheit der Patienten erhält also keine ausreichende Therapie. Die Gründe sind vielfältig: Die Diagnose wird zu selten gestellt und die Blutdruckrichtwerte ändern sich fortlaufend (wenn auch nur geringfügig). Doch viele Patienten nehmen die verschriebenen Medikamente entweder gar nicht oder nur unregelmäßig ein; laut WHO ist dies die Hauptursache für die „Unfähigkeit, Hypertonie zu kontrollieren“ [1].

Weltweit ist die Situation ebenfalls suboptimal: Nur 43 Prozent der Chinesen halten sich an ihr antihypertensives medikamentöses Regime, in den USA sind es 51 Prozent. Der Anteil der Patienten, die eine ‚gute Blutdruckkontrolle‘ erreichen, liegt in Großbritannien bei 7 Prozent, in den USA bei 30 Prozent [1].

■ Ursachen

Die Problematik ist bei weitem nicht neu; bereits Hippokrates soll darauf hingewiesen haben, „dass Patienten oft nicht die Wahrheit sagen, wenn sie sagen, die ärztlich verordnete Medizin regelmäßig eingenommen zu haben“. Wissenschaftliche Studien gibt es bereits seit den 1980er Jahren [2]. Ein

Problem: Viele dieser Studien waren zu sehr auf die Sicht des Arztes fokussiert, kritisieren beispielsweise die Autoren einer italienischen Studie [3].

In der italienischen Untersuchung wurden 267 Hypertoniker mit mangelnder Therapietreue befragt. Aus den Interviews kristallisierten sich drei verschiedene Kategorien heraus, die das Einnahmeverhalten wesentlich beeinflussen: (1) Überzeugungen und Vorstellungen über die Medikation, (2) Überzeugungen und Vorstellungen über die Krankheit sowie (3) Begegnungen mit Ärzten.

Inkorrekte Überzeugungen und Vorstellungen über antihypertensive Medikamente

Es ist völlig gefahrlos, die Medikamente hin und wieder nicht einzunehmen.

Medikamente nimmt man nur bei Auftreten von Symptomen. Bei Blutdruck im Zielbereich kann man die Therapie absetzen.

„Ich wollte sehen, wie ich mich ohne Medikamente fühle.“ Die lange Dauer der Therapie führt zu ‚Langeweile‘ und damit zum Wunsch des Therapieabbruchs.

Die Patienten suchen nach ‚natürlichen‘ Alternativen und vertrauen ihren Ärzten nicht („Zitronen und Knoblauch senken den Blutdruck, aber das sagen einem die Ärzte nicht.“).

Fehlerhafte Überzeugungen und Vorstellungen über Hypertonie

Kategorie 2 äußerte sich als gewisse Sorglosigkeit gegenüber der Hypertonie: „Der Arzt sagte mir, mein Blutdruck (diastolisch 160–170 mmHg) sei zu hoch, aber ich denke nicht, dass das wichtig ist“, und als Unverständnis der Symptomfreiheit dieser Erkrankung: „Wenn ich mich nicht schlecht fühle, ist mein Blutdruck sicher nicht zu hoch.“ Das Wissen der Patien-

* Dieser Artikel ist eine erweiterte Fassung einer DFP-Übersichtsarbeit aus dem ärztremagazin 15/2016. Nachdruck mit Genehmigung der Medizin Medien Austria GmbH, Wien.

Korrespondenzadresse: Dr. med. Lydia Unger-Hunt, Freie Journalistin, Medizin & Wissenschaft, B-1332 Genuval, Rue du Bois Pirart 52, E-mail: lydia.unger@gmail.com

ten über Hypertonie stammte wenig überraschend hauptsächlich aus nicht-ärztlichen Quellen, etwa Zeitungen, Fernsehsendungen oder von Bekannten – eine Tatsache, die nahtlos zur 3. Kategorie überführt, nämlich der Beurteilung der ärztlichen Konsultationen.

Problematische Begegnungen mit Ärzten

Die Mehrheit der Patienten gab nämlich an, nicht ausreichend von ihrem Arzt über ihre Krankheit aufgeklärt worden zu sein. Ein wesentlicher Faktor war die kurze Dauer des Arzttermins beziehungsweise die Wahrnehmung, dass der Arzt „immer beschäftigt ist, aber nicht mit mir“. Einige Teilnehmer merkten an, dass der Arzt von sich aus keine Informationen über die Hypertonie anbot und nur wenige Fragen stellte, oder dass es schwierig war, schriftliche oder mündliche Anweisungen zu verstehen. Und selbst wenn der Arzt Empfehlungen aussprach, wie etwa ein verminderter Salzkonsum oder mehr Bewegung, wurden diese Empfehlungen ohne Erklärung abgegeben, warum diese Maßnahmen dem Patienten zum Vorteil gereichen würden. Manchen Teilnehmern waren die Empfehlungen wiederum nicht konkret genug: „Mehr Bewegung, was heißt das genau – kann ich mit meinem Fahrrad fahren oder nicht?“ – „Ich möchte schon länger abnehmen, weiß aber nicht, wie das geht – weniger Fett, weniger Zucker, was ist richtig?“

■ Weitere Adhärenz-beeinflussende Faktoren aus der Literatur

Vorübergehende Lebenskrisen

In einer Studie an knapp 330.000 Patienten mit chronischer Krankheit gaben knapp 30 Prozent der Befragten an, aufgrund eines störenden Lebensereignisses (Unfall, akute Krankheit, akuter Lebensstress) ihre Medikation abgebrochen zu haben [4].

Medikamentenzahl und Wirkstoffklasse

In einer chinesischen prospektiven Analyse erhielten 17.000 Patienten drei Antihypertensiva (Olmesartan oder Valsartan plus Amlodipin und Hydrochlorothiazid) in Form einer Tablette als Fixkombination oder als zwei oder drei Tabletten. Hier zeigte sich, dass die Adhärenz bei einer Therapie mit zwei Tabletten im Vergleich zu einer Therapie mit nur einer Tablette um 55 Prozent abnimmt, bei einer Therapie mit drei Tabletten sogar um 74 Prozent [5].

Eine deutsche Untersuchung analysierte wiederum die Daten von 255.500 Versicherungsnehmern, die eine Erstverschreibung für Antihypertensiva erhalten hatten. Erstes Ergebnis: In den ersten zwei Jahren erfüllten bereits fast 80 Prozent aller Patienten die Kriterien der Nicht-Adhärenz. Zweites Ergebnis: Die höchste Nicht-Adhärenz trat unter Diuretika auf, die höchste Adhärenz zeigte sich unter Betablockern, unter Fixkombinationen war die Adhärenz knapp 20 Prozent höher als unter Monotherapien [6].

Nebenwirkungen

Da die Hypertonie selbst zunächst keine Symptome verursacht, stehen für Patienten häufig die Nebenwirkungen der Medikamente im Vordergrund. Zu den typischen Beschwerden aller Antihypertensiva zählen Schwindel, Allergien und gastrointestinale Probleme. Für ACE-Hemmer ist der trockene

ne Reizhusten typisch, außerdem können Angioödeme auftreten, bei Kalziumantagonisten sind Flush, Palpitationen oder Kopfschmerzen typisch, bei Thiaziddiuretika Mundtrockenheit, Durst und Potenzstörungen und bei Betablockern Müdigkeit und Schlafstörungen. Moderne selektive Betablocker verursachen übrigens keine erektile Dysfunktion.

Zu diesem Thema zeigte eine aktuelle Metaanalyse von 38 placebokontrollierten RCTs (knapp 150.000 Patienten), dass alle gebräuchlichen Antihypertensiva mit einem Risiko der Nicht-Adhärenz aufgrund von Nebenwirkungen assoziiert sind – mit einer Ausnahme: ARB zeigten im Vergleich zu Placebo kein erhöhtes Risiko für unerwünschte Nebenwirkungen (Risiko-Ratio 1,13). Die Risiko-Ratios vs. Placebo für die anderen Klassen waren: Kalziumantagonisten 2,03, Diuretika 2,23, ACE Hemmer 2,78 und Betablocker 2,88 [7].

Weitere Indikatoren einer schlechten Adhärenz

Laut einer spanischen Untersuchung an rund 113.000 Hypertonikern wiesen die folgenden Faktoren eine Assoziation mit mangelnder Therapietreue auf: weibliches Geschlecht, jüngeres Alter, ländliches Wohngebiet und psychische Komorbidität [8].

Selbstüberschätzung der Compliance

Nicht zu vergessen ist auch, dass Patienten dazu neigen, ihre medikamentöse Compliance selbst zu überschätzen. So zeigte eine aktuelle US-amerikanische Studie an 175 Hypertonikern, dass rund 20 Prozent der Patienten zu den sogenannten FPAs zählten („false-positive self-reported adherence“) [9]. Dabei erhöhte Ängstlichkeit und geringe Schulbildung die Wahrscheinlichkeit, ein FPA zu sein (OR 3,00), während Rauchen und medikamentöse Nebenwirkungen die Wahrscheinlichkeit senkten (OR jeweils 0,40 beziehungsweise 0,46).

■ Gegenmaßnahmen

Für einige Autoren der hier zitierten Studien war es überraschend, dass speziell Patienten mit einer chronischen Erkrankung ein dermaßen mangelndes Basiswissen über ihre Störung aufwiesen, vor allem bezüglich der potentiellen Risiken und der Wichtigkeit, einer verschriebenen Behandlung Folge zu leisten, auch bei Symptombefreiheit. Es sei daher nicht verwunderlich, dass die Patienten angeben, Informationen aus nicht-ärztlichen Quellen zu beziehen – was wiederum die Adhärenz reduzieren könnte. Die Schlussfolgerungen lauten daher:

- Der Arzt muss sicherstellen, dass der Patient ausreichend über die Hypertonie und deren Folgen informiert ist und die Bedeutung der Adhärenz zu seiner Behandlung wirklich verstanden hat.
- Ängste und Sorgen bezüglich der Medikation müssen angesprochen und Nebenwirkungen abgeklärt werden.
- Ziel ist es, den Patienten von seiner Behandlung zu überzeugen, nicht ihn dazu zu überreden.
- Wichtig ist das strukturierte Arzt-Patienten-Gespräch, das in Abständen wiederholt und ergänzt werden kann.

Viele Ärzte könnten nun einwenden, dass sie Patienten nicht nur einmal, sondern bereits mehrmals mit den entsprechenden Informationen versorgt haben. Studien haben allerdings gezeigt, dass viele Patienten die Informationen entweder nicht

verstehen oder die Information sofort wieder vergessen, sobald sie die Praxis verlassen haben, was die Zufriedenheit mit dem Arztgespräch rapide absinken lässt [10]. Eine Hauptursache ist die Angespanntheit oder sogar Angst, die der Patient beim Arztgespräch verspürt. Alle drei dieser Faktoren – Verständnis, Gedächtnis, Zufriedenheit – beeinflussen die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient den ärztlichen Vorgaben folgt.

Nicht nur der Inhalt, sondern auch die Form der Informationsübermittlung spielt eine wichtige Rolle. Der Arzt sollte Empathie und Interesse zeigen und dem Patienten das Gefühl geben, wirklich zuzuhören und auf ihn einzugehen.

- ‚Rückfragetechnik‘ einsetzen: Der Arzt bittet den Patienten, noch einmal wiederzugeben, was er ihm gerade versucht hat zu vermitteln.
- Auf verständliche Sprache achten.
- Den Patienten dort abholen, wo er / sie steht.
- Gegen das Vergessen der Tabletten können Erinnerungstools helfen, die Einbindung des sozialen Umfelds sowie Pflegedienste.

Zudem ist die Bedeutung der Zufriedenheit mit der Therapie als beeinflussender Faktor der Adhärenz für Patienten zu betonen. Eine aktuelle Studie befragte 190 ältere (> 60 Jahre) Hypertoniker in den USA, die mehr als zwei Grunderkrankungen hatten und mehr als zwei verschreibungspflichtige Medikamente einnahmen. Hier zeigte sich eine positive Assoziation zwischen Gesamtzufriedenheit mit dem Arzneimittelregime und MMAS-8 Score („Morisky Medication Adherence Scale“) [11]. Der Patient sollte also zufrieden mit seiner Behandlung sein.

Weitere Empfehlungen

- Die Anzahl der Medikamente ist so gering wie möglich zu halten.
- Bei Nebenwirkungen Dosis reduzieren oder Wirkstoffklasse wechseln.
- Cave: Akute Lebenskrisen im Leben des Patienten können einen Therapieabbruch auslösen.
- Digitale Unterstützung besser nutzen (Software zu Medikamentengebrauch, Apps, die Medikamenteneinnahme und sportliche Aktivitäten aufzeichnen etc.).
- Medikamentenliste und Blutdruckaufzeichnungen kontrollieren.
- Bei Nicht-Ansprechen auf eine medikamentöse Behandlung oder Therapieversagen sekundäre Ursachen ausschließen.
- „Self-Empowerment“ des Patienten unterstützen, d.h. die Selbstmessung und Protokollierung der Blutdruckwerte durch den Patienten.
- Der Patient muss über die Folgen seiner Erkrankung Bescheid wissen (kardiovaskuläres Risiko).
- Schriftliche Unterlagen mitgeben.

Die Deutsche Hochdruckliga fasst ihre Empfehlungen folgendermaßen zusammen [12]:

Auf Ebene des Patienten:

- Information kombiniert mit Motivationsstrategien
- Gruppensitzungen
- Blutdruckselbstkontrolle

- Selbstmanagement mit einfachen Patienten-geleiteten Systemen

Auf Ebene der medikamentösen Behandlung:

- Vereinfachung des medikamentösen Behandlungsplans
- Medikamentenpackungen mit Erinnerungsfunktion

Auf Ebene des Gesundheitssystems:

- Intensivierte Versorgung (Monitoring, telefonische Nachsorge, Erinnerungen, Hausbesuche, Telemonitoring der Blutdruckmessung zuhause, soziale Unterstützung, Computer-gestützte Beratung und Medikamentenpackung)
- Interventionen unter direkter Einbeziehung von Apothekern
- Kostenerstattungsstrategien zur Verbesserung der Einbeziehung von Allgemeinmediziner in die Untersuchung und Behandlung der Hypertonie

Außerdem warnt die Deutsche Hochdruckliga, dass „nahezu alle Interventionen zur effektiven Langzeitversorgung komplex sind“, also etwa Erinnerungen, manuelle Telefonnachsorge, supportive Behandlungsmaßnahmen, aber auch Arbeitsplatz- und apothekenbasierte Programme.

Ein Experte der Universität Erlangen wiederum verweist auf das sogenannte ‚SIMPLE‘-Schema als Leitfaden für Patientengespräche zur Adhärenzverbesserung [13]:

S: simplify (vereinfachen)

I: impart knowledge (Kenntnis vermitteln)

M: modify patient beliefs and behaviour (Verhalten und Überzeugung des Patienten beeinflussen)

P: provide trust (Vertrauen schenken)

L: leave the bias (Vorurteile abbauen)

E: evaluate adherence (Adhärenz messen)

Und in einer rezenten Analyse wird auf fünf „Schlüsselaktionen“ verwiesen, die für die bessere Blutdruckkontrolle unerlässlich sind [14]:

- Für die Mehrheit der Patienten ist ein Zielwert von $\leq 140/90$ mmHg zu setzen.
- Vereinfachung der Behandlungsstrategien, Verminderung der Medikamentenzahl
- Verbesserung therapeutischer Trägheit
- Verbesserung des Patienten-,Empowerment‘
- Gesundheitssysteme sollten einen geringeren Fokus auf die Medikamentenkosten legen.

■ Folgen fehlender Therapietreue: höherer Blutdruck, höheres Risiko

Die Folgen der Nicht-Adhärenz bei Hypertonie wurden beispielsweise in einer japanischen Analyse der COMFORT-Studie detailliert beleuchtet [15]: Bei 203 Hypertonikern wurde die Adhärenz jeweils ein, drei sowie sechs Monate nach Beginn der medikamentösen Therapie evaluiert. Wenig überraschend wiesen Patienten mit niedriger Adhärenz signifikant höhere Blutdruckwerte auf als solche mit hoher Adhärenz.

Ähnlich auch die Ergebnisse einer italienischen Studie an knapp 19.000 neu diagnostizierten Patienten mit Analyse kardiovaskulärer Ereignisse. Auch hier wurden die Patienten zu

Baseline in drei Adhärenz-Kategorien eingeteilt: hoch (wenn die Medikamente > 80 % der Zeit richtig eingenommen wurde, 8,1 % der Patienten), intermediär (40–79 %, 40,5 %) und niedrig (< 40 %, 51,4 % der Patienten). Nach Analyse des Auftretens kardiovaskulärer Ereignisse zeigte sich, dass nur Patienten mit hoher Therapietreue ein vermindertes Risiko akuter kardiovaskulärer Ereignisse hatten (Hazard Ratio von 0,62) [16].

Die bislang größte und aktuellste Studie stammt aus 2013 [17]. Forscher der Universität Helsinki analysierten die Daten von knapp 74.000 Hypertoniepatienten ohne bisheriges kardiovaskuläres Ereignis. Die Ergebnisse:

- Bereits im zweiten Verschreibungsjahr hatten nicht-adhärenzte Patienten ein vierfach erhöhtes Schlaganfallrisiko.
- Zehn Jahre nach Verschreibungsbeginn war das Risiko immer noch dreifach erhöht.
- Nicht-adhärenzte Patienten wurden im zweiten Verschreibungsjahr fast dreimal so häufig aufgrund eines Schlaganfalls stationär aufgenommen, im zehnten Jahr 70 Prozent häufiger.
- Patienten, die intermediär-adhärenz (Abbruch der Medikamenteneinnahme nach langer Einnahme) oder nicht-adhärenz waren, hatten ein 1,7–2,6- bzw. 3,6–8,0-fach erhöhtes Risiko für einen tödlichen Schlaganfall.
- Das erhöhte Schlaganfallrisiko war unabhängig von der eingenommenen Dosis.

Laut dem WHO Bericht aus 2003 führt Hypertonie zu einem 2–3-fach erhöhten kardiovaskulären Gesamtrisiko sowie zu einem 3–4-fach erhöhten Risiko für ischämische Herzkrankheiten [1]. Die Inzidenz von Schlaganfall ist bei Patienten mit diagnostizierter Hypertonie etwa 8mal höher als bei Patienten ohne Hypertonie, und nach Schätzungen sind etwa 40 Prozent der Myokardinfarkte / Schlaganfälle zurückzuführen.

■ Verbesserung der Adhärenz in Österreich

Ein Beispiel ist das ‚herz.leben‘-Projekt, ein Schulungsprogramm für Hypertoniepatienten in der Steiermark, das einmal pro Woche insgesamt vier Wochen lang abgehalten wird. Die Schulungen werden von niedergelassenen Ärzten durchgeführt sowie an Spitalsabteilungen und der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse. Die Effektivität dieses Programms wurde im Rahmen einer Studie an 2.041 Patienten untersucht [18]. Ergebnis: Nach einem Jahr war der Blutdruck von anfangs durchschnittlich 156,1/88,9 mmHg auf 139,2/82,1 mmHg gesunken, zudem zeigten sich signifikante Verbesserungen des kardiovaskulären Risikoprofils und des Body Mass Index (BMI).

Eine randomisierte Folgestudie im Cross-over-Design bestätigte die signifikante Blutdrucksenkung durch das Programm: 256 Patienten in 13 Zentren unterzogen sich dem Aufklärungsprogramm entweder sofort (G-I) oder nach sechs Monaten (G-II) [19]. Nach sechs Monaten (also bevor die 2. Gruppe mit dem Programm begonnen hatte) war der systolische Blutdruck (Praxis / zu Hause) der G-I-Patienten signifikant niedriger. Nach zwölf Monaten, als alle Patienten das Programm durchlaufen hatten, verschwanden die Unterschiede der Blutdruckwerte. Die Autoren schlagen daher vor, diese Aufklärungsstrategien als Standardbehandlung hypertensiver Patienten einzusetzen.

■ Verbesserung der Adhärenz in Deutschland

Die folgenden Beispiele sind die Gewinner des „TherapieTreue-Preises 2011“.

Beispiel 1: Gemeinschaftspraxis in Hessen. Credo: „Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten“

Eine qualifizierte Hypertonie-Assistentin hält für jeden Patienten eine ‚Hypertonie-Sprechstunde‘ ab, in der alle Fragen zur Therapie beantwortet und alle Sorgen der Patienten in Ruhe besprochen werden; auch die Selbstmessung wird geübt. Nachfolgend erstellt jeder Patient zwei Wochen lang ein Selbstmessprotokoll. Ziel ist die ‚Bewusstmachung‘ der Krankheit. Die Tatsache, dass speziell ausgebildetes Personal die Schulungen durchführt und den Patienten viel Zeit gewidmet wird, wertet zudem die Krankheit auf, was sich positiv auf die Bereitschaft der Patienten auswirkt, sich aktiv für die Behandlung einzusetzen.

Beispiel 2: Allgemeinpraxis in Bayern. Credo: „Das wichtigste ist die persönliche Beziehung zum Patienten.“

Der Arzt setzt hier sehr plastische Modelle zur Erklärung ein (verkalkter Wasserschlauch) und spricht von Anfang an mögliche Nebenwirkungen an. Die Angehörigen werden stark in die Betreuung eingebunden: Ehepartner, Kinder, Enkel helfen bei Blutdruckmessung und Medikamenteneinnahme. Wer keine solchen Helfer hat, dem bietet der Arzt an, die Pillendosis in der Praxis, im Altersheim oder zu Hause beim Patienten nachzufüllen.

Beispiel 3: Internisten-Praxis in Berlin. Credo: „Empowerment und Software“

Die Internistin setzt auf ein ausführliches, pro Quartal mindestens einstündiges Aufklärungsgespräch des Patienten. Besprochen werden neben Therapieentscheidungen oder möglichen Nebenwirkungen auch Wege, wie der Patient selbst zu einer guten Blutdruckkontrolle beitragen kann; auch wird gemeinsam mit dem Patienten ein schriftlicher Behandlungsplan aufgestellt. In dieser Praxis wird zudem eine Medikamenten-Software gezielt eingesetzt, um zu erkennen, welcher Patient seine Medikamente verbraucht haben sollte, Therapieabbrüche fallen so frühzeitig auf. Bei Unregelmäßigkeiten wird unverzüglich der Kontakt zum Patienten gesucht und das nachfolgende Gespräch über die Gründe des Abbruchs wird als Chance gesehen, noch besser auf die Bedürfnisse des Patienten einzugehen.

■ Fazit für die Praxis

Zur Verbesserung der derzeit noch suboptimalen Adhärenz vieler Hypertonie-Patienten sollte ein breites Maßnahmenspektrum (u.a. eine gute Informationsvermittlung und Nachsorge) eingesetzt werden.

■ Interessenkonflikt

Keiner.

Literatur:

1. http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
2. Eraker SA. Understanding and Improving Patient Compliance. *Ann Intern Med* 1984; 100: 258–68.
3. Gascón JJ et al. Why hypertensive patients do not comply with the treatment: results from a qualitative study. *Fam Pract* 2004; 21: 125–30.
4. Lauffenberger JC et al. Potentially disruptive life events: what are the immediate impacts on chronic disease management? A case-crossover analysis. *BMJ Open* 2016; 6: e010958.
5. Xie et al. A medication adherence and persistence comparison of hypertensive patients treated with single-, double- and triple-pill combination therapy. *Curr Med Res Opin* 2014; 30: 2415–22.
6. Schulz M et al. Medication adherence and persistence according to different antihypertensive drug classes: A retrospective cohort study of 255,500 patients. *Int J Cardiol* 2016; 220: 668–76.
7. Thomopoulos C et al. Effects of blood-pressure-lowering treatment in hypertension: 9. Discontinuations for adverse events attributed to different classes of antihypertensive drugs: meta-analyses of randomized trials. *J Hypertens* 2016; 34: 1921–32.
8. Calderón-Larrañaga A et al. Non-adherence to antihypertensive medication: the role of mental and physical comorbidity. *Int J Cardiol* 2016; 207: 310–6.
9. Tedla YG et al. Factors associated with false-positive self-reported adherence to antihypertensive drugs. *J Hum Hypertens* 2016; doi: 10.1038/jhh.2016.80
10. Ley P et al. Doctor-patient communication: some quantitative estimates of the role of cognitive factors in non-compliance. *J Hypertens* 1985; 3 (Suppl): S51–5.
11. Al-Ruthia YS et al. Examining the relationship between antihypertensive medication satisfaction and adherence in older patients. *Res Social Adm Pharm* 2016; doi: 10.1016/j.sapharm.2016.06.013
12. https://www.hochdruckliga.de/tl_files/content/dhl/downloads/2014_Pocket-Leitlinien_Arterielle_Hypertonie.pdf
13. Schmieder RE. Fortbildung: Bluthochdruck und Adhärenz. *Der niedergelassene Arzt* 2015; 10: 79–82.
14. Redon J et al. Why in 2016 are patients with hypertension not 100% controlled? A call to action; *J Hypertens* 2016; 34: 1480–8.
15. Matsumura K et al. Impact of antihypertensive medication adherence on blood pressure control in hypertension: the COMFORT study. *QJM* 2013; 106: 909–14.
16. Mazzaglia G et al. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation* 2009; 120: 1598–605.
17. Herttua K et al. Adherence to antihypertensive therapy prior to the first presentation of stroke in hypertensive adults: population-based study. *Eur Heart J* 2013; 34: 2933–9.
18. Perl S et al. Effects of a multifaceted educational program on blood pressure and cardiovascular risk in hypertensive patients: the Austrian „herz.leben project“. *J Hypertens* 2011; 29: 2024–30.
19. Perl S et al. Randomized Evaluation of the Effectiveness of a Structured Educational Program for Patients with Essential Hypertension. *Am J Hypertens* 2016; 29: 866–72.

Dr. Lydia Unger-Hunt

Promotion an der Medizinuniversität Wien. Bereits während des Studiums freie Mitarbeiterin der Österreichischen Ärztezeitung, seit 2003 als freischaffende Medizinjournalistin und Übersetzerin medizinischer Fachtexte tätig (Deutsch – Englisch), unter anderem für Fachmagazine in Österreich, der Schweiz und Deutschland. Seit 2006 wohnhaft in Belgien.



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)