



Patientencompliance

Christian Schäfer

Patientencompliance

Adhärenz als Schlüssel für den
Therapieerfolg im Versorgungsalltag

2. Auflage

Christian Schäfer
Mannheim, Deutschland

ISBN 978-3-658-13002-2 ISBN 978-3-658-13003-9 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-658-13003-9

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 2011, 2017

Die erste Auflage des Werkes erschien unter dem Titel „Patientencompliance - Messung, Typologie, Erfolgsfaktoren. Durch verbesserte Therapietreue Effizienzreserven ausschöpfen“.

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 Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

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.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Gabler ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

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

Für

Susanne & Theodor sowie 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 demografischen 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 Normen.

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 was für 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“ und 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 konnte vier trennscharfe Patientencluster herausbilden 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 ABWL und Marketing I, Johannes Gutenberg-Universität
Mainz**

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 verschiedensten Studien seit dieser Zeit angewandte und nunmehr etablierte Instrumentarium des Patienten-Compliance-Index (PCI) zur Therapietreue-Messung 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 beiderseitige 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 Unterschiede 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: christian.schaefer@dhbw-mannheim.de

Homepage: www.patientencompliance.de

Vorwort 1. zur Auflage

Die vorliegende Studie ist am Lehrstuhl für ABWL und Marketing an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz entstanden. Nicht zuletzt aufgrund der Unterstützung einer Reihe von Personen war es möglich, das vorliegende Buch zu verfassen.

Für die erhaltene Unterstützung danke ich in besonderer Weise Herrn Prof. Dr. Frank Huber, der mich an die interessanten und hochaktuellen Gebiete der Versorgungsforschung und des Compliancemanagements herangeführt hat. Er stand mir als Förderer meiner Arbeit stets hilfreich zur Seite.

Ferner möchte ich mich bei dem gesamten Lehrstuhlteam für ihre konstruktiven fachlichen Anregungen und die sonstige Unterstützung meines Forschungsprojekts bedanken. Es ist mir wichtig, namentlich Johannes Vogel, Dr. Isabel Matthes, Vanessa Vetter, Imma Baumgärtner sowie Frederik Meyer hervorzuheben.

Besonderer Dank gilt außerdem der Deutsche Herzstiftung e.V., welche die Durchführung des Projekts unterstützt hat. Insbesondere möchte ich mich bei dem Vorstandsmitglied, Prof. Dr. med. Hellmut Oelert und der stv. Geschäftsführerin, Renate Horst, für ihr persönliches Engagement bedanken.

Weiterhin bedanke ich mich bei dem Präsidenten des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (BPI), Dr. Bernd Wegener, für fruchtbare Diskussionen zu möglichen Auswirkungen der Forschungsergebnisse auf das Gesundheitswesen.

Mainz im Mai 2010

Dr. Christian Schäfer

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 Zur Notwendigkeit der Analyse von Real World Daten des Therapietreueverhaltens	6
1.4 Zur Beantwortung ungeklärter Fragen des Adhärenzverhaltens im Versorgungsalltag	8
1.5 Struktur der Abhandlung	11
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 Soziodemografische 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 101
 - 4.1.2 Schätzung linearer Strukturgleichungsmodelle 103
 - 4.1.3 Evaluation der Güte auf Messmodellebene 105
 - 4.1.4 Evaluation der Güte auf Strukturmodellebene 108
 - 4.1.5 Gruppenvergleich - Einfluss moderierender Variablen 110
 - 4.2 Datenbasis 111
 - 4.2.1 Studien- und Fragebogendesign 111
 - 4.2.2 Datenerhebung 113
 - 4.2.3 Deskriptive Struktur der Stichprobe 117
 - 4.3 Zur Eignung der Messmodelle des Adhärenzverhaltens 121
 - 4.3.1 Verhaltensabsicht gegenüber therapietreuem Verhalten 121
 - 4.3.2 Barrieren der Therapieintegration in den Lebensablauf 123
 - 4.3.3 Wirksamkeit von therapiekonformem Verhalten 125
 - 4.3.4 Affektive Einstellungskomponente 126
 - 4.3.5 Wahrgenommene Verhaltenskontrolle 128
 - 4.3.6 Gesundheitsmotivation 129
 - 4.3.7 Vertrauensverhältnis zum Arzt 131

4.3.8	Soziale Norm	132
4.4	Analyse der Wirkungszusammenhänge des Adhärenzverhaltens	134
5.	Untersuchung situativer Einflussfaktoren auf das Adhärenzverhalten	145
5.1	Krankheitsinvolvement	145
5.2	Behandlungsdauer	150
5.3	Geschlecht	153
5.4	Krankenversicherungsstatus	156
6.	Identifikation vier verschiedener Patiententypen	161
6.1	Ergebnisse der Clusteranalyse	162
6.2	Der Patienten-Compliance-Index	165
6.3	Beschreibung und Abgrenzung der vier Patiententypen	168
6.3.1	Der selbstbewusst adhärente Patient	171
6.3.2	Der engagiert partiell-adhärente Patient	172
6.3.3	Der unmotiviert partiell-adhärente Patient	173
6.3.4	Der unsichere non-adhärente Patient	174
6.4	Gesundheitsökonomische Bewertung des Schadens der Non-Adhärenz	176
7.	Einschätzungsvermögen des Adhärenzverhaltens durch den Arzt	179
7.1	Eine vergleichende Analyse der Einschätzung des Therapieverhaltens	180
7.2	Wie Praxispersonal den Arzt optimal auf den Patientenkontakt vorbereitet	186
8.	Regionale Unterschiede des Therapieverhaltens nach dem Bundesland	189
8.1	Datenmaterial und Methodik	190
8.2	Analyse der regionalen Verhaltensunterschiede der Patienten	195
8.3	Implikationen der Erkenntnisse der Regionalanalyse	207
9.	Transparenz im Versorgungsalltag durch strategische Adhärenzforschung	209
9.1	Gesetzliche und private Krankenversicherung	209
9.2	Arzneimittelhersteller	212
9.3	Gesundheitspolitik	215
9.4	Forschungsorientierte Implikationen der Untersuchung	216

10.Handlungsempfehlungen für die Praxis des Adhärenz-Managements	221
10.1 Konzepte für den niedergelassenen Arzt und Ärztenetze	222
10.2 Konzepte für den Apotheker und neue Player	224
10.3 Konzepte für gesetzliche und private Krankenversicherung	226
10.4 Konzepte im Bereich E-Health	228
10.5 Konzepte im Kontext sozialer Netzwerke	230
10.6 Konzept einer konzertierten Aktion des Gesundheitswesens	231
10.7 Berücksichtigung situativer Rahmenbedingungen	232
11.Schlussbetrachtung der zentralen Erkenntnisse	235
A. Verweise	243
A.1 Fragebogen	243
A.2 Codierung	247
A.3 Eignung der Modellkonstrukte - Moderatoren	248
A.4 Übersicht der Wirkungszusammenhänge in den Moderatormodellen	265
A.5 Gruppenvergleich zwischen Online- und Offlinestichprobe	274
Literaturverzeichnis	277

Abbildungsverzeichnis

1	Begriffliche Bedeutungsänderung: von der Compliance zur Adhärenz	17
2	Schematische Darstellung unterschiedlicher Adhärenzmuster	21
3	Beziehung zwischen Adhärenzniveau und Schweregrad der Erkrankung	34
4	Abnahme der Adhärenz mit steigender Dauer der Erkrankung bzw. Therapie	35
5	Abhängigkeit der Adhärenz von der Dosisfrequenz	36
6	Das hierarchische Modell intrinsischer und extrinsischer Motivation	46
7	Das Modell gesundheitlicher Überzeugungen - Health Belief Model	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
1	Geographische Verteilung der Studienteilnehmer in Deutschland	120
2	Überblick des Basismodells	137
15	Boxplot des Merkmals Krankheitsinvolvement (Likert-Skala 1-7)	146
16	Modellvergleich hinsichtlich des Krankheitsinvolvements: KIH vs. KIN	148
17	Boxplot des Merkmals Behandlungsdauer (in Jahren)	150
18	Modellvergleich nach der Länge der Behandlungsdauer: BDH vs. BDN	151
19	Modellvergleich hinsichtlich des Geschlechts: GEM vs. GEW	155
20	Modellvergleich hinsichtlich des Geschlechts: GKV vs. PKV	158
21	Elbow-Kriterium des Ward-Verfahrens	164
22	Grafische Darstellung der Patiententypen nach dem Adhärenzverhalten	166
23	Häufigkeitsverteilung der Patienten nach dem Kriterium des PCI	168
24	Abweichung der vom Patienten getroffenen eigenen Therapieadhärenzbewer- tung zur Einschätzung der Therapieadhärenz durch den behandelnden Arzt .	181
25	Abweichung der vom Patienten empfundenen Gesundheitsmotivation zur Motivationseinschätzung durch den behandelnden Arzt	182

26	Zusammenhangsanalyse zwischen den Einschätzungsabweichungen der Gesundheitsmotivation und der Adhärenz - Korrelationskoeffizient +0,38	183
27	Abweichung der vom Patienten empfundenen Bedenken hinsichtlich der Nebenwirkungen seiner Medikamente zur Bedenkeneinschätzung durch den behandelnden Arzt	184
28	Zusammenhangsanalyse zwischen den Einschätzungsabweichungen der Nebenwirkungen und der Adhärenz - Korrelationskoeffizient +0,01	185
29	Abweichung der vom Patienten empfundenen sozialen Unterstützung zur Einschätzung der sozialen Umfeld Unterstützung durch den behandelnden Arzt	186
30	Zusammenhangsanalyse zwischen den Einschätzungsabweichungen der Therapieunterstützung durch das soziale Umfeld und der Adhärenz - Korrelationskoeffizient -0,16	187
31	Regionale Niveauunterschiede des Therapietreueverhaltens (ADH)	200
32	Regionale Niveauunterschiede der empfundenen Barrieren im Therapieverlauf (BAR)	201
33	Regionale Niveauunterschiede der empfundenen Qualität des Arzt-Patient-Verhältnisses (DOC)	202
34	Regionale Niveauunterschiede der empfundenen Betroffenheit von der Erkrankung (INV)	203
35	Regionale Niveauunterschiede der empfundenen Gesundheitsmotivation (MOT)	204
36	Regionale Niveauunterschiede des empfundenen Gesundheitswissens (MKN)	205
37	Regionale Niveauunterschiede der Therapieunterstützung durch das soziale Umfeld (SOC)	206
38	Fragebogen Seite 1	244
39	Fragebogen Seite 2	245
40	Fragebogen Seite 3	246
41	Modellvergleich hinsichtlich des Umfragedesigns: ONL vs. OFF	276

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	Charakteristisches Verhalten 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 . . .	86
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	Vergleich des LISREL- und PLS-Verfahrens	104
22	Gütekriterien für Strukturgleichungsmodelle auf Messmodellebene	108
23	Gütekriterien für Strukturgleichungsmodelle auf Strukturmodellebene	109
24	Stichprobenstruktur hinsichtlich soziodemographischer Merkmale	118
25	Stichprobenstruktur hinsichtlich krankheitsbezogener Merkmale	119
26	Faktorladung und t-Werte der Verhaltensabsicht gg. therapietreuem Verhalten	121
27	Gütekriterien des Konstrukts Verhaltensabsicht gg. therapietreuem Verhalten	122

28	Gewichte und t-Werte der Barrieren einer Therapie	123
29	Gütekriterien des Konstrukts Barrieren der Therapieintegration	124
30	Faktorladung und t-Werte der wahrgenommenen Therapiewirkung	125
31	Gütekriterien des Konstrukts wahrgenommenen Therapiewirkung	126
32	Faktorladung und t-Werte der affektiven Einstellungskomponente	126
33	Gütekriterien des Konstrukts affektive Einstellungskomponente	127
34	Faktorladung und t-Werte der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle	128
35	Gütekriterien des Konstrukts wahrgenommene Verhaltenskontrolle	129
36	Faktorladung und t-Werte der Gesundheitsmotivation	130
37	Gütekriterien des Konstrukts Gesundheitsmotivation	130
38	Gewichte und t-Werte des Vertrauensverhältnisses zum Arzt	131
39	Gütekriterien des Konstrukts Vertrauensverhältnis zum Arzt	132
40	Faktorladung und t-Werte der sozialen Norm	133
41	Gütekriterien des Konstrukts soziale Norm	133
42	Wirkungsbeziehungen im Basismodell	136
43	Totaleffekte auf das Zielkonstrukt Verhaltensabsicht im Basismodell	142
44	Prüfung des Moderatoreinflusses des Krankheitsinvolvements	149
45	Prüfung des Moderatoreinflusses der Behandlungsdauer	152
46	Prüfung des Moderatoreinflusses des Geschlechts	154
47	Prüfung des Moderatoreinflusses des Versicherungsstatus	157
48	Clusterhistorie des Ward-Verfahrens mit Abbruchkriterien	163
49	Mittelwerte der auf den Wertebereich 0-100 normierten Clustervariablen	165
50	Beschreibung der Patientenprofile anhand ihrer Verhaltensmerkmale	169
51	Beschreibung der Patiententypen anhand verschiedener Merkmale	170
53	Kostenschätzung der Non-Adhärenz für das Indikationsgebiet der Hypertonie	176
54	Soziodemografischer Überblick der Stichprobe nach Bundesländern	191
55	Konstrukte und Indikatorentextet	193
56	Konstrukte und Indikatorentextet	194
57	Korrelationskoeffizienten der 6 Verhaltensdeterminanten mit der Adhärenz (ADH) nach dem Bundesland	196
58	Werte der 7 Determinanten des Gesundheitsverhaltens nach dem Bundesland	198
59	Werte der 7 Determinanten des Gesundheitsverhaltens nach dem Bundesland	199
60	Codierung der Indikatoren und Modelle	247
61	Faktorladung und t-Werte der Verhaltensabsicht gg. therapietreuem Verhalten	249

62	Gütekriterien des Konstrukts Verhaltensabsicht gg. therapietreuem Verhalten	250
63	Faktorladung und t-Werte der Barrieren einer Therapie	251
64	Gütekriterien des Konstrukts Barrieren einer Therapie	252
65	Faktorladung und t-Werte der wahrgen. Therapiewirkung	253
66	Gütekriterien des Konstrukts wahrgen. Therapiewirkung	254
67	Faktorladung und t-Werte der affektiven Einstellungskomponente	255
68	Gütekriterien des Konstrukts affektive Einstellungskomponente	256
69	Faktorladung und t-Werte der wahrgen. Verhaltenskontrolle	257
70	Gütekriterien des Konstrukts wahrgen. Verhaltenskontrolle	258
71	Faktorladung und t-Werte der Gesundheitsmotivation	259
72	Gütekriterien des Konstrukts Gesundheitsmotivation	260
73	Gewichte und t-Werte des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt	261
74	Gütekriterien des Konstrukts Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt	262
75	Faktorladung und t-Werte der sozialen Norm	263
76	Gütekriterien des Konstrukts soziales Umfeld	264
77	Wirkungsbeziehungen im Modell Krankheitsinvolvement hoch	266
78	Wirkungsbeziehungen im Modell Krankheitsinvolvement niedrig	267
79	Wirkungsbeziehungen im Modell Behandlungsdauer hoch	268
80	Wirkungsbeziehungen im Modell Behandlungsdauer niedrig	269
81	Wirkungsbeziehungen im Modell Geschlecht männlich	270
82	Wirkungsbeziehungen im Modell Geschlecht weiblich	271
83	Wirkungsbeziehungen im Modell online Umfrage	272
84	Wirkungsbeziehungen im Modell offline Umfrage	273
85	Prüfung des Moderatoreinflusses des Umfragedesigns	275

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
ggfs.	gegebenenfalls
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GMG	GKV-Moderisierungsgesetz
H	Hypothese
HBM	Health Belief Model
HCCQ	Health-Care Climate Questionnaire
HWG	Heilmittelwerbebezugsgesetz

i.S.v.	im Sinne von
inkl.	inklusive
KR	Konstruktreliabilität
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 Behaviour Control
PCI	Patienten-Compliance-Index
PKV	private Krankenversicherung
PLS	Partiel Least Squares
PRM	Patienten-Relationship-Management
PSK	Pill skipp
RKI	Robert-Koch-Institut
S.	Seite
sog.	sogenannte
TPB	Theory of Planned Behavior
u.a.	unter anderem
VIF	Variance Inflation Factor
vgl.	vergleiche
Vol.	Volume
vs.	versus
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil