

SEMINAR

Adhärenzprobleme und therapeutische Trägheit

11 Tipps, um Diabetiker bei der Stange zu halten

B. Kulzer

Die beste Therapie hilft nur etwas, wenn sie auch umgesetzt wird. Wie können Sie Ihre Diabetespatienten zur besseren „Mitarbeit“ motivieren? Oder liegt es vielleicht gar nicht nur am Patienten? Eine Spurensuche und wertvolle Strategien für die Praxis.

— Trotz Verbesserungen in der Diabetestherapie gibt es immer noch Optimierungsbedarf. Dies zeigen z. B. Daten der KV Nordrhein [1]. Diese KV hat ein vorbildliches Berichtswesen über Disease-Management-Programme (DMP) aufgebaut und wertet jährlich über 550.000 Teilnehmer der DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 aus. Nur bei ca. jedem dritten Patienten mit Typ-2-Diabetes und ca. jedem zweiten Patienten mit Typ-1-Diabetes wurden die zwischen Arzt und Patient vereinbarten HbA_{1c}-Zielwerte erreicht. Bei 93,1% aller im DMP betreuten Menschen mit Typ-2-Diabetes ist mindestens eine Begleit- und Folgeerkrankung dokumentiert.

Adhärenzprobleme in der Praxis

Patienten fällt es auf Dauer schwer, die verordnete Therapie im Alltag konsequent umzusetzen. Umfangreiche empirische Studien der letzten Jahre zeigen, dass Nicht-Adhärenz und Nicht-Persistenz bei Lebensstilinterventionen, oralen Antidiabetika (OAD), Insulin, Antihypertensiva und Lipidsenkern häufig auftreten. Die Adhärenz bei Programmen zur Steigerung der körperlichen Bewegung liegt zwischen 10% und 80%, die für OAD zwischen 36% und 93% [2]. In einem kürzlich erschienenen Review zu OAD ließen sich weltweit nur sechs

Studien identifizieren, in denen die empfohlene Adhärenzrate von $\geq 80\%$ erreicht wurde [3].

Eine große Schweizer Studie kam zu dem Schluss, dass weniger als 40% der Diabetespatienten in mindestens 80% der Fälle ihre Medikation korrekt einnahmen [4]. Eine kanadische Studie mit 160.231 Nutzern oraler Antidiabetika fand sechs Monate nach der Erstverordnung eine Adhärenzrate von 71% (persistente Einnahmen 62%), nach einem Jahr von 67% (51%) und nach zwei Jahren nur noch von 65%, wobei jedoch die Persistenzrate auf 41% zurückging [5]. Bei Typ-2-Diabetikern beträgt die Adhärenz zur Insulintherapie ca. 60%. Somit ist in der Praxis oft von einer nicht adäquaten Insulindosierung auszugehen.

Strategien zur Verbesserung der Adhärenz sollten daher Standard jeder Diabetestherapie sein. Sie werden in einem WHO-Report als eine effektive und effiziente Intervention der Diabetestherapie empfohlen [6].



Prof. Dr. Dipl.-Psych. Bernhard Kulzer
Diabetes-Zentrum Mergentheim, Forschungsinst. der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim (FIDAM)



FACHKOMMISSION
DIABETES IN BAYERN E.V.

Diabetologie für den Hausarzt

Regelmäßiger Sonderteil der MMW-Fortschr. Med., herausgegeben von der Fachkommission Diabetes in Bayern – Landesverband der Deutschen Diabetes-Gesellschaft, Dr. med. Arthur Grünerbel (1. Vorsitzender), München

Redaktion: PD Dr. M. Hummel, Rosenheim (Koordination); Prof. Dr. L. Schaaf, München (wissenschaftliche Leitung)

„Clinical inertia“ – therapeutische Trägheit

Ein anderes Problem bei chronischen Erkrankungen ist die „clinical inertia“, die auch als „therapeutische Trägheit“, „therapeutische Non-Adhärenz“ oder „Leitlinien Non-Compliance“ bezeichnet wird. Gemeint ist damit das Unterlassen bzw. das Verzögern einer Behandlungsintensivierung bei Patienten, die die in evidenzbasierten Leitlinien definierten Behandlungsziele nicht erreichen.

Die Forschung zu „clinical inertia“ beschäftigt sich mit der Frage, wie es



Ein gutes Vertrauensverhältnis verbessert die Adhärenz.

Hier steht eine Anzeige.



Tab. 1 Gründe für therapeutische Trägheit

Behandler
<ul style="list-style-type: none"> • Mangelnde Beziehung zum Patienten, Probleme der Arzt-Patient-Kommunikation, „thematisches Vagabundieren“ (häufiger Themenwechsel), Zeitmangel • Fehler in der therapeutischen Zielsetzung, fehlende Behandlungseinleitung oder -intensivierung bis zum Erreichen des Therapieziels, „stillschweigender Nichtangriffs-Pakt“: reaktive statt proaktive Behandlung • Mangelnde Kenntnisse und negative Einstellungen gegenüber evidenzbasierten Leitlinien, fehlende Zustimmung zu deren Inhalten und deren Anwendbarkeit • Mangelnde Berücksichtigung von Komorbiditäten des Patienten (z. B. Depression) • Fehlender Einbezug anderer Disziplinen zur Problemlösung (z. B. Diabetesberater, Psychologen, Psychiater)
Praxisorganisation
<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Remindersysteme und Routine zum Monitoring des Behandlungserfolges • Mängel in der Planung der Arzttermine • Keine externe Unterstützung bei klinischen Entscheidungen • Kein Team-Ansatz bei der Behandlung, mangelnde Team-Kommunikation und fehlende Zuständigkeiten • Klinische Leitlinien in Praxisablauf nicht integriert • Mängel in der Patientenverwaltung/-datenbank • Fehlendes Qualitätsmanagement
Patienten
<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Krankheitseinsicht/-akzeptanz, mangelndes Krankheitserleben • Zu wenige krankheitsrelevante Informationen und Kenntnisse, keine Schulung • Geringe Gesundheitskompetenz • Kosten für Medikamente, zu viele Medikamente, komplexe Therapienanforderungen, Medikamentennebenwirkungen • Schlechte Patient-Arzt Kommunikation, fehlendes Vertrauen in den Arzt • Komorbide psychische Probleme, Erkrankungen (Depression, Substanzmissbrauch etc.)

dazu kommt, dass die an die jeweiligen Lebensbedingungen und den Gesundheitszustand der Patienten angepassten individuell vereinbarten Therapieziele zwischen Arzt und Patienten nicht in einem angemessenen Zeitraum erreicht werden.

In Großbritannien sorgen aktuell Ergebnisse der Arbeitsgruppe um Khunti für Gesprächsstoff [7]. Sie konnten zeigen, dass bei Typ-2-Diabetikern einer großen und repräsentativen Kohorte (n = 81.783), die mit einem OAD behandelt wurden, der mittlere HbA_{1c}-Wert zum Zeitpunkt der Therapieintensivierung mit einem zweiten OAD entgegen der Leitlinien bereits 8,7% betrug und eine Optimierung der Insulintherapie erst er-

folgte, als die HbA_{1c}-Werte deutlich über 9% lagen [8]. In einer anderen Studie (n = 11.696) stellten sie fest, dass bei 32,1% der Typ-2-Diabetiker unter Basalinsulin und einem HbA_{1c} ≥ 7,5% entgegen den Empfehlungen der Leitlinien die Insulintherapie nicht weitergeführt wurde, bei 37,0% keine Therapieveränderung stattfand und nur bei 30,9% nach durchschnittlich 4,3 Jahren eine Intensivierung der Therapie erfolgte [9]. Die Autoren schlussfolgern: Neue Medikamente oder Devices allein garantieren noch keine nachhaltige Verbesserung der glykämischen Kontrolle, solange nicht andere Variablen und Prozesse der klinischen Praxis mit beachtet und ebenfalls optimiert werden.

Die mittlerweile umfangreiche Literatur zur „clinical inertia“ zeigt ein relativ einheitliches Bild [10, 11]: In allen Reviews wird betont, dass eine Optimierung des Behandlerverhaltens und der Praxisorganisation wesentliche Stellgrößen zur Überwindung der „clinical inertia“ darstellen und sogar wichtiger als das Patientenverhalten sind. O’Conner et al. [12] schätzen bei der „clinical inertia“ den Anteil der Behandler auf ca. 50%, den der Patienten auf 30% und Mängel der Praxisorganisation auf 20%. Gründe für die therapeutische Trägheit im Einzelnen finden Sie in **Tab. 1**.

Diese elf Strategien verbessern die Diabetestherapie

1. Regelmäßig nach Adhärenz fragen · Im Arztgespräch sollten regelmäßig die Adhärenz und mögliche Probleme im Zusammenhang mit dem Diabetes thematisiert werden – am besten EDV-unterstützt an wiederkehrenden Terminen und besonders systematisch bei Personen mit speziellem Risikoprofil.

2. Adhärenz messen · Viele Methoden zur Adhärenz-Messung (z. B. Messen des Medikamentenspiegels im Blut, elektronische Überwachungssysteme) sind für die klinische Praxis zu aufwendig. Allerdings kann z. B. mit einer gezielten Analyse der Blutzucker(BZ)-Tagebücher – auch mit Hilfe von Auswertungsprogrammen – die Zahl der BZ-Selbstkontrollen oder mit neuen, intelligenten Insulinpens die tatsächlich abgegebene Insulinmenge nachvollzogen werden. Bewährt hat sich auch, den Patienten aufzufordern, beim nächsten Praxisbesuch alle Medikamente mitzubringen und ihn im Sinne eines „Medikationschecks“ berichten zu lassen, wann und wie er die Medikamente einnimmt und welche Methode er nutzt, um die Einnahmen nicht zu vergessen.

3. Barrieren und Probleme erfassen · Es empfiehlt sich neben der Frage nach der Adhärenz auch regelmäßig das Wohlbefinden bzw. mögliche Probleme im Umgang mit dem Diabetes zu monitoren. In den Leitlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) wird ein regelmäßiges Screening, z. B. mit dem im Gesundheits-



© celsuppo / Getty Images / iStock

Führen Sie mit Ihren Patienten einen „Medikationscheck“ durch!

Pass Diabetes befindlichen „WHO-5-Fragebogen“ oder dem „PAID“ (Problem Areas in Diabetes) empfohlen [14, 15, 16].

4. Nebenwirkungen unbedingt ansprechen · Fast jede Diabetestherapie hat Nebenwirkungen, die die Umsetzung im Alltag erschweren. Dies gilt gleichermaßen für die Gewichtsreduktion wie auch die BZ- und Blutdrucksenkung. Es empfiehlt sich, proaktiv mögliche Nebenwirkungen oder „Kosten“ einer geplanten Intervention mit dem Patienten zu besprechen, z. B. bei der Erstverordnung von Insulin an Typ-2-Diabetiker. Die meisten Patienten sind nicht sonderlich begeistert, wenn sie Insulin spritzen müssen („psychologische Insulinresistenz“). Es sollten daher neben den Vorteilen von Insulin auch die möglichen Nebenwirkungen (z. B. Hypoglykämien, Gewichtszunahme) sowie mögliche „Kosten“ (z. B. BZ-Selbstkontrollen, Titration bzw. Dosisanpassung) erwähnt werden. Dies erhöht langfristig die Adhärenz. Nicht erfüllte oder unrealistische Erwartungen an die Therapie sind oft ein Grund für Adhärenzprobleme.

5. Patientenschulung · Trotz überzeugender Studienergebnisse für die Wirksamkeit der Diabetesschulung werden in Deutschland immer noch zu wenige Patienten geschult [1, 14]. Moderne Diabetesschulungsprogramme befassen sich vor allem mit Themen wie „Formulierung realistischer Ziele für die Therapie“, „Umgang mit Problemen und Barrieren in der Diabetestherapie“, „Soziale Unterstützung“, „Motivation“ etc. Es wurde

nachgewiesen, dass dies die Adhärenz erhöht [14].

6. Arzt-Patienten-Kommunikation verbessern · Eine zielgerichtete und strukturierte Arzt-Patienten-Kommunikation unter Einbezug neuer Technologien (z. B. Auswertung von Blutzuckermesswerten, kontinuierliche Glukosemessung, Flash-Glukose-Messung) ist für eine patientenorientierte, personalisierte Behandlung eine wesentliche Voraussetzung [17].

7. Gutes Vertrauensverhältnis („concordance“) · Eine gute Beziehung ist eine wesentliche Voraussetzung, um über das „heikle“ Thema Adhärenz zu sprechen. Studien zeigen relativ eindeutig, dass eine gute Beziehung des Patienten zu einer Vertrauensperson in der Praxis – oft eher eine vertraute medizinische Fachangestellte oder der Apotheker als der Arzt – eine tragende Rolle bei der Verbesserung der Adhärenz spielt.

8. Remindersysteme · Um „clinical inertia“ zu vermeiden, haben sich Reminder-Systeme zum Monitoring von Diagnose-, Test- und Behandlungsergebnissen bewährt. Damit können das Erreichen therapeutischer Ziele kontinuierlich überprüft und ggf. rasch notwendige Therapiemodifikationen eingeleitet/umgesetzt werden. Erinnerungssysteme helfen besonders bei Patienten, die unregelmäßig in die Praxis kommen.

9. Integration von Leitlinien in die Praxisroutine · Zur besseren Umsetzung von Leitlinien haben sich computerunterstützte Informations- oder Expertensysteme, systematische Überprüfungen der Praxisabläufe (Qualitätsmanagement), der regelmäßige Erfahrungsaustausch (Qualitätszirkel, Weiterbildung) und interne Fortbildungen des Teams bewährt.

10. Nicht zu komplizierte Therapieregime · Mit der Komplexität der Therapie und Polypharmazie steigt das Nonadhärenz-Risiko. Daher sollte vor jeder Therapieänderung und nach den ersten Erfahrungen damit mit dem Patienten besprochen werden, ob er die geplante Behandlung auf Dauer umsetzen kann. Die einmalige

Einnahme morgens ist günstiger als die zwei- bis dreimalige Gabe über den Tag verteilt. Wenn sinnvoll, sollten Kombinationspräparate eingesetzt werden. Auch die gleiche Darreichungsform sowie Einbindung der Medikation in den Tagesablauf hat sich bewährt. In der Diabetologie gibt es sowohl hinsichtlich der Wahl eines Präparates für die basale Insulinversorgung als auch für Inkretin-Mimetika/GLP-1-Analoga in den letzten Jahren innovative Ansätze.

11. Interdisziplinarität · Bei der Diabetes-therapie haben sich multiprofessionelle Behandlungsansätze als sehr erfolgreich erwiesen. Die Integration von Apothekern hat sich ebenso bewährt [18] wie die Integration von Diabetesberatern, Ernährungsfachleuten oder auf Diabetes spezialisierten Psychologen [14, 15]. ■

→ **Literatur:** springermedizin.de/mmw

→ **Title and Keywords:** Adherence problems and clinical inertia. 11 strategies keeping patients with diabetes onboard
Adherence / clinical inertia / diabetes mellitus

→ **Anschrift des Verfassers:**
Prof. Dr. Dipl.-Psych. Bernhard Kulzer
Diabetes-Zentrum Mergentheim,
Forschungsinst. der Diabetes-Akademie
Bad Mergentheim (FIDAM), Theodor Klotzbücher Str. 12, D-97980 Bad Mergentheim
E-Mail: kulzer@diabetes-zentrum.de

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Adhärenzprobleme sind bei Diabetes ein bedeutsames Problem.
2. Viele Menschen mit Diabetes nehmen ihre Medikamente nicht regelmäßig ein oder setzen wichtige Behandlungsmaßnahmen nicht um.
3. Die therapeutische Adhärenz und mögliche Barrieren sowie Probleme der Behandlung sollten in der Praxis routinemäßig erfragt werden.
4. Für die „clinical inertia“ sind vor allem Defizite beim Behandler und in der Praxisorganisation bedeutsam. Sie sollten im Rahmen der Qualitätssicherung gezielt unter die Lupe genommen werden.

Hier steht eine Anzeige.



Literatur

1. Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung, Disease-Management-Programme GbR (2015). Disease-Management-Programme Nordrhein, 2015 Qualitätsbericht https://www.kvno.de/downloads/quali/qualbe_dmp15.pdf
2. Capoccia K, Odegard PS, Letassy, N. Medication Adherence With Diabetes Medication: A Systematic Review of the Literature. *Diabetes Educ.* 2016, Feb; 42(1): 34–71.
3. Simard P et al. Persistence and adherence to oral antidiabetics: a population-based cohort study. *Acta Diabetol* 2015, 52: 547–556.
4. García-Pérez, L.-E., Álvarez, M., Dilla, T., Gil-Guillén, V., & Orozco-Beltrán, D. Adherence to Therapies in Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Therapy* 2013, 4(2): 175–194.
5. Huber, C. A., & Reich, O. Medication adherence in patients with diabetes mellitus: does physician drug dispensing enhance quality of care? Evidence from a large health claims database in Switzerland. *Patient Preference and Adherence* 2016, 10: 1803–1809.
6. World Health Organization: Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003.
7. Khunti K, Wolden M.L., Thorsted B.L., et al., Clinical inertia in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study of more than 80,000 people. *Diabetes Care*, 2013, 36: 3411–3417.
8. Khunti K. et al. Clinical inertia with regard to intensifying therapy in people with type 2 diabetes treated with basal insulin. *Diabetes, Obesity and Metabolism* 2016, 8(4): 401–409.
9. Khunti K., Millar-Jones D. (2017). Clinical inertia to insulin initiation and intensification in the UK: A focused literature review. *Primary Care Diabetes*, 11 (1): 3–12.
10. Zafar A., Davies M., Azhar A., Khunti K., Clinical inertia in management of T2DM, *Prim. Care Diabetes* 4 (2010): 203–20.
11. Aujoulat I et al. Factors associated with clinical inertia: an integrative review. *Advances in Medical Education and Practice* 2014, 5: 141–147.
12. O'Connor PJ et al. Clinical Inertia and Outpatient Medical Errors. In: Henriksen et al. (ed). *Advances in Patient Safety* (Vol. 2). 2005
13. Kulzer, B., Lüthgens, B., Landgraf, R. et al. Diabetesbezogene Belastungen, Wohlbefinden und Einstellung von Menschen mit Diabetes. Deutsche Ergebnisse der DAWN2™-Studie. *Diabetologie* (2015) 11: 211–218.
14. Kulzer B, Albus C, Herpertz S et al. Psychosoziales und Diabetes (Teil 1). S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes – Langfassung. *Diabetologie und Stoffwechsel* 2013, 8: 198–242.
15. Kulzer B, Albus C, Herpertz S et al. Psychosoziales und Diabetes (Teil 2). S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes – Langfassung. *Diabetologie und Stoffwechsel* 2013, 8: 292–324.
16. Kulzer B, Hermanns N. Diabetes als verhaltensmedizinische Erkrankung. In: Häring H-U, Gallwitz B, Müller-Wieland D, Usadel KH, Mehnert H (Hrsg) *Diabetologie in Klinik und Praxis*. 2011, 6. Aufl., Thieme, Stuttgart: 268–282.
17. Ceriello, A. et al. Diabetes as a case study of chronic disease management with a personalized approach: The role of a structured feedback loop. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2012, 98 (1): 5–10.
18. Pousinho S. et al. Pharmacist Interventions in the Management of Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Manag Care Spec Pharm.* 2016, 22(5):493–515.