

PATIENTENCOMPLIANCE IM ZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNGSBEREICH

Das Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung betrachtet die Analyse des Patientenverhaltens als einen Schwerpunkt seiner Forschungstätigkeit.

In der FZV-Information 4/82 werden einige Aspekte der sog. "Patientencompliance" in der zahnärztlichen Versorgung auf dem Hintergrund einer allgemeineren Problemdarstellung diskutiert.

Der Abriß enthält dabei folgende Schwerpunkte:

- Bedeutungsumfang des Compliance-Begriffs
- Ausgewählte empirische Ergebnisse der Compliance-Forschung
- Ökonomische Relevanz der (Non-)Compliance
- Complianceprobleme in der zahnärztlichen Versorgung

Der vorliegende Beitrag versteht sich als programmatischer Einstieg zu einer geplanten empirisch-systematischen Untersuchung, die fundiertes Informationsmaterial über das quantitative Ausmaß und die relevanten Motivhintergründe an konkreten Behandlungsbereichen zu eruieren versucht.

Dipl.-Sozialw. Wolfgang Micheelis
Wissenschaftlicher Referent des
Forschungsinstituts für die zahnärztliche Versorgung

Dipl.-Sozialw. W. Micheelis

Aspekte der Patientencompliance im zahnärztlichen Versorgungsbereich

Zum Compliance-Begriff

Erfahrungsgemäß muß ein neuer Begriff nicht unbedingt auch ein neues Problem benennen. Andererseits kann aber eine neue Begriffsprägung für ein an sich bekanntes Problem die Aufmerksamkeit auf eben dieses Problem erhöhen, weitergehende Fragen aufwerfen und erkenntnisleitende Funktion gewinnen.

So lassen sich vielleicht die Dinge bei der Problematik zu der sogenannten Patientencompliance auffassen. Im Grunde genommen geht es hier um ein sehr altes Problem der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient, das sicherlich so alt wie die praktizierende Medizin selbst sein dürfte. Es geht um die zentrale Frage, inwieweit der Patient im Rahmen einer medizinisch-ärztlichen Versorgung bereit ist, den ärztlichen Anordnungen/Empfehlungen zu folgen.

Die moderne empirische Complianceforschung hat bisher ganz überwiegend das Befolgensverhalten des Patienten im Bereich der ärztlichen Arzneimitteltherapie ins Auge gefaßt (1) und speziell die Ausmaße und Einzelursachen der Nichtbefolgung medikamentöser Verordnungen bei ausgewählten Indikationsbereichen zu erhellen versucht.

Ganz generell wird man gerade in einem so vital-sensiblen Bereich wie dem der Krankheitserfahrung, wo Befürchtungen,

Hoffnungen, Ängste, Risikoeinschätzungen, aber auch Entlastungserlebnisse oder evtl. sogar Gefühle der Wertsteigerung so dicht beieinanderliegen können, damit rechnen müssen, daß das Compliance- oder Befolgungsverhalten des Patienten in psychologischer Sicht eine starke Überdetermination erfährt, also von einer Fülle von Faktoren gespeist wird, die in unterschiedlicher Kombination und Gewichtung mit der Erkrankung selbst, mit den Persönlichkeitsmerkmalen des Patienten, den Erfahrungen in der Arztbetreuung, in aktuellen Behandlungserfahrungen, der Krankheitsprognose und anderen Momenten zusammenhängen. Natürlich schließt es keineswegs aus, daß in einem konkreten Fall von Non-Compliance simple Gleichgültigkeit des Patienten gegenüber den getroffenen therapeutischen Maßnahmen ausschlaggebend sein kann oder auch ungenaue oder unvollständige Anweisungen des Arztes hinsichtlich der Einnahmemodalitäten eines verordneten Arzneimittels Grund für auftretende Anwendungsfehler sein können.

Für ein umfassendes Erklärungsmodell des Complianceverhaltens scheint aber erforderlich, daß es das komplizierte Wechselspiel identifizierbarer Einflußfaktoren in den größeren Analyserahmen der generellen Arzt-Patienten-Beziehung stellt und damit der grundlegenden Tatsache Rechnung trägt, daß zwischen Arzt und Patient ein Kommunikationsprozeß stattfindet, dessen kognitive und affektive Struktur darüber entscheidet, inwieweit ein Austausch über sich manifestierende Probleme möglich ist (2).

Ausgewählte empirische Ergebnisse der Complianceforschung :

Die vorliegenden empirischen Untersuchungen über das Complianceverhalten des Patienten lassen das große Ausmaß der Nicht-Befolgung medikamentöser Verordnungen durch den Arzt erkennen. Die Variationsbreite der ermittelten Nicht-Befolgungsraten liegt in der Erwachsenenmedizin und Kinderheilkunde zwischen 15 und 82 % (3). Dabei umfaßt die Nichtbefolgung beispielsweise Dosierungsfehler (in der Regel Dosisminderung), vorzeitiges Absetzen der Medikation, generell unterlassene Einnahme und ähnliche Aspekte.

Ohne hier im einzelnen auf die Fülle der empirischen Studien und Untersuchungen zur Complianceproblematik speziell zur Arzneimittelverordnung eingehen zu wollen, können hier in Bezugnahme auf Schmädel (4) folgende Einflußfaktoren formuliert werden, die empirisch nachweislich das Befolgungsverhalten des Patienten beeinflussen:

- allgemeine Gesundheitseinstellung: Patienten, die der modernen Medizin eher skeptisch gegenüberstehen und sich wenig mit der eigenen Gesundheit beschäftigen, befolgen in geringerem Maße die ärztlichen Anordnungen.

- Einstellung zur eigenen Erkrankung: Patienten, die sich stärker durch das Krankheitsereignis gefährdet sehen, befolgen eher die ärztlichen Anordnungen.
- Einschätzung des behandelnden Arztes: Unzufriedenheit des Patienten mit dem Arzt vermindert die Befolgungsbereitschaft. Dabei kann sich die Unzufriedenheit auf lange Wartezeiten, Diagnose- oder Behandlungserwartungen oder auch Sprachverständigungsschwierigkeiten beziehen.
- Inhalt und Form ärztlicher Instruktionen : Je einfacher, klarer die ärztlichen Anordnungen strukturiert sind, desto höher ist die Befolgungsbereitschaft. Das kontinuierliche Gespräch des Arztes mit dem Patienten über Wirkungen und Nebenwirkungen der verordneten Medikation erhöht die Compliancebereitschaft.
- Art der Erkrankung: Patienten mit chronischen asymptomatischen Erkrankungen zeigen erhöhte Nicht-Befolgungsraten.

Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Non-Compliance:

Neben den großen sachmedizinischen Problemen, die eine ungenügende Compliance des Patienten gegenüber den indizierten Therapieschemata aufwirft, z.B. Symptomver-

schlechterungen, Folgekrankheiten, Rezidive usw., hat die Non-Compliance eine beachtliche volkswirtschaftliche Bedeutung. So hat etwa Friesewinkel (5) ausgerechnet, daß beispielsweise allein die Non-Compliance bei der medikamentösen Hypertoniebehandlung - die aufgrund der relativen Beschwerdefreiheit des Hochdruckpatienten allerdings noch besonders hoch ist - rund 150 - 180 Mio. DM pro Jahr kostet (und zwar durch verordnete, aber nicht angewendete Antihypertensiva).

Geht man von den Gesamtaufwendungen der GKV für das Jahr 1980 aus, so entfielen insgesamt 12,6 Mrd. DM der Leistungsausgaben auf Arzneimittel. (6) Unterstellt man nun die Schätzungen der Experten, daß minimal gesehen durchschnittlich 20 % der verordneten Arzneimittel nicht angewendet werden, dann wären für das Jahr 1980 Pharmaka im Werte von ungefähr 2,5 Mrd. DM unverbraucht zu Lasten der GKV verordnet worden (7).

Complianceprobleme in der Zahnheilkunde:

Es wurde oben schon hervorgehoben, daß sich die empirische Complianceforschung bisher ganz überwiegend auf die Befolgungsprobleme medikamentöser Verordnungen konzentriert hat (8). Andererseits ist aber zu sehen, daß sich natürlich die Frage der Nicht-Befolgung ärztlicher Anordnungen/Empfehlungen im Grundsatz auf jede ärztlich-

medizinische Leistung beziehen kann, gleichgültig, ob nun medikamentöser, physikalischer, diätetischer oder sonstiger Natur. So konnte z.B. in einer Studie bei Rheumatikern gefunden werden, daß die Einstellung zu der therapeutischen Maßnahme der Gymnastik und Bewegungsübungen von einer speziellen psychologischen Ambivalenz überformt ist, die aus der Krankheitsbesonderheit der schmerzhaften Gelenkbeeinträchtigung selbst herrührend, eine deutliche Ablehnungsdisposition hinsichtlich des Maßnahmenvollzugs begründet (9).

Für die Zahnmedizin gilt nun sicherlich, daß es sich gerade hier um ein medizinisches Gebiet handelt, wo Arzneimittelverordnungen als therapeutische Maßnahme und als Arbeitsmittel des Arztes nicht den Stellenwert haben wie etwa im Gebiet der Allgemeinmedizin, der inneren Medizin oder in einem sonstigen Bereich. Insbesondere bei dem großen Feld der Zahn- und Kieferkrankheiten stehen konservierend-mechanische, chirurgische oder prothetische Interventionen im Vordergrund. Aber auch bei diesen Behandlungsformen stellen sich die Probleme der "Therapietreue", der Compliance des Patienten also, deren Ausmaß für den Behandlungserfolg außerordentlich mitentscheidend ist.

Dies gilt weniger für Fälle der Akutversorgung, also etwa bei der Füllungstherapie kariöser Läsionen, als vielmehr bei zahnärztlichen Leistungen, wo es auf

die ständige Mitarbeit des Patienten selbst ankommt. So z.B. im prothetischen Bereich: Trotz aller zahnärztlichen Kunst ist etwa bei der Versorgung mit einer Totalprothese nicht auszuschließen, daß es zu vorübergehenden Behinderungen beim Sprechen oder anfänglichen Druckstellen kommt. Auch das möglichst ständige Tragen des Zahnersatzes - gerade in der ersten Eingliederungszeit erleichtert die Gewöhnung der biologischen Strukturen an das körperfremde Material. Hier ist die Compliance des Patienten eine notwendige Voraussetzung für ein Gelingen des Eingliederungsergebnisses. Der Patient muß dazu aktiviert werden, vorübergehende "Nebenwirkungen" auszuhalten und das Tragen der Prothetik einzuüben.

Ein weiterer Bereich, wo es vor allem auf die überdauernde Mitarbeit des Patienten ankommt, ist die kieferorthopädische Versorgung. Das ärztliche Bemühen, Abweichungen oder Fehlstellungen im Kausystem zu korrigieren, setzt einen umfassenden Therapieplan voraus, der sich nicht selten über Monate und Jahre erstreckt. Ohne die Bereitschaft des Patienten, entsprechend den ärztlichen Anweisungen mit den zum Teil ja subjektiv durchaus störenden oder auch beschwerlichen Behandlungsgeräten umzugehen, kann kein dauerhaftes Therapieergebnis erreicht werden. Je nach Indikation und Art der Behandlung müssen die kieferorthopädischen Geräte ständig (also auch nachts)

oder auch nur über einige Stunden getragen werden. Häufig sind mit dem Tragen des Gerätes bestimmte Übungen zu verbinden, um den Behandlungserfolg zu beschleunigen. Gerade diese, wie schon gesagt subjektiv häufig beschwerlichen, Maßnahmen verlangen vom Patienten eine hohe Compliancebereitschaft. Wenn man nun bedenkt, daß kieferorthopädische Interventionen häufig bereits bei Kindern notwendig werden, kompliziert sich das Complianceproblem. Nicht nur das kieferorthopädisch zu versorgende Kind muß aktiviert werden, sondern auch die Eltern des Kindes müssen instruiert, aufgeklärt und motiviert werden, um das Complianceverhalten des Kindes pädagogisch zu stützen bzw. zu stabilisieren.

Diese hier nur schlaglichtartig aufgezeigten Felder spezifischer Complianceprobleme in der Zahnheilkunde erheben natürlich keineswegs den Anspruch der Vollständigkeit. Die Auswahl der genannten Problemfelder hatte lediglich die Funktion, die Gesamtproblematik an Beispielen zu illustrieren.

So ist vor allem noch völlig der immer wichtiger werdende Bereich der oralen Prävention und Prophylaxe unerwähnt geblieben (10). Auch hier stellen sich sicherlich ganz erhebliche Compliancefragen, etwa wenn man an die Befolgungsbereitschaft der Patienten hinsichtlich zahnärztlicher Empfehlungen zur Mundhygiene, Substratbeschränkung im

Ernährungssektor oder Regelmäßigkeit von Kontrolluntersuchungen denkt. Hier scheinen die Bezüge der Complianceproblematik zu Fragen der Gesundheitserziehung und letztlich auch zur Gesundheitspolitik unmittelbar evident. Complianceforschung wird sich also auch auf diese größeren Zusammenhänge einzustellen haben, will sie nicht zur "Verhaltensrezeptologie" verkümmern.

Wichtig ist aber, daß die Complianceprobleme in der Zahnmedizin überhaupt erst einmal empirisch-systematisch erforscht werden, um fundierte Anhaltspunkte über

- das quantitative Ausmaß

und

- die relevanten Motivhintergründe

an konkreten Behandlungsbereichen zu gewinnen.

Das Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung (FZV), Köln, plant in Zusammenarbeit mit externen Forschungsgruppen und -einrichtungen diese Complianceprobleme im zahnärztlichen Versorgungsbereich gezielt in Angriff zu nehmen, um auf der Basis ermittelter Fakten und Problemstrukturen sachadäquate und erfolgversprechende Interventionsstrategien entwickeln zu können.

Literatur

- (1) vgl. D. Schmädels: "Nichtbefolgen ärztlicher Verordnungen. Ausmaß und Ursachen." In: Wege zum Arzt, Hersg. J. Siegrist, A. Hendel-Kramer, München - Wien - Baltimore 1977
- (2) vgl. F. Lamprecht: "Arzt, Patient und Krankheit", Zeitschrift für Allgemeinmedizin (1979), S. 1837 - 1846
- (3) vgl. U. Reichwald, F. Dietsch: "Die Befolgung ärztlicher Anordnungen", Internistische Praxis 18 (1978), S. 175 - 182
- (4) vgl. Dr. Schmädels, a.a.O.
- (5) Quelle: H. Friesewinkel. In: Patientencompliance, herausgegeben von E. Weber, U. Gundert-Remy, A. Schrey, Baden-Baden - Köln - New York (1977)
- (6) Quelle: pharma daten 81, Hrsg. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V., August 1981
- (7) vgl. Die Ortskrankenkasse 1/1982, S. 20 - 22
- (8) vgl. D. Schmädels, a.a.O.

- (9) vgl. W. Micheelis: "Zur Problematik des Krankheitswissens von Patienten am Beispiel rheumatischer Bewegungsbehinderungen"

MMG 7 (1982) S. 48 - 51

- (10) vgl. B. Tiemann: "Karies, ein gesundheitspolitisches und volkswirtschaftliches Problem"

Zahnärztlicher Gesundheitsdienst 1/1982