

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

**Interview: Therapieadhärenz: Gute
Kommunikation ist alles!**

Fisch S

*Journal für Kardiologie - Austrian
Journal of Cardiology 2025; 32
(3-4), 63-64*

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Veranstaltungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

Therapieadhärenz: Gute Kommunikation ist alles!

S. Fisch

Die WHO definiert die optimale Therapieadhärenz „als das Ausmaß, in dem das Verhalten einer Person – die Einnahme von Medikamenten, (...) und/oder die Durchführung von Änderungen des Lebensstils – mit den vereinbarten Empfehlungen eines Gesundheitsdienstleisters übereinstimmt.“ [1] Was

heißt das in der täglichen ärztlichen Praxis? Darüber spricht **OA Dr. Helmut Brath**, Diabetes- und Fettstoffwechselambulanz, Mein Gesundheitszentrum Favoriten, Wien, im Interview.



Dr. Helmut Brath

Welche Rolle spielt die Therapieadhärenz bei Stoffwechselstörungen in Bezug auf die Mortalität?

Dr. Brath: Studienergebnisse zeigten, dass eine gute Therapieadhärenz hier eine sehr wichtige Rolle spielt. In einer nationalen retrospektiven Kohortenstudie in den USA etwa, in die 347.104 Veteranen eingeschlossen wurden, zeigte sich zwischen jenen mit niedriger Therapietreue (weniger als 50 %) zu ihrer medikamentösen Statintherapie und jenen mit hoher Adhärenz (größer als 90 %) eine Risikoerhöhung von 30 % (HR 1,30, 95 % CI, 1,27–1,34). Die Einjahresmortalität lag bei Patientinnen und Patienten mit einer Therapietreue über 50 % bei 7,5 %, bei jenen unter 50 % bei 8,8 % [2].

Wie beurteilen Sie die Therapietreue in Österreich?

Dr. Brath: Weltweit liegt die geschätzte Adhärenz bei lediglich rund 50 % [3]. In einer österreichischen Diabetes-Studie aus 2019 brach rund ein Drittel der Patientinnen und Patienten die Behandlung ihrer Erkrankung für mindestens ein Jahr ab. Auch wenn hier kein kausaler Zusammenhang ermittelt wurde, da die Fragestellung der Adhärenz kein präspezifizierter Endpunkt war, zeigte sich eine höhere Mortalität in der Gruppe mit Therapieabbruch.

Woran liegt die mangelnde Therapietreue?

Dr. Brath: Ich sehe hier drei prinzipielle Ursachen: Adhärenzprobleme seitens

der Patientin / des Patienten, mangelnde Adhärenz der behandelnden Ärztin / des Arztes und erschwerende Faktoren seitens des Gesundheitssystems. Lassen Sie mich mit dem ersten beginnen – Adhärenzprobleme der Betroffenen: Hier ist es nötig, bei chronischen Krankheiten wie einer Dyslipidämie oder

eines Diabetes nicht nur eine Maßnahme oder ein Medikament zu empfehlen, sondern auch in „Patientensprache“ verständlich zu machen, warum diese Maßnahme wichtig ist und so attraktiv darzustellen, dass sie letztendlich von der betroffenen Person aktiv gewollt wird.

Wie setzen Sie das in Ihrer Praxis um?

Dr. Brath: Nur für wenige Menschen stellt das Gehör den primären Sinneskanal dar. Entsprechend wird eine primär akustische Information, wie in einem üblichen Beratungsgespräch, oft nicht ausreichend perzipiert. Dies gilt umso mehr, wenn eine komplizierte Fachsprache oder eine emotionale Situation (wie es die Beziehung einer erkrankten Person zur medizinischen Autorität, der Ärztin/dem Arzt häufig ist) dies weiter erschwert. Wir brauchen somit weitere Kommunikationskanäle wie visuelle oder haptische. Bleiben wir beim Lipidstoffwechsel: Ein Gefäßmodell mit Atherosklerose anschauen und angreifen zu lassen oder auf einem Blatt Papier aufzeichnen, wie Cholesterin in die Gefäßwand eindringt und zu Atherosklerose führen kann, funktioniert viel schneller und besser als viele Worte. Gelingt es uns dazu noch, persönlich betroffen zu machen (indem z. B. schon eine Gefäßplaque vorliegt oder die Familienanamnese positiv ist), fällt es Betroffenen leichter, den Weg vom „Ich muss, weil meine Ärztin/mein Arzt sagt“ (mit langfristig schlechter Adhärenz) zum „Ich will, damit die Gefäßverkalkung mit allen Folgen nicht fortschreitet/beginnt“ (mit langfristig viel besserer Adhärenz) zu gehen. Das gemeinsame Erarbeiten der Therapiestrategie führt zudem dazu, dass die Patientin / der Patient sich ernst

genommen fühlt – ein weiterer Faktor für gute Mitarbeit. Die Ärztin / der Arzt, der sich im Rahmen einer Erstverordnung etwa von Statinen die Zeit dafür nimmt, braucht zwar initial ein Investment in die aufzuwendende Zeit, wird aber mittel- und langfristig häufig eine hohe Therapietreue sowie eine Zeitersparnis bei den Folgeterminen ernten können.

Haben Sie noch weitere Empfehlungen, wie wir die Therapietreue von Patientinnen und Patienten erhöhen können?

Dr. Brath: Es geht immer um eine erfolgreiche Kommunikation zwischen Ärztin / Arzt und Patientin / Patient. Entscheidend ist nicht, was wir wissen oder sagen, sondern was davon letztendlich auf Dauer umgesetzt wird. Niemand lässt sich gerne sagen, was er zu tun hat. Eine Geschichte hört aber jeder gerne, zum Beispiel von einer Patientin, die seit Jahren ihren Cholesterinspiegel erfolgreich mit Statinen senkt und nicht in die Fußstapfen der Familie mit frühen kardiovaskulären Ereignissen getreten ist. Sehr bewährt sind auch Risikorechner wie www.lpaclinicalguidance.com, die am Bildschirm mit sehr wenig Aufwand das Lebensrisiko darstellen, an einem Myokardinfarkt oder einem Insult zu erkranken, aber auch zeigen, wie etwa durch Lipidsenkung das Risiko reduziert werden kann.

Was meinten Sie zuvor mit mangelnder Adhärenz seitens von Ärztinnen und Ärzten?

Dr. Brath: Die Basis der modernen Medizin ist die wissenschaftliche Evidenz. Um diese überschaubar und auch außerhalb kleiner publizierender Gruppen applikabel zu machen, werden Leitlinien erstellt und laufend an das neueste Wissen adaptiert. Diese gilt es einzuhalten, so nichts Gravierendes aus anderen Gründen dagegenspricht. Im Bereich der Lipidtherapie werden heute zumeist die Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) angewendet (siehe Tabelle 1). Diese Leitlinien ohne Grund nicht einzuhalten, entspricht einer Non-Adhärenz ärztlicher Seite. Zu erwähnen

ist, dass diese Leitlinie im September 2025 aktualisiert werden wird, dass in der Praxis oft bereits früh mit einer Kombinationstherapie von Statinen und Ezetimib begonnen wird und dass bei unzureichender Erreichung der Therapieziele unter maximal verträglicher Dosis eines Hochpotenzstatins Bempedoinsäure additiv verwendet werden kann.

Sie haben zu Beginn unseres Gespräches auch das Gesundheitssystem als Faktor für Adhärenz angesprochen. Was meinen Sie damit?

Dr. Brath: Wir leben in Zeiten knapper Ressourcen. Oft ist es schwierig, sich die nötige Zeit für eine gute Kommunikation oder nötige Bewilligungen zu nehmen. Zudem wird dieser Zeitaufwand nur gering abgegolten. Trotzdem – wie bereits erwähnt: Es lohnt sich, initial mehr Zeit zu investieren, um bei der Patientin / beim Patienten zum Verständnis für die eigene Erkrankung und mögliche Folgeerscheinungen zu kommen, um später weniger weiteren Zeitaufwand und vor

Tabelle 1: Empfehlungen zur medikamentösen Senkung des LDL-Cholesterins (mod. nach [4])

Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzgrad
Hochintensives Statin bis zur höchst verträglichen Dosis zur Erreichung des Zielwertes für den spezifischen Risiko-grad	I	A
Bei Nichterreichen des Zielwertes mit höchster verträglicher Statindosis Zugabe von Ezetimib	I	B
Zur Primärprävention bei Hochrisikopatienten (ohne familiäre Hypercholesterinämie) zusätzlich zu Statin- und Ezetimib-Therapie Kombination mit PCSK9-Hemmer erwägen	IIb	C

allen eine geringere Morbidität zu erreichen.

Literatur:

1. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization 2003; <https://iris.who.int/handle/10665/42682> [abgerufen am 28.11.24].
2. Rodriguez F, Maron DJ, Knowles JW, Virani SS, Lin S, Heidenreich PA. Association of statin adherence with mortality in patients with atherosclerotic cardiovascular disease. *JAMA Cardiol* 2019; 4: 206–13.
3. Kaleta M, Leutner M, Thurner S, Endel G, Kiss N, Robausch M, Klimek P, Kautzky-Willer A. Trends in diabetes incidence in Austria 2013–2017. *Sci Rep* 2023; 13: 8715.

4. Authors/Task Force Members; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG); ESC National Cardiac Societies. 2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias: Lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Atherosclerosis* 2019; 290: 140–205.

Korrespondenzadresse:

Sabine Fisch

Redaktionsbüro Fisch

*E-Mail: redaktionsbuero@sabinefisch.at
www.sabinefisch.at*

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D 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](#)