

*Policy brief*

# Schweizer Prioritätensetzung zur Förderung der Medikamentenadhärenz – die Europäische ENABLE COST Action



**Medikamentenadhärenz ist ein wichtiges Anliegen im Gesundheitswesen und sollte von allen Akteuren mit hoher Priorität behandelt werden. Leider hat sie bisher in der Schweiz nicht die Aufmerksamkeit der Schweizer Entscheidungsträger:innen gefunden.**

Dieser Policy brief fasst Schlüsselempfehlungen zur Förderung der Medikamentenadhärenz von Patient:innen in der Schweiz zusammen.

Dazu zählen Medienkampagnen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, die das öffentliche Bewusstsein für die Medikamenten-Nonadhärenz schärfen. Fördereinrichtungen sollten ermutigt werden, in Forschung und Innovationen in Bezug auf Medikamentenadhärenz zu investieren. Krankenkassen sollten innovative Modelle der finanziellen Unterstützung entwickeln, um die Entwicklung und Implementierung von Massnahmen zur Förderung der Medikamentenadhärenz in der täglichen klinischen Praxis zu fördern, einschliesslich Screening, Monitoring und Unterstützung der Medikamentenadhärenz. Ein neues Vergütungsmodell für Leistungserbringende, das die Medikamentenadhärenz der Patient:innen fördert, würde die interprofessionelle Zusammenarbeit und integrierte Versorgungsmodelle begünstigen. Gleichzeitig sollten Lehrmitteln für die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Gesundheitsfachpersonen entwickelt werden, um sicherzustellen, dass die neuesten Erkenntnisse über die Medikamentenadhärenz rasch in die Praxis umgesetzt werden können und der öffentlichen Gesundheit kostenwirksam zugutekommen.

## Kontext

### Definition von Medikamentenadhärenz

Medikamentenadhärenz ist "der Prozess, bei dem Patient:innen ihre Medikamente wie verschrieben anwenden" [1, 2]. Dieser Prozess folgt dem Verschreibungsprozess, bei dem im Idealfall eine gemeinsame Entscheidungsfindung die Wahl der besten Behandlung in Partnerschaft mit den Patient:innen, der Familie und den Betreuenden unterstützt.

Die Therapietreue besteht aus drei Phasen: *Therapiebeginn*, *Umsetzung* und *Abbruch* der verschriebenen Medikation.

**Therapiebeginn** bedeutet, dass die Patient:innen die erste Dosis eines verschriebenen Medikaments anwenden.

Die **Umsetzung** ist das Ausmass, in dem die Medikamentenanwendung vom Beginn bis zur letzten Dosis dem verordneten Schema entspricht.

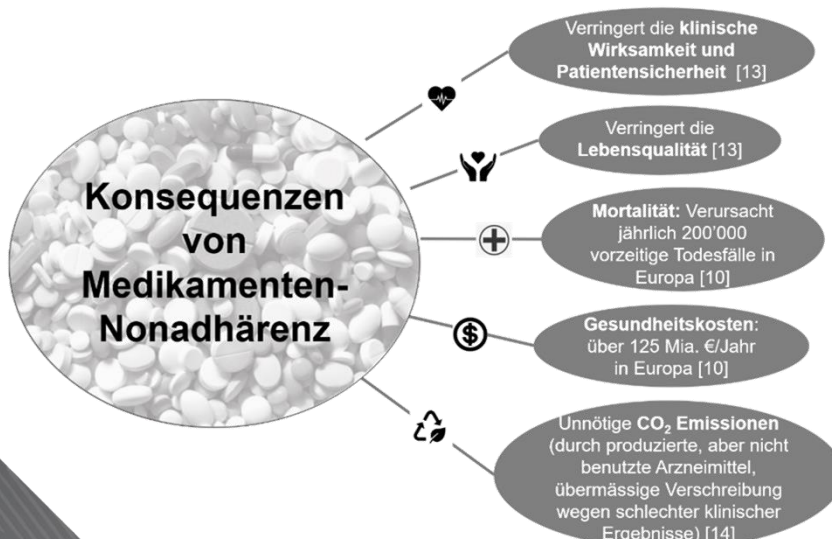
**Therapieabbruch** liegt vor, wenn die Anwendung des verordneten Medikaments früher als geplant abgebrochen wird, aus welchen Gründen auch immer [1, 2].

In der Schweiz nehmen 50% der Bevölkerung im Alter von  $\geq 15$  Jahren mindestens ein Medikament pro Woche ein [5]. Etwa 17% der erwachsenen Schweizer Bevölkerung sind von Polypharmazie betroffen, was bedeutet, dass sie sie regelmässig  $\geq 5$  Medikamente anwenden [6]. Im Alter von 65-80 Jahren sind 45% von Polypharmazie betroffen, bei den 81-92-Jährigen sind es sogar 65% [9].



Menge der über ein Jahr verschriebenen Tablettenblister eines einzelnen nierentransplantierten Patienten [3].

Medikamenten-Nonadhärenz (d. h. die Medikamente werden nicht wie verordnet angewendet) ist allgegenwärtig. Obwohl drei Viertel der Patient:innen mit verordneten Langzeitbehandlungen beginnen, setzen sie 30-50% nicht korrekt um. Darüber hinaus setzen mehr als 50% der Patient:innen die verschriebenen Medikamente innerhalb von zwei Jahren nach Behandlungsbeginn ab [10]. Versicherungsgesellschaften schätzen, dass eine verbesserte Medikamentenadhärenz die Gesundheitskosten um den Faktor vier senken würde [11, 12].



Es gibt zwar Belege für den Umgang mit Medikamenten-Nonadhärenz [4] (z. B. wirksame komplexe Interventionen), doch werden diese oft nicht in der Praxis umgesetzt, so dass Patient:innen und die öffentliche Gesundheit nicht von den wissenschaftlichen Erkenntnissen profitieren können [7, 8].

Bislang gibt es in der Schweiz weder nationale Adhärenzprogramme noch wurden Leitlinien dazu entwickelt, umgesetzt oder evaluiert [7].



### Die ENABLE COST Action

Das Europäische Netzwerk zur Förderung von Best Practices & Technologien zur Medikamentenadhärenz (ENABLE), eine Cooperation in Science and Technology Action (COST, <https://www.cost.eu/actions/CA19132/>), verbindet relevante Akteure in 40 Europäischen Ländern, darunter auch der Schweiz, um gemeinsam auf die Implementierung von Technologien zur Verbesserung der Medikamentenadhärenz in der täglichen klinischen Praxis hinzuwirken.

### Das Schweizer ENABLE Netzwerk

Im März 2022 initiierte die Schweizer ENABLE COST Landesgruppe eine Online-Konferenz um 1) nationale und internationale Akteure zu vernetzen und 2) Prioritäten für Massnahmen zur Verbesserung von Medikamentenadhärenz zu setzen, insbesondere im Hinblick auf die Implementierung von Adhärenz-Interventionen und -Technologien in die klinische Praxis. Das Projekt wurde von der ENABLE Cost Action (19132) und dem Schweizerischen Nationalfonds (IZSEZO\_208877) finanziert.

### Entwicklung eines förderlichen Umfelds für die praktische Implementierung von Adhärenz-Interventionen in der Schweiz: Rahmenbedingungen für den Wandel

Im Rahmen eines Treffens von 75 Forschenden, Gesundheitsfachpersonen, Vertretungen der Gesundheitsbranche und einem politischen Entscheidungsträgern aus 34 Länder wurden die wichtigsten Massnahmen zur Schaffung eines günstigen Umfelds für die Implementierung von Adhärenz-Interventionen in der Schweiz erörtert. Die diskutierten Ideen zur Einleitung des Wandels wurden in einem Rahmenwerk (Abb. 1) festgehalten. Dieses beschreibt relevante Akteure, Bereiche und Hauptziele - einerseits für eine systematische Ausarbeitung von Strategien zur Verbesserung der Medikamentenadhärenz auf nationaler Ebene sowie für die Entwicklung eines **integrierten Gesundheitssystems, in dem die Patient:innen zu Partner:innen** werden.



**Figure 1:** Framework für den Umgang mit Medikamentenadhärenz (MA) in einem multi-level Umfeld: Akteure (im gelben Zentrum), Bereiche (im grünen Rand) und die wichtigsten Ziele (in den weissen Sektoren)





## Prioritäten zur Schaffung eines günstigeren Umfelds für die Entwicklung und nachhaltige Implementierung von Adhärenz-Interventionen

**Umdenken und Verändern der Einstellung** von Patient:innen und der Bevölkerung, Gesundheitsfachpersonen, Gesundheitsorganisationen und anderen Akteuren



- **Sensibilisierung** für die gesundheitlichen und sozialen Vorteile einer gemeinsamen Zielsetzung zur Medikamentenadhärenz
- Förderung der **Forschung und Finanzierung von Massnahmen** im Bereich Medikamentenadhärenz

**Aufbau eines multi-level Umfelds** unter Einbezug von Patient:innen, Angehörigen, Gesundheitsfachpersonen und anderen Akteuren

- **Synergieeffekte:** Befähigung aller Akteure zur interprofessionellen Zusammenarbeit und gemeinsamer Koordination von Massnahmen zur Unterstützung, Monitoring und Förderung der Medikamentenadhärenz.
- **Innovatives Umfeld:** Vernetzung von Fördereinrichtungen, Start-ups und öffentlich-privaten Partner zur Förderung der Entwicklung von Adhärenztechnologien.
- **Finanzielle Unterstützung:** Verhandlung mit Krankenversicherern zur Entwicklung von Erstattungsmodellen, die die Implementierung von evidenzbasierten Massnahmen erleichtern.



**Stärkung des Paradigmas Patienten-als-Partner** als Grundlage für gemeinsame Entscheidungsfindung und therapeutische Sensibilisierung

- **Massgeschneiderte Massnahmen:** Unterstützung der Medikamentenadhärenz basierend auf den individuellen Bedürfnissen, Vorlieben und Möglichkeiten der Patient:innen
- **Aufbau von Vertrauen, Partnerschaften und Kommunikationskanälen zwischen Gesundheitsfachpersonen und Patient:innen:** Verringerung widersprüchlicher Informationen und Gewährleistung der Betreuungskontinuität
- **Training von Gesundheitsfachpersonen:** Aufbau von Kompetenzen zur Verhaltensänderung und interprofessionellen Kompetenzen
- **Integrierte, digital unterstützte Versorgungsmodelle:** Schaffung eines förderlichen Klimas für die Entwicklung von Innovationen (z. B. Digitalisierung im Gesundheitswesen)



**Monitoring der Medikamentenadhärenz und ihrer Einflussfaktoren** in der täglichen Praxis als Grundlage für klinische Entscheidungen

- **Klinische Praxis:** Medikamentenadhärenz als 5. Vitalzeichen der Patient:innen erfassen
- **Gesundheitssystem:** Medikamentenadhärenz als Indikator für die Versorgungsqualität nutzen
- **Technologie:** Entwicklung an den Bedürfnissen und Präferenzen der Patient:innen und Gesundheitsfachpersonen ausgerichtet



Investition in den Transfer **von Forschungsergebnissen in der Praxis**



- **Wirksame komplexe Adhärenz-Interventionen** in unterschiedlichen Sektoren
- **Implementierungsforschung:** Unterstützung der Übernahme von Forschungsergebnissen in der klinischen Praxis [15]



## Empfehlungen zur Ausweitung der Bemühungen im Bereich Medikamentenadhärenz auf alle Berufe des Gesundheitswesens gemäss der Schweizer Strategie Gesundheit2030 [16]

1

Die wichtigsten interprofessionellen **Akteure** müssen **identifiziert und vernetzt** werden, um die Medikamentenadhärenz im multi-level Ökosystem anzugehen und entsprechende kontextspezifische Massnahmen sowie langfristige Qualitätsindikatoren festzulegen.

Anstrengungen im Hinblick auf die Entwicklung und Implementierung von **koordinierten Versorgungsmodellen** müssen verstärkt und so gestaltet werden, dass sie das Management der Medikamentenadhärenz unterstützen.

**Technologische Innovationen** (z. B. elektronische Gesundheitsakten, Telekonsultation), neue Technologien (z. B. digitale Medikamentenboxen) und Methoden (z. B. künstliche Intelligenz) sollten adaptiert werden, um die Durchführung der Massnahmen zu erleichtern.

Die **Technologiekompetenz** muss auf allen Ebenen verbessert werden, auch bei den Patient:innen und den Gesundheitsfachpersonen.

2

3

Um in der Schweiz die Implementierung von Evidenz zu Medikamentenadhärenz in die klinische Praxis zu unterstützen, müssen kontextspezifische **Implementierungsstrategien** (z.B. Einbezug der Patient:innen) mit einem multi-level Ansatz integriert werden.

**Es werden Förderprogramme** benötigt, die die Forschung zu Medikamentenadhärenz unterstützen. Es sollten Finanzierungsoptionen geschaffen werden, die es Forschenden ermöglichen und sie dazu ermutigen, ihren Fokus von der Wirksamkeitsforschung auf die Evaluierung der Implementierung und von Implementierungsstrategien für Adhärenz-Interventionen in der klinischen Praxis zu erweitern.

4

5

Synergien zwischen **Bottom-up- und Top-down-Ansätzen**, öffentlichen und privaten Initiativen sowie berufsübergreifender Zusammenarbeit sind erforderlich, um die Wirkung von Massnahmen zur Förderung der Medikamentenadhärenz zu maximieren und den Wandel voranzutreiben.





## Fazit

Dieser Policy Brief stützt sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse, Expertenwissen und interprofessionelle Erfahrungen, um Prioritäten in Bezug auf Medikamentenadhärenz als wichtiges Problem der öffentlichen Gesundheit zu definieren. Es sind multi-level Ansätze erforderlich, um einen Transfer von Evidenz zur Verbesserung der Medikamentenadhärenz in der Praxis zu ermöglichen.

Zunächst sind die folgenden drei Schritte erforderlich, um das Bewusstsein für das Thema Medikamentenadhärenz zu schärfen:

- **Schaffung der Grundlagen für Gesundheitsökosysteme zur Unterstützung der Medikamentenadhärenz;**
- **Implementierung wirksamer Adhärenz-Interventionen in der täglichen klinischen Praxis;**
- **Förderung der Erforschung von Technologien zur Verbesserung der Medikamentenadhärenz**

Diese ersten strategischen Schritte sind notwendig, um die Forschungsaktivitäten, Politik und Implementierung von Adhärenz-Interventionen in der Schweiz zu unterstützen.





Januar 2023

**Für weitere Informationen kontaktieren Sie bitte:**

Prof. Dr. Sabina De Geest: [sabina.degeest@unibas.ch](mailto:sabina.degeest@unibas.ch)

Prof. Dr. Marie P. Schneider: [marie.schneider@unige.ch](mailto:marie.schneider@unige.ch)

**AUTHOR:INNEN**

Janette Ribaut<sup>1,2\*</sup> & Carole Bandiera<sup>3,4\*</sup>, Kate Molesworth<sup>5</sup>, Alexandra L. Dima<sup>6</sup>, Samuel S. Allemann<sup>7</sup>, Kabeza Kalumiya<sup>8</sup>, Fabian Käser<sup>9</sup>, Melvin Skip Olson<sup>10</sup>, Michel Burnier<sup>11</sup>, Job F.M. van Boven<sup>12,13</sup>, Thomas Szucs<sup>14</sup>, Ira Wilson<sup>15</sup>, Marie Paule Schneider<sup>3,4°</sup> & Sabina De Geest<sup>1,16°</sup> (\* geteilte Erstautorenschaft / ° geteilte Letztautorenschaft)

<sup>1</sup>Pflegewissenschaft, Department Public Health, Medizinische Fakultät, Universität Basel, Basel, Schweiz

<sup>2</sup>Department Hämatologie, Universitätsspital Basel, Schweiz

<sup>3</sup>School of Pharmaceutical Sciences, Universität Genf, Genf, Schweiz

<sup>4</sup>Institute of Pharmaceutical Sciences of Western Switzerland, Universität Genf, Universität Lausanne, Genf, Schweiz

<sup>5</sup>Swiss Centre for International Health, Swiss Tropical and Public Health Institute, Universität Basel, Basel, Schweiz

<sup>6</sup>Research and Development Unit, Institut de Recerca Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, Spanien

<sup>7</sup>Pharmaceutical Care, Department of Pharmaceutical Sciences, Universität Basel, Basel, Schweiz

<sup>8</sup>Patient-as-partner project, Universitätsspital Genf

<sup>9</sup>Innosuisse, Schweiz

<sup>10</sup>Real World Data Strategy & Innovation, Novartis Pharma AG, Basel, Schweiz

<sup>11</sup>Faculty of Biology and Medicine, Universität Lausanne, Lausanne, Schweiz

<sup>12</sup>Department of Clinical Pharmacy & Pharmacology, University Medical Center Groningen, University of Groningen, Groningen, Niederlanden

<sup>13</sup>Medication Adherence Expertise Center of the northern Netherlands (MAECON), Groningen, Niederlanden

<sup>14</sup>European Centre of Pharmaceutical Medicine, Universität Basel, Basel, Schweiz

<sup>15</sup>Department of Health Services, Policy & Practice, Brown University School of Public Health, Providence, RI, USA.

<sup>16</sup>Academic Center for Nursing and Midwifery, Department of Public Health and Primary Care, KU Leuven, Leuven, Belgien





## REFERENZEN

1. Vrijens, B., et al., *A new taxonomy for describing and defining adherence to medications*. British journal of clinical pharmacology, 2012. **73**(5): p. 691-705.
2. Haag, M., et al., *The ABC taxonomy for medication adherence translated into French and German*. British journal of clinical pharmacology, 2020. **86**(4): p. 734-744.
3. Ambühl, P.M., *Surviving the pills and the doctor!* Nephrology Dialysis Transplantation, 2005. **20**(6): p. 1267-1268.
4. Nieuwlaat, R., et al., *Interventions for enhancing medication adherence*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014(11).
5. Office-Federal-de-la-Statistique, *Enquête suisse sur la santé 2017: Une personne sur deux en Suisse prend des médicaments chaque semaine*. 2019.
6. Blozik, E., et al., *Polypharmacy and potentially inappropriate medication in the adult, community-dwelling population in Switzerland*. Drugs & aging, 2013. **30**(7): p. 561-568.
7. Kostalova, B., et al., *Medication adherence interventions in transplantation lack information on how to implement findings from randomized controlled trials in real-world settings: A systematic review*. Transplantation Reviews, 2021: p. 100671.
8. Zullig, L.L., et al., *Moving from the trial to the real world: improving medication adherence using insights of implementation science*. Annual review of pharmacology and toxicology, 2019. **59**: p. 423-445.
9. Rachamin, Y., et al., *Prescription Rates, Polypharmacy and Prescriber Variability in Swiss General Practice-A Cross-Sectional Database Study*. Front Pharmacol, 2022. **13**: p. 832994.
10. Khan, R. and K. Socha-Dietrich, *Investing in medication adherence improves health outcomes and health system efficiency: adherence to medicines for diabetes, hypertension, and hyperlipidaemia*. 2018.
11. pharmaSuisse, *faits et chiffres Pharmacies suisses*. 2021.
12. Santésuisse, *Info Santé Suisse, Das Magazin der Schweizer Krankenversicherer*, 06/2012, Editor. 2012.
13. Sabate, E., *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization (WHO). 2003.
14. Richie, C., *Environmental sustainability and the carbon emissions of pharmaceuticals*. J Med Ethics, 2021.
15. Peters, D.H., et al., *Implementation research: what it is and how to do it*. Bmj, 2013. **347**.
16. Der Bundesrat, *Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030*. 2019.

