

Veröffentlichungsreihe des
Instituts für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)

ISSN 1435-408X

P07-134

Bewältigung komplexer Medikamenten-
regime bei chronischen Erkrankungen
– Herausforderungen aus der Sicht der
Gesundheitsprofessionen

Doris Schaeffer, Gabriele Müller-Mundt,
Jörg Haslbeck

Bielefeld, Februar 2007

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)
Universitätsstr. 25
D-33615 Bielefeld

Telefon: (0521) 106 - 6880

Telefax: (0521) 106 - 6437

E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de

Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>

Abstract

Obgleich Medikamente ein Eckpfeiler der Therapie bei chronischer Krankheit sind, ist die Arzneimittelversorgung gerade bei älteren, an multiplen Gesundheitsbeeinträchtigungen leidenden Patienten oft alles andere als optimal. Reformbemühungen konzentrieren sich bislang weitgehend auf die Verbesserung der Arzneimittelsicherheit und des ärztlichen Ordnungsverhaltens und zielen damit vorrangig auf die Ärzte und die Apotheker. In dem Projekt, aus dem hier berichtet wird, richtet sich der Blick noch auf eine andere Profession, auf die ambulante Pflege. Gefragt wird nach ihren Potenzialen zur Optimierung der Medikamentenversorgung und danach, wie sie bei chronisch kranken Patienten zur Unterstützung der vielfältigen Herausforderungen beitragen kann, die komplexe Medikamentenregime im Alltag aufwerfen, und wie sie deren Selbstmanagement verbessern kann. Um diese Frage zu beantworten, wurde eine zweischrittige, mehrperspektivische empirische Untersuchung durchgeführt. In einem ersten Schritt erfolgte eine Expertenbefragung, in deren Rahmen (Haus-)Ärzte, Apotheker und ambulante Pflegekräfte nach ihrer Problemwahrnehmung und ihren Interventionspotenzialen bei der Bewältigung von komplexen Medikamentenregimen befragt wurden. In einem zweiten Schritt wurden auf der Basis einer Patientenbefragung Fallverläufe von chronisch erkrankten Patienten mit komplexen Medikamentenregimen erhoben.

In dem vorliegenden Bericht stehen die Ergebnisse der Expertenbefragung im Mittelpunkt. Damit werden Teilergebnisse der ersten Phase des vom BMBF geförderten Forschungsvorhabens „Alltagsnahe Förderung der Adhärenz und des Selbstmanagements chronisch erkrankter Patienten mit komplexen Medikamentenregimen“ dargestellt. Das Projekt gehört zum Pflegeforschungsverbund NRW „Patientenorientierte Pflegekonzepte zur Bewältigung chronischer Krankheit“ (Förderkennziffer: 01GT0315).

Der Aufbau des Berichts stellt sich folgendermaßen dar: Ausgehend von einem kurzen Problemaufriss wird die jeweilige Problemwahrnehmung der niedergelassenen (Haus-)Ärzte, Apotheker und der ambulanten Pflegekräfte analysiert und danach gefragt, welches die aus ihrer Sicht wichtigsten Herausforderungen und Interventionserfordernisse des Managements komplexer Medikamentenregime sind, über welche Interventionspotenziale sie verfügen und welche Grenzen ihnen gesetzt sind. Die Ergebnisse werden abschließend mit Blick auf die Frage danach gebündelt, wie ein wirksames Interventionskonzept zur Adhärenz- und Selbstmanagementförderung, das dem Bedarf und den Bedürfnissen der Patienten an Unterstützung gerecht wird, konturiert sein sollte.

Inhalt

1. Einleitung	1
2. Methodisches Vorgehen und Datenbasis	4
3. Problemsicht der professionellen Akteure	7
3.1 Die Sichtweise der Ärzte: Ärztliche Praxis im Spannungsfeld zwischen Patientenführung und Partizipation	7
3.2 Die Perspektive der Apotheker: Potenziale und Grenzen der (Arzneimittel-)Beratung	33
3.3 Die Sichtweise der Pflege: Unterstützungserfordernisse und -potenziale im Alltag	48
4. Diskussion der Ergebnisse: Konsequenzen für die Entwicklung eines Interventionskonzepts zur Selbstmanagementförderung	80
5. Literatur	99

1. Einleitung

Die Medikamentenversorgung ist in den letzten Jahren zu einer wichtigen Fragen in der öffentlichen Debatte über das Gesundheitswesen geworden. Es vergeht kaum ein Tag, an dem keine Nachricht über steigende Arzneimittelausgaben in den Medien zu finden ist und nicht zugleich beklagt wird, dass die Medikamentenversorgung vielfach ohne die gewünschten Effekte bleibt. So zeigt ein Blick auf die Verbrauchszahlen von Arzneimitteln, dass in der Primärversorgung schätzungsweise bei jedem Arztbesuch mindestens ein Medikament verordnet wird. Allein für die Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde der Arzneimittelverbrauch für das Jahr 2003 auf insgesamt 749 Mio. Packungen beziffert, was einem Ausgabenvolumen von 2,5 Mrd. Euro entspricht (Schwabe/Pfaffrath 2004). Im Jahr 2004 kam es in Folge des GKV-Modernisierungsgesetz (GMG 2004)¹ zu einer vorübergehenden Ausgabensenkung. Doch schon im ersten Halbjahr 2005 stiegen die Verbrauchszahlen erneut an und dieser Trend setzte sich in der Folgezeit fort (Glaeske/Janhsen 2006, Schwabe/Pfaffrath 2005, 2007). Insgesamt ist also weiterhin von hohen Verbrauchszahlen und Ausgaben für Arzneimittel auszugehen².

Hohe Verbrauchszahlen und Ausgaben sind allerdings kein Indiz für einen effektiven Ressourceneinsatz, wie das letzte Gutachten des Sachverständigenrats zur Beobachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens (SVR 2005) zeigt. Sogar gegenteilig, in ihm werden erhebliche Zweifel an einer „rationalen“ Arzneimitteltherapie der Ärzte geäußert. Auch vorliegende Befunde der Compliance- und Adhärenzforschung lassen den Schluss zu, dass die Einhaltung komplexer Medikamentenregime bei chronischen Krankheiten mit zahlreichen Problemen behaftet ist (WHO 2003). Die durch unzureichende Compliance verursachten Kosten schlagen hier-

¹ Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG 2004) wurden erstmals weitgehende Maßnahmen zur Regulierung des Arzneimittelmarktes und der Verordnungspraxis eingeleitet (Erweiterung der Aut-idem-Regelung, Effektivitätsnachweis für Arzneimittel und Prüfung der indikationsbezogenen Verordnungsfähigkeit durch den Gemeinsamen Bundesausschuss/GB-A). Verbunden mit einer Erhöhung der Eigenbeteiligung der Versicherten (Einführung der Praxisgebühr, höhere Zuzahlungen für Arzneimittel) konnte der Arzneimittelverbrauch im Jahr 2004 mit 570 Mrd. Packungen gegenüber dem Vorjahr um nahezu ein Viertel und die Gesamtausgaben der GKV für Arzneimittel auf 21,8 Mrd. Euro gesenkt werden (Schwabe/Pfaffrath 2005). Allerdings wurde bereits im ersten Halbjahr 2005 ein erneuter Anstieg der Verbrauchszahlen konstatiert. Dieser Trend hat sich in der Folgezeit fortgesetzt (Glaeske/Janhsen 2006; Schwabe/Pfaffrath 2007).

² Die vom SVR (2005, 565 ff.) vorgelegte Analyse verdeutlicht, dass nach der Einführung von Maßnahmen zur Kostendämpfung im Kontext gesundheitspolitischer Reformbestrebungen seit Ende der 1980er-Jahre, wie die Einführung von Festbeträgen (GRG 1989) und der Budgetierung (GSG 1993), die Erhöhung der Rezeptgebühren bzw. Zuzahlungen für Medikamente (2. GKV-NOG 1997), die Arzneimittelausgaben der GKV jeweils nur „kurzzeitig“ gesunken sind, d. h. während im Jahr der Einführung der Neuregelungen die GKV-Arzmittelausgaben je Mitglied rückläufig waren, wiesen sie in den darauf folgenden Jahren wiederum deutliche Zuwachsraten auf.

zulande jährlich mit schätzungsweise rd. 10 Mrd. Euro zu Buche (ABDA 2003; SVR 2005).

Diese wenigen Fakten deuten an, dass die Medikamentenversorgung seit geraumer Zeit zum Problem geworden ist und der Veränderung bedarf (Glaeske 2003, 2005; SVR 2005, 555 ff.). Erste Schritte dazu sind im Zuge des GMG 2004 erfolgt. Sie setzen allerdings vorrangig auf der Ebene der Verordnungspraxis an und suchen durch Wirtschaftlichkeitsanreize Einsparpotenziale zu erschließen (Glaeske 2004)³. Dennoch ist unübersehbar, dass die bisher verfolgten Strategien zur Optimierung der Arzneimittelversorgung nicht ausreichen und die Versorgungsgestaltung in diesem Bereich weitergehender Veränderungen bedarf.

Bei der Suche nach Wegen, wie dabei künftig zu verfahren ist, fällt der Blick (wie auch das GMG 2004 zeigt) zumeist auf die Ärzte oder aber die Apotheker. In dem Projekt, aus dem hier berichtet wird, richtet sich der Blick noch auf eine andere Profession, auf die *ambulante Pflege*. Gefragt wird nach ihren Potenzialen zur Optimierung der Medikamentenversorgung. Konkret interessiert, wie sie bei chronisch kranken (alten) Patienten zur Unterstützung der vielfältigen Herausforderungen beitragen kann, die komplexe Medikamentenregime für sie im Alltag aufwerfen, und wie sie deren Selbstmanagement verbessern kann.

Die Fragestellung dieser Untersuchung ist nicht unbedingt neu. Die Frage, welche Herausforderungen mit der Bewältigung des Medikamentenregimes bei chronischer Erkrankung verbunden sind, wurde in unterschiedlichsten Studien seit den 1970er Jahren verfolgt. Doch haben sich seither die Kontextbedingungen verändert und das in mehrfacher Hinsicht: so haben sich nicht nur, wie soeben angedeutet, die Strukturen und Bedingungen der Medikamentenversorgung durch gesundheitspolitische Steuerungs- und Reformversuche weitgreifend verändert, sondern auch Bedeutung und Position einzelner Gesundheitsprofessionen verschoben (z. B. Bedeutungszuwachs der Hausärzte, Professionalisierungsbestrebungen der Pflege). Doch auch die Patientenrolle unterliegt seit einiger Zeit einem unübersehbaren Wandel. In Abkehr vom benevolenten Paternalismus werden Patienten nicht mehr als passive Leistungsempfänger betrachtet, sondern als Ko-Produzenten ihrer Gesundheit (Donabedian 1992). Damit einhergehend haben Selbstverantwortung, neue Partizipationsmöglichkeiten – etwa bei Therapie- und Versorgungsentscheidungen – und auf Autonomie, Eigenkompetenz und Aktivierung setzende Konzepte und Versorgungsstrategien an Bedeutung gewonnen. Ein mit der Verschiebung der traditionellen Patientenrolle einhergehender Kompetenzzuwachs steht jedoch noch aus, und zwar sowohl bei den professionellen Akteuren als auch bei den Patienten (Rosenbrock 2001; Hurrelmann 2001). Weitaus wichtiger ist, dass es vielfach noch an tragfähigen *Konzepten* dafür mangelt, wie in geeigneter Weise zur Förderung und Stärkung der Patientenautonomie und Selbstmanagementfähigkeit beigetragen werden kann und

³ Konkret sollen Einsparungen durch einen stärkeren Rückgriff auf Generika erwirkt werden. Exemplarisch dafür steht das im Frühjahr 2006 in Kraft getretene Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) vom 26. April 2006 und die mit Wirkung zum 1. Juli 2006 erfolgte Befreiung der Versicherten von der Zuzahlung beim Rückgriff auf besonders kostengünstige Analogpräparate. Mit dieser Regelung ist die Intention verbunden, die Akzeptanz der Generika und damit der Aut-idem-Regelung auf Patientenseite zu erhöhen.

dies gilt auch für den Bereich der Medikamentenversorgung. Denn auch hier wird seit langem angemahnt, der gewandelten Patientenrolle Rechnung zu tragen. Jedoch fehlt es noch – wie ein Blick auf die Compliance bzw. Adhärenz-Debatte zeigt – an geeigneten und tragfähigen Konzepten und Strategien (vgl. exemplarisch Dybowski 2005, Haynes 1986; Ludwig 2005, Petermann 1998, Trostle 1997; Vermeire et al. 2001; WHO 2003). Angesichts dieser Kontext- und auch Konstellationsveränderung sind neue Studien nötig, weil sich ein „altes“ Forschungsthema inzwischen „neu“ darstellt.

Eben hier ist das vorliegende Forschungsvorhaben einzuordnen: es greift ein altes Thema auf, allerdings mit neuer Akzentsetzung, denn der Fokus richtet sich – wie erwähnt – besonders auf die *ambulante Pflege und die Patienten*. Zwei Annahmen sind für den Zugriff der Studie konstitutiv:

- Zwar wird davon ausgegangen, dass die Medikamentenversorgung multiprofessionell zu gestalten ist und ergo wurden auch alle entscheidend an ihr beteiligten Gesundheitsprofessionen in die Untersuchung einbezogen. Doch wird der *Pflege* ein besonderer Stellenwert eingeräumt und das aus gutem Grund. Denn – so die empirisch begründete Ausgangsthese – ein Grossteil der mit komplexen Medikamentenregimen für die Patienten einhergehenden Probleme wird im *Alltag* manifest und ist daher für die meisten Gesundheitsprofessionen (so auch für die Ärzte und Apotheker) nicht oder nur bedingt sichtbar. Da die ambulante Pflege direkt im Alltag der Patienten tätig ist, hat sie Einblick in die sich dort stellenden Schwierigkeiten wie auch in die dort sichtbaren Interventionserfordernisse und -möglichkeiten. Daher dürfte sie – so eine weitere Ausgangsthese – die geeignete Interventionsinstanz sein. Die Akzentsetzung auf die ambulante Pflege hat einen weiteren Grund, der nicht unerwähnt bleiben soll: Denn auch und gerade im deutschen Gesundheitssystem ist es überfällig, die der Pflege innewohnenden, hierzulande noch weitgehend brachliegenden Potenziale zur Optimierung der Versorgungsgestaltung besser auszuschöpfen.
- In dem vorliegenden Projekt wird außerdem der *Patientenperspektive* – dem Erleben und der Problemsicht der Patienten – besondere Beachtung geschenkt und damit eine in der Compliance- bzw. Adhärenzdebatte seit langem und immer wieder neu erhobene Forderung aufgegriffen (Conrad 1985, Roberson 1992; Dybowski 2005; Ludwig 2005; Petermann 1998; WHO 2003). Gefragt wird, welche Herausforderungen der Umgang mit komplexen Medikamentenregimen im Verlauf des oft langen und sich immer wieder anders darstellenden Krankheitsgeschehens aus ihrer Sicht im Alltag aufwirft (Corbin/Strauss 2004; Schaeffer 2004; Dybowski 2005). Dabei wird zugleich nach Möglichkeiten Ausschau gehalten, wie die Patienten in den *sich ihnen stellenden und von ihnen artikulierten Problemen* alltagsnah unterstützt und in ihrer Eigenaktivität und ihrem Selbstmanagement zur Bewältigung komplexer Medikamentenregime gefördert werden können. Ebenso gilt das Interesse der Frage, welcher Konzepte und Strategien es seitens des Versorgungswesens bzw. der Gesundheitsprofessionen bedarf, um der gewandelten Patientenrolle zu entsprechen und zur Kompetenz- bzw. Selbstmanagementförderung der Patienten beizutragen.

2. Methodisches Vorgehen und Datenbasis

Um diese Fragen zu beantworten, erfolgte eine zweischrittige, qualitativ angelegte Untersuchung. Erhoben und ausgewertet wurden:

- (1) *Fallverläufe* von chronisch erkrankten Patienten mit komplexen Medikamentenregimen, hierfür wurden jeweils leitfadengestützte Interviews mit den Patienten zu drei Erhebungszeitpunkten im Abstand von fünf bis sechs Monaten durchgeführt (24 Patientenfallstudien) durchgeführt.
- (2) *Experteninterviews* mit professionellen Akteuren in der ambulanten Versorgung.

Im Mittelpunkt dieses Berichts steht der zweite Untersuchungsschritt: die *Expertenbefragung*. Dargestellt und analysiert werden die Ergebnisse der Befragung von Vertretern unterschiedlicher Gesundheitsprofessionen (niedergelassene Ärzte und Apotheker sowie ambulant tätige Pflegekräfte) darüber, wie sich ihnen die Medikamentenversorgung darstellt, wie sie die sich chronisch Kranken stellenden Herausforderungen und Probleme wahrnehmen und einschätzen, wenn es um das alltägliche Management des Medikamentenregimes geht und welche Optimierungs- und Kompetenzförderungspotenziale aus ihrer Sicht insbesondere im ambulanten Sektor gegeben sind. Dabei bestand das *Ziel* u. a. darin, die unterschiedlichen professionellen *Perspektiven* (Problemwahrnehmungen und -sichtweisen) auf die hier im Zentrum stehende Frage herauszuarbeiten, zu ermitteln, welche Interventionserfordernisse sich aus Sicht der unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen stellen und auszuloten, auf welches Bedingungsgefüge die Implementation eines neuen Interventionskonzepts stößt, in dem der Pflege ein entscheidender Part zugewiesen wird.

Da in diesem Bericht der zweite Untersuchungsschritt im Mittelpunkt steht, beschränken sich auch die nachfolgenden methodischen Ausführungen ausschließlich auf diesen Teil der Untersuchung.

Das *Ziel* der Experteninterviews bestand darin, das Erfahrungswissen zum medikamentenbezogenen Selbstmanagement der Patienten aus der Versorgungsroutine heraus zu erfassen, die sich aus professioneller Sicht stellenden Unterstützungserfordernisse und Optimierungspotenziale zu eruieren, und auch die jeweilige professionelle Problemsicht zu analysieren. Um dies zu ermöglichen wurden *leitfadengestützte Interviews* durchgeführt. Sie konzentrierten sich thematisch auf die jeweilige professionelle Einschätzung des Adhärenz- und Selbstmanagementverhaltens chronisch erkrankter Patienten und der Bedeutung ihres sozialen Umfeldes, auf die alltäglichen Versorgungsroutinen der befragten Gesundheitsprofessionen im Umgang mit Adhärenzproblemen sowie die aus ihrer Sicht bestehenden Probleme und Optimierungspotenziale der Medikamentenversorgung⁴.

⁴ Die im Leitfaden abgesteckten Themen umfassten die folgenden Fragenkomplexe:

Welche Bedeutung kommt komplexen Medikamentenregimen in der Versorgung chronisch erkrankter Patienten zu und wie stellt sich die Versorgungssituation aus Sicht der Gesundheitsprofessionen jeweils dar?

Die Datenerhebung erfolgte überwiegend in zwei Versorgungsregionen in Nordrhein-Westfalen (Ostwestfalen und Rheinland). Die Interviews wurden im Zeitraum von Sommer 2004 bis Frühjahr 2006 durchgeführt. Es wurden insgesamt 26 Experteninterviews mit in der ambulanten Versorgung tätigen professionellen Akteuren durchgeführt⁵. Befragt wurden:

- *acht niedergelassene Ärzte* (weiblich: n=3) mit langjähriger Erfahrung in der Primärversorgung, darunter fünf Ärzte aus den Bereich der hausärztlichen Versorgung mit kardiologischem Schwerpunkt und zwei Ärzte aus dem Bereich der HIV/Aids-Versorgung (durchschnittliche Berufserfahrung: 19 Jahre).
- *fünf Apotheker* (weiblich: n=2) mit einer durchschnittlichen Berufserfahrung im Bereich der öffentlichen Apotheken von 13 Jahren, darunter ein Apotheker mit einer ausgewiesenen Expertise in der medikamentösen Therapie von HIV-Infektionen/Aids.
- *zehn Pflegekräfte* (weiblich: n=8) aus dem Bereich der häuslichen Pflege darunter Pflegekräfte aus Spezialpflegediensten für an Aids erkrankte Menschen, und eine Pflegekraft mit mehrjähriger Erfahrung in der psychiatrischen Versorgung. Entsprechend der Personalstruktur im ambulanten Sektor verfügen sie über unterschiedliche Ausbildungsabschlüsse (Kranken-, Alten- und Heilerziehungspflege) und über eine durchschnittlichen Berufserfahrung von 11 Jahren⁶.

Parallel zur Erhebung begann die *Datenaufbereitung und -auswertung*. Die Datenaufbereitung umfasste Schritte wie die Protokollierung, Transkription⁷ und Sequenzierung der Interviewtexte. Die Datenauswertung

Welche Schwierigkeiten werfen komplexe Medikamentenregime im Alltag auf und welche Bewältigungsstrategien ergreifen die Patienten?

Welcher Rolle kommt dem primären sozialen Netz mit Blick auf das Selbstmanagement der Medikamentenregime und das Adhärenzverhalten im Alltag zu?

Welche Unterstützungserfordernisse und Defizite bestehen in der Versorgungspraxis? Welche Rolle nehmen die einzelnen Gesundheitsprofessionen in der Versorgung wahr und wie gestalten sich die Kooperationserfordernisse in der Versorgung chronisch erkrankter Patienten speziell mit Blick auf das langfristige Management chronischer Krankheit und komplexer Medikamentenregime?

Welche (pflegerischen) Interventionen sind für eine gezielte Unterstützung des Selbstmanagements und der Adhärenz geeignet und welche Voraussetzungen müssen für ihre Umsetzung gegeben sein?

⁵ Ergänzend wurden Experteninterviews mit drei in der *Patientenberatung* tätigen professionellen Akteuren durchgeführt, die über eine langjährige Berufserfahrung in Beratungseinrichtungen verfügen. Anzumerken ist ferner, dass ein Interviewpartner aus dem Kreis der niedergelassenen Ärzte aufgrund einer kurz vor dem (Erst-)Interview manifest gewordenen schweren kardiologischen Erkrankung als „selbstbetroffener professioneller Experte“ interviewt wurde.

⁶ Für die Kodierung der Experteninterviews wurden – differenziert nach Berufsgruppenzugehörigkeit – fortlaufende Zahlencodes verwendet: AP Oxy=Apotheker, AR Oxy=niedergelassener Arzte, PF Oxy=ambulant tätige Pflegekraft, SP Oxy= in der Patientenberatung tätiger Sozialpädagoge/Psychologe.

⁷ Die Interviews wurden in Orientierung an erprobte Transkriptionsregeln vollständig transkribiert: [= Überlappen von Redebeiträgen; (4) = längere Pause, Dauer in Sekunden; normal = Betonung eines Wortes; (!) = Stimme he-

und -analyse erfolgte unter Rückgriff auf die Strategie der themenbezogenen Analyse in Orientierung an Meuser und Nagel (2002). Ergänzend wurde eine am Material orientierte Entwicklung von Auswertungskategorien vorgenommen, die für die weitere Analyse der Interviewdaten leitend waren (s. auch Gläsel/Laudel 2004; Schmidt 1997; Strauss 1994).

Die Ergebnisse der Analyse werden nachfolgend dargestellt. Dabei werden die befragten Gesundheitsprofessionen nacheinander abgehandelt, um die Spezifik der Problemwahrnehmung und des Problemzugriffs sowie schließlich auch der jeweils gesehenen professionellen Potenziale klar herausarbeiten zu können. Diese Zugriffsweise mag aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht ganz glücklich erscheinen, dennoch schien sie – wie sich im Zuge der Analyse herauskristallisierte – angemessen und sinnvoll zu sein, weil sich die Perspektiven und Problemwahrnehmungen der befragten Gesundheitsprofessionen deutlich unterscheiden. Wir beginnen mit den Ärzten, dann folgen die Apotheker und anschließend die ambulante Pflege.

ben; . = Stimme senken; (?) = Frageintonation; () = unverständlich; (von der) = unklare Transkription; ((lacht)) = Kommentar der Transkribierenden.

3. Problemsicht der professionellen Akteure

Vorab sei angemerkt, dass die Medikamentenversorgung und das Management der Medikamentenregime chronisch kranker Patienten von allen befragten Gesundheitsprofessionen als unbefriedigend angesehen, ja sogar als ein zentrales Versorgungsproblem eingeschätzt wird, das dringend der Lösung harret. Dennoch sind die Problemwahrnehmungen sehr unterschiedlich und auch die professionell jeweils gesehenen Lösungsvorstellungen variieren von Profession zu Profession. Dabei ist auffällig, dass sich die befragten Gesundheitsprofessionen bei der Lösungssuche auf sich selbst und die eigene Aufgabenstellung konzentrieren und es ihnen schwer fällt, eine professionsübergreifende Perspektive einzunehmen. Und ebenso schwer fällt es ihnen offenbar, Lösungsansätze von den sich den Patienten stellenden Problemen her zu denken. Dies kann einerseits als Ausdruck des den Gesundheitsprofessionen attestierten Professionsseparatismus interpretiert werden, der unter den kammerverfassten „klassischen“ Professionen im Gesundheitswesen offenbar besonders ausgeprägt ist. Zugleich deutet sich hierin an, wie schwierig es für die professionellen Akteure ist, einen Perspektivwechsel zu vollziehen, wie er für eine an den Unterstützungserfordernissen der Patienten ausgerichtete Versorgung chronisch unerlässlich ist (Höhmman et al. 1998, Schaeffer 1998, 2004).

3.1. Die Sichtweise der Ärzte: Ärztliche Praxis im Spannungsfeld zwischen Patientenführung und -partizipation

(Haus-)Ärzte sind im Gesundheitswesen die zentrale Anlaufstelle und primäre Vertrauensinstanz für die Patienten (Schaeffer 2004; Schaeffer/Dierks 2006; Coulter/Magee 2003, 31 ff.; Wasem 1999) und dies entspricht auch dem professionellen Selbstverständnis der niedergelassenen Ärzte. Wie die Experteninterviews eindrucksvoll unterstreichen, verstehen sie sich als *die* Experten und *die* Betreuungs- und Koordinationsinstanz für die Versorgung chronisch Erkrankter – auch dann, wenn es um die Bewältigung komplexer Medikamentenregime geht. Dabei agieren sie – wie zu sehen sein wird – auf der Grundlage unterschiedlicher Rollenmuster, deren Spektrum von dem traditionellen, paternalistisch orientierten bis hin zu einem partnerschaftlichen Rollenverständnis reicht (von Uexküll/Wesiak 1990; Feuerstein/Kuhlmann 1999; Hurrelmann 2006; von Troschke 2001). Doch unabhängig davon, welchem Rollenverständnis sie folgen – fast ausnahmslos zeichnen sich die mit ihnen geführten Interviews durch eine *arztzentrierte* Erörterung der angesprochenen Themen aus. Damit in Einklang steht, dass Probleme der *ärztlichen* Patientenführung Kernthemen ihrer Ausführungen bilden und ebenso, dass die Probleme, die chronische Erkrankungen und komplexe Medikamentenregime für die *Patienten* mit sich bringen und die sie in ihrem Alltagsleben aufwerfen, relativ blass bleiben. Sogar gegenteilig, der Blick auf die Patienten ist tendenziell „alltagsfern“. Dies dürfte u. a. den kommunikativen Rahmenbedingungen in der Praxis niedergelassener Ärzte geschuldet sein. Nehmen wir daher auch diese mit in den Blick, wenn es nun um die Frage geht, mit welchen Herausforderungen die Bewältigung komplexer Medikamentenregime aus der Sicht niedergelassener Ärzte verbunden ist. Zunächst zu ihrer Einschätzung der Relevanz der aufgeworfenen Problematik.

Zur Bedeutung komplexer Medikamentenregime bei chronischer Krankheit und den kommunikativen Besonderheiten in der Arztpraxis

Aufgrund des soziodemografischen Wandels hat die Behandlung und Versorgung chronisch erkrankter Menschen auch im Praxisalltag der niedergelassenen Ärzte längst breiten Raum erhalten und dürfte künftig weiter an Relevanz gewinnen. Medikamentösen Therapien kommt – so die Einschätzung der befragten Ärzte – bei der Behandlung von chronischen Erkrankungen und vor allem von Mehrfacherkrankungen eine steigende Bedeutung zu, nicht zuletzt deshalb, weil sich in vielen Bereichen der Medizin ein Paradigmenwechsel vollzogen hat:

„... da hat sich die Medizin doch sehr stark verändert ... früher haben wir ja zu einem sehr späten Stadium der Erkrankungen angefangen, zu intervenieren ... und heute sind wir eigentlich zunehmend bemüht, über die Vorsorge in die Frühentwicklung von Krankheiten rein zukommen und da über Verhaltensveränderung, Achtsamkeit und Selbstbeobachtung und phasengerechte Interventionen auch die schweren Krankheitsfälle ... zu verhindern.“ (AR 02/593-609)

Während in der Vergangenheit bei vielen chronischen Gesundheitsbeeinträchtigungen erst zu einem relativ späten Zeitpunkt mit der Einleitung medizinischer Interventionen begonnen wurde, wird mittlerweile ein frühzeitiger Behandlungsbeginn präferiert⁸. Mit dieser Verlagerung wird intendiert, drohende Zuspitzungen, vermeidbare Verschlechterungen oder gar weitergehende Gesundheitsgefährdungen zu verhindern:

„...um im Prinzip ... ein Aufhalten dieser chronischen Erkrankung (zu erreichen) ... und die Folgeerkrankung und die Risiken, die auftreten können, zu vermeiden, oder zu minimieren. ... das fängt also bei der banalsten massiven Hypertonie an, dass sie eben versuchen, den Apoplex zu verhindern. Damit haben sie schon, glaub' ich, eine Menge geleistet und getan. Das ist zwar vielleicht auch nicht immer billig, aber wesentlich billiger, als die folgende Behandlung, wenn der Patient dann halbseitig gelähmt ist.“ (AR 04/851-872)

Sowohl aus präventiven als auch aus Kostengründen wird eine frühzeitige Einleitung der (meist medikamentösen) Therapie für sinnvoll erachtet. Dies setzt allerdings – wie im ersten Interviewauszug angedeutet wurde – bei den Patienten die Fähigkeit zur *Selbstbeobachtung und Eigenkompetenz* voraus, um die subjektive Gesundheit angemessen einschätzen, Anzeichen für potenzielle Gesundheitsbeeinträchtigungen und sich anbahnende Krisen erkennen und um ärztliche Leistungen „zur rechten Zeit“ und „im rechten Maß“ in Anspruch nehmen zu können. Die Kompetenz für eine optimale Versorgungsnutzung kann allerdings nicht per se unter den Patienten vorausgesetzt werden, wie das nachfolgende Interviewzitat zeigt:

⁸ Der frühere Beginn therapeutischer Interventionen ist im Kontext der in den letzten Jahrzehnten forcierten medizintechnischen Entwicklung zu sehen. Diagnostische Verfahren bieten heute bei vielfach die Möglichkeit zur „Diagnose“ von Krankheitsdispositionen und von Frühstadien chronischer Erkrankungen bevor sie sich für die Patienten „spürbar“ manifestieren. Dies impliziert eine Veränderung der medizinischen Definition von „Krankheit“ („disease“) und „Therapiebedürftigkeit“, die allenfalls bedingt kongruent ist mit dem subjektiven Erleben/Erleiden des „Krankseins“ („illness“) (Cassel 1982; Eisenberg 1977; Helman 1990).

„(Es) gibt vielleicht ein Drittel, die nehmen medizinische Leistungen zu selten in Anspruch, .. ein Drittel, die nehmen sie adäquat in Anspruch, ... und es gibt ein Drittel mit Somatisierungsstörungen ..., die eben in sehr hohem Maße ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen.“ (AR 02/273-282)

Nur ein Teil der Patienten weist den Ärzten zufolge ein angemessenes Nutzungsverhalten auf und ermöglicht eine frühzeitige und gezielte Intervention. Ein nicht unerheblicher Anteil nimmt zu selten medizinische Leistungen in Anspruch – ein Tatbestand, auf den die Ärzte nur bedingt Einfluss nehmen können, wie sie mit vielen Beispielen illustrieren. Denn die Bereitschaft, sich „rechtzeitig“, d. h. im Bedarfsfall auch ohne spürbare gesundheitliche Einschränkungen einer Behandlung zu unterziehen, hängt u. a. von der *Prioritätensetzung der Patienten* ab, die – so wird in den Interviews beklagt – oft einer anderen Logik folgt als der der behandelnden Ärzte. Solange für die Patienten keine deutliche Einschränkung des Handlungsvermögens spürbar ist, hat die Wahrung der Kontinuität des Alltagslebens für sie vielfach höheren Stellenwert. Dennoch ist aus Sicht der Ärzte für eine präventiv ausgerichtete und effektive Kontrolle chronischer Erkrankungen entscheidend, früh genug intervenieren zu können. Um dies zu ermöglichen, ist *Patienteninformation und -aufklärung* unverzichtbar:

„Wenn ich eine prognostische Intervention mache, also eben Ereignisse verhindern möchte wie Schlaganfall, Herzinfarkt, Nervenentzündung beim Diabetes oder sonst was ..., dann ist das ja etwas, was ich dem Patienten erst einmal vermitteln muss.“ (AR 02/44-48)

Ohne den Erkrankten die Bedeutung und Prinzipien der Therapie für eine effektive Krankheitskontrolle verständlich zu machen und das dazu nötige Wissen zu vermitteln, ist – so verdeutlicht der Textauszug – keine frühzeitige therapeutische Intervention möglich. Insbesondere bei latenten und symptomlosen Krankheitsverläufen wird der Bedarf an *Patienteninformation* für überaus wichtig erachtet, und zwar sowohl um Krankheits- und Therapieeinsicht herstellen als auch um Patienten überhaupt für die erforderliche *Mitarbeit* gewinnen zu können. Auch für die problemlose Medikamenteneinnahme ist die Mitarbeit des Patienten unerlässlich, wie der nachfolgende Textauszug zeigt:

„Das Zentralproblem ist einfach die Mitarbeit des Patienten. Wenn er ... seine Erkrankung und auch die Wertigkeit seiner Medikamenteneinnahme verstanden hat, macht er keine Probleme. Das ist Aufgabe des Arztes ihm die Schwere seiner Erkrankung zu erklären, ihm die Möglichkeit seiner Therapie und seiner Heilung zu erklären ..., sodass er sagt ‚Wenn ich dieses Konzept mittrage, so wie der Arzt mir das aufgeschrieben hat, dann habe ich eine große Chance gesund zu werden‘. Wenn er das versteht, dann hat er keine Probleme mit den Medikamenten.“ (AR 01/897-908)

Die Mitwirkung der Patienten zu erreichen, wird daher als Kernaufgabe der ärztlichen Aufklärung betrachtet, deren Realisierung den Ärzten – ihren Ausführungen zufolge – offenbar kaum Probleme bereitet: Im „Regelfall“, d. h. bei den epidemiologisch bedeutsamsten Erkrankungen, wie etwa bei Herzkreislauf- und Stoffwechselerkrankungen und bei degenerativen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates ist ihr im ärztlichen Alltag – so wird betont – immer Erfolg beschert:

„Das sehen die alle ein. Da hab ich da keine Probleme.“ (AR 01/571-574)

– so der Tenor der Antworten auf die Frage danach, welche Herausforderungen diese Aufgabe mit sich bringt. Vor allem Patienten mit Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates werden als „leicht zu führen“ erlebt (AR 01/705 ff.).

Doch nicht nur sie, grundsätzlich – so die Ärzte – gelingt fast immer, die Patienten von der Therapie zu überzeugen und sie zu bewegen, „ordnungsgemäß“ mit der Medikation umzugehen. Wichtige Bedingung dazu ist allerdings das Verstehen der Erkrankung und des Stellenwertes des verordneten Medikamentenregimes. Den daraus erwachsenen Kommunikationsbedarf versuchen die Ärzte, wie die Interviews zeigen, in erster Linie durch Erklärung, Information und Wissensvermittlung zu erreichen. Sie setzen damit vorrangig auf kognitiv-rationale Strategien, die – wie in der Diskussion über gesundheitliche Aufklärung betont wird (Schaeffer/Dewe 2006; Sabo/Lehmann 2003) – nicht allen Patientengruppen gerecht werden. Vornehmlich profitieren die ohnehin schon gesundheitsbewussten, der Mittelschicht angehörenden Bevölkerungsgruppen von diesen Strategien. Für andere Bevölkerungsgruppen sind sie nur bedingt tragfähig (ebd.), wie auch von den Ärzten selbst konzediert wird:

„Diejenigen, die große intellektuelle Bewältigungsstrategien haben, sind eher in der Lage ... weil die das kognitiv irgendwie bewältigen und sagen gut, das ist jetzt ein notwendiges Übel.“ (AR 03/44-47).

Hinzu kommt, dass die Bewältigung chronischer Erkrankung und so auch die Einhaltung des bei ihnen erforderlichen Medikamentenregimes über kognitive Faktoren hinaus auch von psychischen und sozialen Faktoren abhängig ist. Sie werden – und dies ist auffällig – von den befragten Ärzten allerdings kaum angesprochen. Das gilt erstaunlicherweise auch für die Kommunikationssituation in der Arztpraxis – ein Aspekt, auf den zurückzukommen sein wird.

Auch die weiteren Ausführungen der Ärzte verdeutlichen, dass die Erzielung dauerhafter Therapietreue auch bei im Prinzip „einsichtigen“ Patienten keineswegs so einfach ist, wie zunächst postuliert und im Praxisalltag durchaus Probleme aufwirft. Die Ursachen dafür werden allerdings weniger in den Bedingungen und gewählten Strategien ärztlichen Handelns gesehen, sondern in dem besonderen Charakter chronischer Krankheit. Insbesondere die *Dauerhaftigkeit* dieser Erkrankungen erweist sich als problematische Hürde. Gemeint ist, dass chronische Krankheiten anders als Akuterkrankungen keinen episodalen Charakter haben, sondern „bleiben“ und die Erkrankten meist für den weiteren Verlauf ihres Lebens begleiten – ein Faktum, das auch für das Medikamentenregime gilt:

„Das Problem ... der Langzeitbehandlung ist ja ... eigentlich immer wieder das, dass keiner richtig akzeptiert, dass er chronisch krank ist. Also das ist glaub ich fast im Menschenhirn irgendwie drin, dass man das nicht akzeptieren kann und die setzen alle eigentlich grundsätzlich gern wieder ab, das ist der größte Wunsch.“ (AR 06/6-14)

Die *Chronizität* ihrer Krankheit zu akzeptieren ist – so bestätigt der Interviewauszug – für die Patienten überaus schwierig. Sie kollidiert nicht nur mit den meist an Akuterkrankungen orientierten Krankheitsvorstellungen der Patienten, sondern widerspricht auch ihren Bewältigungserwartungen, die insgeheim auf Kurzzeitigkeit und – wider besseren Wissens – auf Heilung und Wiederherstellung (einst vorhanden gewesener) Gesundheit ausgerichtet sind. Doch eben weil die Chronizität kaum akzeptierbar ist, be-

ginnen die Patienten, so die Ärzte, mit dem Medikamentenregime zu hadern und Medikamente eigenhändig abzusetzen – in dem Bestreben, damit ihrerseits ein Ende der Krankheit herbeizuführen und dabei übersehend, dass so eine Destabilisierung provoziert wird. Dem entgegenzusteuern und damit den Erfolg der Therapie zu sichern, wird daher als wichtige Aufgabe der Patientenführung angesehen.

Hinzu kommt den Ärzten zufolge ein *generelles Widerstreben, Medikamente dauerhaft einzunehmen*, weil sie offenkundig, wie der folgende Textauszug zeigt, weniger als Heilmittel, sondern eher als „Droge“ angesehen werden.

„... auch bei den jüngeren ist es so, dass es irgendwie ein Grundbedürfnis ist, sich der Droge erstmal zu entziehen, das kann ja alles nicht gut sein ... das ist dann immer ein Problem.“ (AR 06/48-53)

Insbesondere längerfristige und mehr noch dauerhafte Medikamentenregime stoßen – wie hier zum Ausdruck gebracht wird – oft auf Widerstand der Patienten, der dadurch motiviert ist, dass sie, wie der gewählte Terminus „Droge“ andeutet, bei den Patienten Gefühle der Abhängigkeit erzeugen und deshalb Abwehr hervorrufen – nicht eben selten mit der Konsequenz, dass die Medikamente bereits nach kurzer Zeit wieder abgesetzt werden. Wie schwierig das Durchhalten einer medikamentösen Therapie für die Patienten ist, zeigt sich bereits am Beispiel der Antibiotikatherapie. Obgleich deren Anwendung über einen begrenzten Zeitraum erfolgt, sind *Therapieabbrüche nach dem Abklingen der Symptome* keine Seltenheit. Noch häufiger ist dies bei langfristig oder „eigentlich“ unbefristet einzunehmenden Medikamenten. Zweifel an der Notwendigkeit der Einnahme mit Fragen wie: „*Muss das alles so sein? Muss ich die Tabletten alle weiternehmen?*“ (AR 07/261 f.), und auch kontraproduktive Eingriffe in das ärztlich verordnete Medikamentenregime sind hier den Aussagen der Ärzte zufolge im Lauf der Zeit häufig anzutreffen:

„... das ist schon hart, also da müssen sie etwas nehmen, was unter Umständen deutliche Nebenwirkungen hat und auch Therapiekontrollen (erfordert). Da müssen immer wieder irgendwelche Blutuntersuchungen gemacht werden, damit man sieht, ob das vertragen wird, aber sie haben noch keinen Benefit davon. Und dann läuft das und es geht plötzlich besser, aber in dem Augenblick, wo etwas besser wird, muss man weniger Medikamente nehmen. Das ist fast unausbleiblich, das ist auch menschlich.“ (AR 06/92-101)

Plastisch werden in dieser Interviewpassage die Herausforderungen beschrieben, die eine medikamentöse Langzeitbehandlung für die Erkrankten mit sich bringen kann. Vielfach stellen sich *Nebenwirkungen* ein, sind belastende Kontrolluntersuchungen erforderlich und ist zunächst kein *unmittelbarer Nutzen der Arzneimittel* zu spüren, sodass den Erkrankten ein hohes Maß an Frustrationstoleranz und Durchhaltevermögen abgefordert ist. Dennoch kommt es, so der hier zitierte Arzt, in diesen eher schwierigen Phasen, in denen die Erkrankten noch keinen Benefit, also keine Gegenleistung für die von ihnen erbrachten Anstrengungen erhalten, selten zu Therapieabbrüchen oder zu Eingriffen in das Medikamentenregime. Beginnt aber die Therapie zu greifen und stellt sich Linderung ein, oder anders formuliert, erhalten die Erkrankten schließlich die Gegenleistung für ihre Anstrengungen, stellen sie über kurz oder lang den Sinn des Medikamentenregimes in Frage und reduzieren die Medikamente. Das Ab-

klingen der Symptome kann also, so die These, ungewollt kontraproduktive Effekte zeitigen.

Nicht alle Ärzte scheinen diese Problemsicht zu teilen, wie der nachfolgende Textauszug belegt:

„Chronisch Kranke bewältigen ihre Medikamentenregime je besser, je klarer der Benefit ist ... wenn sie unmittelbar sehen, A, ich fühl mich besser, B, meine Werte werden besser ... und ich fühl mich gut, heißt gleichzeitig ja auch, ich hab wenig Nebenwirkungen.“ (AR 03/31-41)

Wurde zuvor implizit die Ansicht geäußert, dass ein erfahrener Benefit Zweifel an der Sinnhaftigkeit einer weiteren Medikamenteneinnahme hervorruft, so wird von dem soeben zitierten Arzt die gegenteilige These vertreten: je klarer spürbar der unmittelbare Nutzen ist, desto leichter ist es für die Erkrankten, das Medikamentenregime einzuhalten. Weniger die Frage, welche der beiden Thesen die angemessenere sein dürfte, ist hier von Interesse, als vielmehr die Tatsache, dass die Problemsicht der Ärzte keineswegs einheitlich ist und auf sehr unterschiedlichen Annahmen und „subjektiven“ Theorien basiert, die in der Konsequenz zu jeweils unterschiedlichen Strategien des Umgangs mit den Patienten führen.

Einigkeit aber herrscht trotz der sichtbar gewordenen Divergenzen darüber, dass gelingende Compliance bzw. Adhärenz in hohem Maß vom Informationsgrad und Wissensstand der Erkrankten abhängig ist und Patienten mit einem komplexem Medikamentenregime „fast besser als die Ärzte informiert“ sein müssen (AR 06/107 f.). Dass die Arztpraxis der Ort ist, an dem die Vermittlung gesundheits- und therapiebezogener Information erfolgen sollte und muss, ist aus Sicht der Ärzte ebenfalls unstrittig. Fragen wir daher danach, wie die Ärzte im Praxisalltag dabei vorgehen.

Durchgängig wird betont, wie wichtig es ist, die Patienten zu Beginn eines Medikamentenregimes und auch im Krankheitsverlauf hinreichend zu informieren und sie mental entsprechend „einzustellen“. Ganz in diesem Sinn, werden ausführliche *Erstgespräche*, bei denen „ganz in Ruhe“ (AR 01/150 ff.) über die Befunde gesprochen werden kann, für zentral erachtet. Dabei wird versucht, die richtigen Bahnen dafür zu ebnen, dass die Diagnose verstanden und auch, dass sie akzeptiert werden kann. Denn oft stößt die Diagnose zunächst auf Widerstände, wird als „Drama“ erlebt (AR 02/1251 f.). Obschon sich die Ärzte dessen bewusst sind, scheinen psycho-soziale Aspekte nicht zum zentralen Gegenstand des ärztlichen Gesprächs zu gehören. Dessen Schwerpunkt liegt vielmehr darauf, das „Drama“ kognitiv handhabbar zu machen und auf diese Weise zu mildern: die Untersuchungsbefunde zu erläutern, das Krankheitsbild zu erklären und Interventionsmöglichkeiten zu erörtern. Zugleich geht es in diesen Erstgesprächen auch darum, den Patienten das geplante Medikamentenregime verständlich zu machen und dessen Umsetzung vorzubereiten:

„Wenn ich dann Medikamente verordne, dann setze ich mich mit dem Patienten vorher sehr lange zusammen ... nicht nur so fünf Minuten, sondern ich erklär ihm erstmal ... und versuche, seine Kooperation zu gewinnen ... Der muss das wollen, der muss das mittragen, sonst funktioniert das nicht.“ (AR 03/305-314)

Wie dieser Textauszug andeutet, nehmen sich die Ärzte für diese anfängliche Aufklärung auch deshalb ausgiebig Zeit, weil sie wissen, dass sie die Kooperation des Patienten erreichen müssen, soll ihren Therapiebemühungen auf Dauer Erfolg beschieden sein. In dem Wissen um die Bedeu-

tung dessen, gehen manche der Ärzte so weit, dass sie diese Erstgespräche mitunter auch außerhalb der regulären Sprechzeiten ansetzen, weil in dem alltäglichen Praxisgeschehen der dazu notwendige Raum fehlt:

„Wenn es irgendwie wichtig ist, dass die Leute auch ihre Medikamente oder ihre Lebensführung ändern, dann nehme ich mir auch abends die Zeit.“ (AR 01/996-998)

Äußerungen wie diese gehören zwar eher zur Ausnahme in den Interviews, deuten aber an, dass den Ärzten die Wichtigkeit der Patienteninformation und -kommunikation in dieser Phase des Krankheitsverlaufs bewusst ist und dies offenkundig auch den Praxisalltag bestimmt. In der Regel werden deshalb nicht nur einmalige, sondern mehrere Gespräche mit den Patienten angesetzt. Das gilt vor allem dann, wenn ein Medikamentenregime sukzessiv aufgebaut wird:

„Ein Regime, was komplex ist, entwickelt sich ja meist nicht von Null auf hundert, es sei denn, es kommen Patienten aus dem Krankenhaus mit einer komplexen Medikation ... und sind dann schnell beschleunigt worden auf ein umfangreiches Medikamentenregime. Aber wenn man das in der Praxis macht, dann geht man eigentlich sehr bewusst vor, step by step, sodass man auch kuckt, wo ist eine Intervention besonders erfolgreich.“ (AR 02/33-41)

Aus der Perspektive der niedergelassenen Ärzte sollte die „plötzliche“ Konfrontation chronisch erkrankter Patienten mit einem komplexen Medikamentenregime eher die Ausnahme sein. Stattdessen wird ein schrittweise erfolgreicher Aufbau präferiert, der kommunikativ und interaktiv entsprechend begleitet werden kann, sodass den Patienten hinreichend Zeit und Raum gegeben ist, sich an das Geschehen anzupassen und an die medikamentöse Therapie gewöhnen zu können.

Nicht immer gelingt dies. Chronische Erkrankungen brechen nicht eben selten unerwartet in das Leben ein und ebenso oft sind Patienten aufgrund von krisenhaften Zuspitzungen einer bestehenden Erkrankung und dadurch nötige Krankenhausbehandlungen plötzlich, von heute auf morgen mit einem komplexen Medikamentenregime und mit einer für sie neuen und gänzlich ungewohnten Situation konfrontiert. Auch dann benötigen sie – wie unschwer vorstellbar ist – Zeit und Gelegenheit für Gespräche, um diese Situation verarbeiten und sich an sie adaptieren zu können. Auch dieser Bedarf wird u. a. an den niedergelassenen (weiter-)behandelnden Arzt herangetragen, denn während eines Krankenhausaufenthalts bleiben meist viele Fragen offen und andere stellen sich überhaupt erst, wenn die Krankenhausentlassung erfolgt ist, die Patienten sich wieder zu Hause befinden und allein mit sich und der ungewohnten Krankheitssituation sind. Auch die oft im Krankenhaus eingeleitete abrupte Konfrontation mit einem komplexen Medikamentenregime und der dazu nötige Umstellungsprozess bedarf also der kommunikativen Begleitung durch die niedergelassenen Ärzte.

Wurde diese Situation erst bewältigt und ist das Medikamentenregime von dem Patienten akzeptiert und angenommen, geht es um das *Monitoring*. Gemeint ist die laufende Kontrolle und Supervision, ob das Regime ordnungsgemäß eingehalten wird. Auch diese Aufgabe ist aus Sicht der Ärzte mit einem hohen kommunikativen Unterstützungsbedarf verbunden, denn die Patienten müssen regelmäßig einbestellt und ihr Zustand und der Umgang mit der Medikation beobachtet werden. Dabei sind – wie zu-

vor angedeutet – Begleituntersuchungen und „Nachjustierungen“ erforderlich, ist es nötig, die Verträglichkeit u. a. m. zu kommunizieren. Zudem tauchen im Verlauf langfristiger Medikamentenregime fast immer irgendwann Compliance-Probleme auf, sei es, dass Aversionen gegen die Arzneimittel entstehen, sei es, dass wie zuvor dargelegt seitens der Patienten nach eigenem Gutdünken zu Eingriffen in das Medikamentenregime kommt oder sich schlicht Therapiemüdigkeit einstellt.

All diese Probleme sind den niedergelassenen Ärzten zufolge in der Arztpraxis erkennbar. Sie ist aus ihrer Sicht nicht nur der Ort, an dem die Einleitung der medikamentösen Therapie und die bedarfsgerechte Anpassung im Verlauf chronischer Krankheit erfolgt, sondern auch der Ort, an dem Probleme der Therapiemotivation und Non-Compliance sichtbar werden, weil – so der Grundtenor der diesbezüglichen Aussagen – die Patientendokumentation den behandelnden Ärzten neben der Kontrolle von Krankheitszeichen Anhaltspunkte dafür bietet, ob die Medikamenteneinnahme ordnungsgemäß erfolgt ist – auch ohne aufwändiges EDV-gestütztes Monitoring:

„... ich frage die nach drei Monaten, weil die alle drei Monate – das Rezept geht immer über genau drei Monate, das ist genau äh festgelegt – dann kommen. Dann frage ich: ‚Wie haben Sie es eingenommen? Haben Sie es wirklich genau eingenommen?‘ Und die sind eigentlich relativ ehrlich, die sagen ‚Ja, ich habe mal gesündigt oder so‘.“ (AR 01/206-212)

„... wenn der dann nach Wochen kommt und sagt ‚Ich habe noch alle Tabletten‘, dann weiß ich, irgendwo kann was nicht stimmen ... Entweder er nimmt sie nicht – das ist die häufigste Ursache. So etwa bei einer Hypertonie ... wenn der mit irgendeinem hochwertigen Antihypertonicum behandelt wird und der kommt nach sechs Wochen und hat immer noch 190 zu 100 – dann weiß ich im Prinzip, da stimmt irgendwas nicht.“ (AR 04/153-163)

Im Prinzip vertrauen die Ärzte darauf, anhand der Frequenz der Arztbesuche ermessen zu können, ob die Patienten die medikamentöse Therapie wie geplant einhalten und auf Nachfrage auch Abweichungen vom Medikamentenplan berichten. Als untrüglicher Indikator wird die Rezeptausstellung erachtet, denn eine Neuverordnung muss bei Einhaltung des Therapieplans in einem bestimmten Turnus erfolgen. Ferner wird auf die Kontrolle objektiver Krankheitsparameter rekurriert, seien es die Blutdruckwerte bei Patienten mit Hypertonie oder die Laborbefunde, wie der Blutzuckerspiegel bei Diabetes-Patienten. Kommt der Patient zum Kontrolltermin und liegen die entsprechenden physiologischen Messwerte im therapeutisch erzielbaren Normbereich, besteht kein Grund dafür, an der Therapietreue der Patienten zu zweifeln. Nicht erreichte Zielwerte der Krankheitskontrolle werden dementsprechend zum Anlass genommen, um nachzufragen. Nur vereinzelt wird konzidiert, dass die Kontrollmöglichkeiten des sachgerechten Umgangs mit der Medikation begrenzt sind und man allenfalls „die Spitze des Eisberges“ erkennen könne (AR 06/927).

Zugleich deuten die zitierten Aussagen an, dass die sich den Patienten im Alltag stellenden Probleme mit dem Medikamentenregime kaum in den Blick geraten. Die Aufmerksamkeit der Ärzte ist – wie es in den exemplarisch zitierten Textauszügen gleichfalls zum Ausdruck kommt – auf objektive Krankheitsparameter konzentriert und, so der Eindruck, auch auf diese reduziert. Gegenstand der ärztlichen Kommunikation sind vor allem

medizinisch-therapeutische und pragmatische Informationen über die Erkrankung, Interventionsmöglichkeiten, Wirkungs- bzw. Anwendungsweisen der Medikamente und lebensstilbezogene Verhaltensempfehlungen. Das subjektive Krankheitserleben und Probleme der Alltagsbewältigung unter den Bedingungen chronischer Krankheit haben hingegen – so ist angesichts der äußerst spärlichen Aussagen der befragten Ärzte zu vermuten – wenig Raum im Praxisgeschehen.

Ähnliche Perspektivenverengungen zeichnen sich mit Blick auf die für zentral erachtete *Mitarbeit der Patienten* ab. So wird von den Ärzten zwar immer wieder die Bedeutung der Ko-Produktion und Eigenaktivität der Patienten betont. Zugleich wird jedoch nur wenig Bereitschaft signalisiert, in einen reflexiven Diskurs mit den Patienten einzutreten, um diese zu fördern. Als *idealer Patient* kristallisiert sich der *nach ärztlicher Empfehlung und Regelvorgabe verantwortlich handelnde Patient* heraus. Das zeigt sich etwa, wenn es um das Thema „Selbstkontrolle und -steuerung“ der Patienten geht. Obschon Selbstbeobachtung, Selbstkontrolle und Selbststeuerung von den Ärzten entscheidend für das Management der Krankheit und auch für die Vermeidung von Begleit- und Folgeproblemen angesehen werden, betonen sie zugleich die Notwendigkeit, hier „*erzieherisch wirken*“ (AR 04/976) und begrenzend eingreifen zu müssen, damit das Handeln der Patienten in die richtigen Bahnen gelenkt werden kann:

„... im Grunde müssen die mit dieser Erkrankung so leben können, dass sie eine Verschlechterung sofort irgendwie durch eine Veränderung des Therapieregimes beantworten können. Aber das ist sicher mit einigen überhaupt nicht machbar und mit den anderen erfordert es einen langen Atem.“ (AR 06/124-129)

„... diese Methode des selbst Blutdruckmessens ist ja Mode geworden, ... das sind so Dinge, also ich halte von dem generellen, regelmäßigen Messen nicht unbedingt so sehr viel. Ich habe Patienten, die also eigene Listen haben, da wird's einem himmelernst und bange. Die machen doppelte Buchführung ... Aber: Sie können heute nicht sechzig Leute hier haben, die ihnen mitteilen, welchen Blutdruck sie gehabt haben, vielleicht noch früh um fünf – sei denn, ich hab sie aufgefordert – ich hab gesagt: ‚Sie messen den und rufen mich an!‘ “ (AR 04/896-950)

Die Selbstkontrolle von Krankheitsparametern wird auf der einen Seite zwar als wichtiger Baustein für einen eigenverantwortlichen Umgang mit der Krankheit und der Therapie betrachtet. Auf der anderen Seite aber wird resignativ konzidiert, dass dies kaum oder nur schwer zu erreichen ist und betont, den Eigenaktivitäten der Patienten Grenzen setzen zu müssen, weil sie zu unerwünschten Effekten führen können und zudem an Machbarkeitsgrenzen im Praxisalltag stoßen. Exemplarisch belegen dies die in dem letzten Interviewzitat berichteten Beispiele von Patienten, die mehrmals täglich ihren Blutdruck kontrollieren und eine minutiös geführte Dokumentation der Blutdruckkontrolle beim nächsten Behandlungstermin vorlegen. Die regelmäßige Messung physiologischer Parameter birgt aus Sicht der Ärzte die Gefahr, dass sich die Patienten auf Symptome und Krankheitsanzeichen fixieren. Hier die richtige Balance zu finden, ist schwierig: Eigenkontrolle und Selbststeuerung erfordern ein hohes Maß an Deutungs- und Interpretationskompetenz, so etwa um Messwerte und Symptome einschätzen und beurteilen zu können. Diese Fähigkeiten zu erwerben ist für die Patienten ein langwieriger Lernprozess. In den Interviews bleibt unklar, ob und inwieweit die Patienten darin von ärztlicher

Seite unterstützt werden. So wäre – um beim Beispiel der Blutdruckmessung zu bleiben – die gemeinsame Reflexion des Befindensverlaufs, die Herstellung situativer Bezüge, in denen „Ausreißer“ auftreten, ein Ansatz zur gezielten Förderung der Fähigkeit zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung. Von den Ärzten wird jedoch vor allem auf die Gefahr der Fixierung auf die Erkrankung bzw. Krankheitsindikatoren verwiesen, die aus ihrer Sicht tendenziell pathologische Züge trägt, und zudem mit einem überzogenen, im Praxisalltag kaum zu bewältigenden Nutzungsverhalten einhergeht. Patientenführung impliziert dann wiederum nahe zu bringen, dass die Entscheidung darüber, ob eine engmaschige Blutdruckkontrolle erforderlich und ob und wann eine zeitnahe Rücksprache angezeigt ist, der ärztlichen „Indikationsstellung“ überlassen ist. Das gilt auch für die Entscheidung darüber, ob ein weitergehender Gesprächsbedarf besteht und wann diesem nachzukommen ist. Auch sie wird vom Arzt gefällt und nicht mit dem Patienten ausgehandelt.

Exemplarisch zeigt dies, dass die *Arzt-Patienten-Interaktion* – entgegen aller Betonungen der Bedeutung von Patientenmitwirkung – eine noch weitgehend asymmetrische und arztzentrierte Gestalt hat. Auf Ko-Produktion der Patienten setzende, partnerschaftliche Formen der Patienteninteraktion und -betreuung werden in ihrer Wichtigkeit zwar stets unterstrichen, aber letztlich als ärztlich zu determinieren verstanden – nicht zuletzt, weil sie immer wieder in Widerstreit mit (zeit-)ökonomischen Zwängen geraten, denen die Ärzte, so ihre Problemsicht, im Praxisalltag allen professionellen Ansprüchen zum Trotz Rechnung tragen müssen⁹.

(Zeit-)ökonomische Zwänge beherrschen auch andere Bereiche der Patientenbetreuung. So besteht eine wichtige Monitoringaufgabe bei Patienten mit einem langfristigen komplexen Medikamentenregime darin, Krisen vorzubeugen, Abweichungen von der verordneten Medikation zu vermeiden und Non-Compliance möglichst zu verhindern – eine Aufgabe, die, wenn sie ernst genommen und nicht mit therapeutischem Nihilismus bedacht wird, wie er auch in einigen Interviews durchscheint, ebenfalls viel Zeit für die Patientenkommunikation verlangt. So ist es beispielsweise notwendig, Patienten zum Sprechen zu bringen: „*nicht einfach zu sagen, das hast Du falsch gemacht*“, sondern „*immer wieder positiv ranzugehen*“ (AR 02/753-755) und zu versuchen, Ursachen aufzuspüren, herauszufinden, was, wie, wo und warum Schwierigkeiten bereitet und gemeinsam nach tragfähigen Lösungen Ausschau zu halten.

„Es ist ganz wichtig, dass man ein Versagen eines Therapieprinzips oder eines Einnahmeverhaltens nicht irgendwie sanktioniert, sondern sich eher neugierig zeigt: ‚Warum ist es denn schwer?‘“ (AR 02/146-150)

⁹ Die gesundheitsökonomischen Vorgaben stehen hier im Widerstreit zu den Erfordernissen der „sprechenden Medizin“. Die in Disease-Management-Programmen für chronisch Kranke vorgesehene Information und Anleitung der Patienten kann nur von den entsprechenden Schwerpunktpraxen erbracht bzw. abgerechnet werden und kommt gerade älteren, an Mehrfacherkrankungen leidenden Patienten nicht zu gute (Kirchner 2005). Nach wie vor begrenzen die existenten strukturellen Rahmenbedingungen der (haus-)ärztlichen Praxis die Möglichkeiten für begleitende edukative Interventionen, die das Ziel verfolgen, die Eigenkompetenz der Erkrankten im Umgang mit chronischer Krankheit und der medikamentösen Therapie zu fördern.

Diese Vorgehensweise erfordert nicht nur ein interaktives Geschick, das jenseits der traditionellen ärztlichen Muster der Patienteninteraktion liegt, sondern schlicht auch *Zeit*. Doch eben diese Zeit ist im Praxisalltag – wie viele der Ärzte betonen – oft nicht gegeben. Dies mag einer der Gründe dafür sein, weshalb etliche Ärzte nach wie vor eher herkömmlichen Mustern der Patienteninteraktion den Vorzug geben – auch, wenn es darum geht, Non-Compliance zu begegnen. Zur Illustration ein Textauszug:

„Es gibt dann eine Krise, eine Auseinandersetzung zwischen mir und dem Patienten, wenn ich merke..., ich schreib ihm das auf, er nimmt es aber nicht ein. ... Dann sage ich: ‚Hören Sie mal, wenn wir das jetzt noch mal drei Monate machen und es dann wieder nicht geht, dann schreibe ich es nicht mehr auf. ... Dann müssen Sie das Risiko selber tragen, dann sind Sie ja nicht bereit, das zu nehmen, was wir Ihnen verordnen‘.“ (AR 01/590-607)

Schilderungen wie diese sind keine Seltenheit und belegen, dass restriktiv-paternalistische Interaktionsstrategien fester Bestandteil des Praxisalltags sind. Nicht zuletzt – so die Argumentation – aus zweckrationalen und zeitökonomischen Gründen werden sie bevorzugt.

Ähnlich ist auch die Situation bei den *kommunikativen Aufgaben* der Patientenbetreuung. Durchgängig betonen die Ärzte, dass der Patientenkommunikation große therapeutische Bedeutung zukommt – auch und besonders bei der Bewältigung komplexer Medikamentenregime. Doch zugleich unterstreichen sie immer wieder, dass Aufgaben der Patientenkommunikation im Praxisalltag *zwangsläufig Grenzen* gesetzt sind, weil sie, ebenso wie auch andere Betreuungsaufgaben, mit ökonomischen Kalkülen in Konflikt geraten. Denn die Arztpraxis ist, so die Ärzte, „*ja nun zugleich ein Wirtschaftsunternehmen*“ (AR 01/925), das sich rechnen muss. Doch der mit eingehenden Patientengesprächen verbundene Aufwand rechnet sich nicht und wird, so wird immer wieder betont, „*nach wie vor nicht gut honoriert*“ (AR 02/495). Trotz der Aufwertungsbestrebungen der Gesprächsleistungen in der hausärztlichen Versorgung sind die entsprechenden Abrechnungsziffern des Einheitlichen Bemessungsmaßstabes (EBM) den Ärzten zufolge nach wie vor unzureichend. Aus diesem Grund sind ausführliche Patientengespräche unter den gegebenen Bedingungen der Leistungserstattung durch die Gesetzliche Krankenversicherung als Regelleistung nur sehr beschränkt machbar:

„Wenn sie mit einem Patienten in einer halben Stunde das bereden, kriegen sie umgesetzt dafür ein Gespräch mit Ziffer zwei, das sind vier Euro fünfzig. Das können sie am Tag nicht oft machen. Da haben sie in zwei Stunden 16 Euro umgesetzt, da können sie zu machen. ... Dem Arzt (müssen) etwas mehr Möglichkeiten eingeräumt werden, das zu machen.“ (AR 01/929-938)

„Ich kann einmal im Quartal eine Beratung abrechnen von 10 Minuten, und ansonsten rechne ich eine Nummer zwei ab. ... Dafür geht kein Handwerker vor die Tür.“ (AR 04/1387-1394)

Aussagen wie diese sind vielfach zu hören und deuten an, dass die auch von gesundheitspolitischer Seite postulierte *sprechende Medizin* (Lüth 1974) angesichts der Vergütungsstrukturen in der vertragsärztlichen Versorgung nicht realisierbar ist und bestenfalls als professionelle Sonderleistung sichergestellt werden kann – ein Tatbestand, der für die Ärzte zugleich die Frage aufwirft, ob und inwieweit der Unterstützungsbedarf

der Patienten in einer auf ein Mindestmaß an Kommunikation reduzierten Regelversorgung überhaupt adäquat beantwortet werden kann:

„ ...die Bedürfnisse von Lebewesen richten sich nicht nach Zeitfenstern und Plänen ... Es wird immer Situationen geben, in denen ein Kranker *mehr* Gesprächsbedarf hat oder (des) Gesprächs bedarf mehr als andere und ja auch in einem Ausmaß, das den gegebenen Zeitrahmen sprengt.“
(AR 03/571-576)

Eine den subjektiven Bedarf zeitnah beantwortende Patientenbetreuung lässt sich nach Ansicht der Ärzte auf diese Weise, mit planmäßig anberaumten Konsultationsgesprächen, kaum realisieren. Da aber die Rahmenbedingungen sind wie sie sind, sehen sich die Ärzte im Praxisalltag faktisch genötigt, Patientengespräche zeitlich und thematisch begrenzt zu halten, um so zu versuchen, den Erfordernissen einer ökonomisch tragfähigen Praxisführung *und* einer angemessenen Patientenbetreuung zu entsprechen.

Abgesehen von den angesprochenen (zeit-)ökonomischen Restriktionen erfolgt von den Ärzten keine weitergehende Problematisierung der kommunikativen Bedingungen in der Arztpraxis. Das ist insofern bemerkenswert, als in der Literatur seit Jahren kritisiert wird, dass die dort erfolgende Arzt-Patienten-Kommunikation in mehrfacher Hinsicht unzureichend ist: Patienten nicht den Raum und die Zeit haben, die von ihnen benötigte Information nachzufragen und erhaltenes Wissen zu verarbeiten, sie die Ausführungen (und Sprache) des Arztes nicht verstehen, sich aber auch in ihren Artikulationsgewohnheiten und Anliegen nicht akzeptiert sehen etc. (vgl. exemplarisch Thompson 2001) und dies – konkret: die patientenunfreundlichen Kommunikationsbedingungen in der Arztpraxis – ursächlich für die niedrigen Adhärenzraten sein dürfte (ebd., DiMatteo/Lepper 1998). All dieses findet in den Ausführungen der Ärzte kaum Niederschlag. Fokussiert auf ärztliche Handlungserfordernisse und -restriktionen bleiben in ihnen die sich den Patienten stellenden Probleme und kommunikativen Hürden einem blinden Fleck gleich weitgehend dethematisiert.

Kommen wir an dieser Stelle zu einer ersten *Zusammenfassung*. Wie ein roter Faden zieht sich durch die Ausführungen der Ärzte, dass die Bewältigung komplexer Medikamentenregime mit einem sehr *hohen Bedarf an Information und Kommunikation* verbunden ist. Ebenso, dass der Bedarf sich vor allem auf der Ebene grundlegender „medizinisch-therapeutischer“ Informationen bewegt – eine Sichtweise, die mehrfach als perspektivisch verengt charakterisiert wurde. Denn so facettenreich der kommunikative Unterstützungsbedarf chronisch Erkrankter auch von den Ärzten geschildert wird – summierend betrachtet fällt auf, dass immer wieder ärztliche Handlungserfordernisse im Zentrum der Ausführungen der Ärzte stehen und Patientenprobleme kaum oder nur sehr gefiltert zur Sprache kommen. Bemerkenswert und perspektivisch ähnlich verengt ist auch die durchgängig vertretene Auffassung, dass die Arztpraxis *der* Ort der Aufklärung und Information der Patienten ist. Unbestritten werden an die niedergelassenen Ärzte als zentrale Anlaufstelle der Patienten im Gesundheitswesen viele Informations- und Kommunikationsanliegen herangetragen und doch ist die Kommunikationssituation im Praxisalltag durch vielerlei Restriktionen gekennzeichnet, die im Ergebnis einer adäquaten verlaufs begleitenden kommunikativen Unterstützung entgegen stehen. Sie werden von den niedergelassenen Ärzten selbst angesprochen – allerdings ebenfalls nur

ausschnitthaft und reduziert auf die restriktiven finanziellen Vorgaben. Insgesamt ist in Anbetracht der langen Diskussion und auch der Fülle an Literatur zum Thema Arzt-Patienten-Kommunikation erstaunlich, wie wenig die kommunikativen und interaktiven Bedingungen der Arztpraxis zur Sprache kommen. Bemerkenswert ist auch, wie sich der seit langem proklamierte Wandel des ärztlichen Selbstverständnisses in der Praxis darstellt. In der Summe betrachtet scheint der Typus des paternalistisch geprägten professionellen Experten nach wie vor die dominierende handlungsleitende Figur zu sein. Zwar finden sich daneben vermehrt Ärzte, die sich um Enttraditionalisierung herkömmlicher Rollenvorgaben bemühen und einem auf Ko-Produktion und Kooperation mit den Patienten setzenden Selbst- und Aufgabenverständnis folgen, aber im Praxisalltag scheinen sie noch nach Wegen zu suchen, wie dies zu realisieren und mit den gegebenen Bedingungen in Einklang zu bringen ist. Dies zeigt sich auch, wenn es um die sich aus Ärztesicht stellenden Interventionserfordernisse geht.

Interventionserfordernisse und -potenziale aus Sicht der Ärzte

Nachdem die Herausforderungen und Begrenzungen der Versorgung chronisch kranker Patienten mit komplexen Medikamentenregimen in der Praxis niedergelassener Ärzte beleuchtet worden sind, soll nun danach gefragt werden, welche Interventionserfordernisse aus ärztlicher Sicht gegeben sind, um die Adhärenz bzw. das Selbstmanagement der medikamentösen Therapie zu verbessern. Da viele Aspekte bereits angesprochen wurden, werden nachfolgend nur die wichtigsten Punkte erörtert.

(1) *Krankheits- und Therapiewissen als Voraussetzung für Therapietreue und -motivation*: Der Patientenkommunikation – der Aufklärung, Information und Wissensvermittlung der Patienten – kommt, wie mehrfach betont wurde, sowohl zum Zeitpunkt der Diagnose einer chronischen Krankheit, als auch bei der Manifestation von Begleit- und Folgeerkrankungen und bei der Einleitung, Neueinstellung bzw. Veränderung der medikamentösen Therapie ein hoher Stellenwert zu. „*Da kann es viele Fragen geben.*“ (AR 02/1255) – so die Ärzte. Diese Fragen aufzugreifen und Möglichkeiten der Auseinandersetzung mit ihnen zu schaffen, stellt eine wichtige Unterstützungsaufgabe dar – wie vor allem von den Ärzten herausgestellt wird, die bemüht sind, einem partnerschaftlichen Rollenverständnis zu folgen. Gerade sie betonen ausdrücklich, wie wichtig es zudem ist, die Erkrankten zu motivieren, die Chronizität ihrer Erkrankung und die mit langfristigen Therapie- und Medikamentenregimen verbundenen Herausforderungen akzeptieren und mit ihnen umgehen zu lernen. Für die Erkrankten ist dies ein keineswegs einfacher Umstellungs- und Lernprozess. Einmalige Aufklärungsgespräche sind daher kaum ausreichend, auch dann nicht, wenn es darum geht, die Patienten zur Mitarbeit zu bewegen und zur Einhaltung des Medikamentenregimes zu gewinnen. Vielmehr ist eine *begleitende kommunikative Unterstützung* erforderlich. Sie wird auch deshalb als notwendig angesehen, um Widerstände gegen die Medikamenteneinnahme beheben und Abhängigkeitsängsten, Vorbehalten und Zweifeln an der Sinnhaftigkeit einer dauerhaften medikamentösen Therapie entgegen wirken zu können. Nicht weniger wichtig ist die Vermittlung von Krankheits- und Therapiewissen. Denn die Unwissenheit der Patienten ist – so die Ärzte – insgesamt sehr groß. Sie auszuräumen und Patienten das erforder-

liche Krankheits- und Therapiewissen nahe zu bringen, gilt als unverzichtbare Voraussetzung, um eine gelingende Bewältigung der Krankheit bzw. des mit ihr einhergehenden Medikamentenregimes zu erreichen.

(2) *Information und praktische Hilfen zur Anwendung der Medikamente:* Informations-, Aufklärungs- und Unterstützungsbedarf besteht den Ärzten zufolge auch, wenn das verordnete Medikamentenregime korrekt umgesetzt werden soll. Dazu müssen sowohl die Wirkungsweise der verordneten Medikamente wie auch die Dosierung und die Applikationsform ausführlich erläutert werden. Allein auf die Beipackzettel zu verweisen, ist nicht ausreichend. Denn die im Beipackzettel gegebenen Hinweise sind – so die Ärzte – eher verwirrend als hilfreich. Denn zwar lesen alle Patienten, egal „ob jung oder alt, ob intelligent oder nicht intelligent, jeder liest den Beipackzettel“, aber dann stellen sie fest: „Ach, das hat so viele Nebenwirkungen, das lass ich doch lieber sein.“ (AR 01/391-396). Die Arzneimittelinformationen der Hersteller enthalten zu viele Negativinformationen, die nach der Erfahrung der Ärzte bei den Patienten zu Verunsicherungen führen und den Informations- und Beratungsbedarf erhöhen, statt ihn zu mildern. Deshalb bedarf es anderer und zusätzlicher Information und Informationsstrategien. Mündliche Erläuterungen gelten nach wie vor als bedeutsamste Informationsstrategie, reichen aber bei vielen Patientengruppen, beispielsweise bei älteren Patienten, meist nicht aus. Sie benötigen eine weitergehende Unterstützung, z. B. schriftliche Merkhilfen, so etwa eine Notiz auf der Verpackung, in der der Einnahmemodus in großer Schrift festgehalten wird.

(3) *„Je häufiger über den Tag verteilt eingenommen werden muss, desto weniger klappt es“* (AR 07/51-53) – *Unterstützungserfordernisse bei einem komplexen Medikamentenregime:* Vor allem komplexe Medikamentenregime, denen zudem meist komplizierte Einnahmemodi zugrunde liegen, werfen bei der Umsetzung vielfach Schwierigkeiten auf – aus ärztlicher Sicht ein „Kardinalproblem“ (AR 07/54). Für dessen Bewältigung ist Wissensvermittlung ebenfalls unverzichtbar, aber nicht ausreichend. Auch hier bedarf es – vor allem bei älteren Menschen – konkreter Hilfen: etwa eines *schriftlichen Einnahmeplans*, in dem genau festgehalten wird, wann der Patient was und wie einzunehmen hat. Ist der Patient nicht in der Lage, diesen Einnahmeplan umzusetzen, wird die Hinzuziehung einer Begleitinstanz – seien es Angehörige oder ambulante Pflegekräfte – für sinnvoll erachtet, die die Umsetzung des Einnahmeplans garantieren kann. Nachteil dieser Vorgehensweise ist allerdings, dass die Patienten selbst dann keine oder zu wenig Kenntnis ihrer Medikation haben und in ihrer Selbstmanagementfähigkeit unter Umständen eher geschwächt als gestärkt werden.

Außerdem wird bei komplexen Medikamentenregimen der Rückgriff auf *technische* Hilfsmittel empfohlen – so etwa auf Tages- oder Wochen-dosetten. Mit ihnen kann die tägliche Medikamenteneinnahme von den Patienten selbst, ihren Angehörigen oder auch von ambulanten Pflegedienste vorbereitet und damit eine Stütze geschaffen werden, um die Medikamenteneinnahme zu erleichtern und der Gefahr des Vergessens oder der Doppeleinnahme zu begegnen. All diese eher technischen Hilfen vermögen die Probleme der Umsetzung komplexer Medikamentenregime zu erleichtern, beheben sie allerdings noch nicht. Hier nach weitergehenden Lösungsstrategien zu suchen, ist eine wichtige Aufgabe – wie einige der Ärzte betonen.

(4) *Kognitive Einschränkungen und Sprachbarrieren als Hindernis:* Als Hindernis und letztlich auch als Ursache von Adhärenzproblemen wird von ärztlicher Seite immer wieder auf das *Nachlassen der kognitiven Leistungsfähigkeit im höheren Lebensalter* verwiesen. Vor allem bei älteren Menschen mit demenziellen Erkrankungen und kognitiven Einschränkungen ist die regelmäßige Medikamenteneinnahme oft nicht gewährleistet. Bei anderen Patientengruppen stehen wiederum Sprachbarrieren einer problemlosen Verständigung über das Therapie- und Medikamentenregime entgegen – so etwa bei Migranten. Aber auch bei Angehörigen unterer sozialer bzw. bildungsferner Schichten wird die Verständigung über die Medikation und auch die Einhaltung der Verordnung als schwierig eingeschätzt. Daher wird auch hier als wichtig erachtet, nach weitergehenden Lösungen zu suchen.

Für bedeutsam wird außerdem gehalten, anschauliche Kommunikationsstrategien zu entwickeln. So gibt es *„ganz einfach gestrickte Menschen, die meinen, wenn sie drei Wochen lang eine Tablette genommen haben, dann sind sie gesund“* (AR 04/203-205). Aufklärung und Information heißt hier zunächst, Fehlannahmen auszuräumen und basales Wissen zu vermitteln. Dabei ist, um etwa für Menschen aus bildungsfernen Milieus Krankheitszusammenhänge nachvollziehbar zu machen, aus Ärztesicht erforderlich, eine bildreiche Sprache zu verwenden:

„Also ich arbeite halt viel mit Bildern, wenn ich Wirkungen von Medikamenten beschreibe. So bei den alten Leuten halt mit diesen Hochdruckmitteln, arbeite ich häufig mit dem Bild Fahrradschlauch. Daran erinnern sie sich, auch Menschen, die zerebral eingeschränkt sind ... Mit solchen Bildern können sie was anfangen. Man muss Bilder finden, die nachvollziehbar sind für sie... Gerade für Ältere ... sind bestimmte medizinische Informationen ... zu abstrakt. Das können sie nicht mit ihren Erfahrungen in Verbindung bringen.“ (AR 05/1324-1341)

Anhand einprägsamer Metaphern kann diesen Patientengruppen das Krankheitsgeschehen und die Wirkungsweise therapeutischer Interventionen vermittelt werden. Durch eine für Laien verständliche Aufklärung und plastische Information der Grundprinzipien der medikamentösen Therapie und der Wirkungsweise der Medikamente kann auch – so die Überzeugung der Ärzte – der Umgang der Patienten mit dem Medikamentenregime prinzipiell gesteuert und positiv beeinflusst werden. Einschränkend wird geltend gemacht, dass die Wichtigkeit der langfristigen Einhaltung von Therapieplänen bei weitgehend symptomlosen Verläufen oder nach dem Abklingen belastender Symptome allerdings schwierig zu vermitteln ist und dies gilt aus ärztlicher Sicht weitgehend unabhängig von soziodemografischen Faktoren. Weiterhin wird betont, dass die Anleitung von Patienten aus bildungsfernen Milieus oder mit Migrationshintergrund oft eine schwierige und überaus zeitaufwändige Aufgabe darstellt, die den Rahmen der Arztpraxis sprengt und für die andere Möglichkeiten gesucht werden müssen.

(5) *Beachtung von prekären Lebenslagen:* Besondere Aufmerksamkeit bei der Sicherung komplexer Medikamentenregime ist – so die Ärzte – schwierigen und prekären ökonomischen Lebenslagen und Patienten mit geringem Einkommen zu widmen. So werden seit der Erhöhung der Zahlungen für Medikamente und seit Einführung der Praxisgebühr verstärkt finanzielle Beweggründe dafür spürbar, dass Arzttermine nicht eingehalten und die Medikamenteneinnahme reduziert wird:

„Die Versorgung insgesamt ist sicherlich gewährleistet, aber es gibt viele Menschen, das ist auch mein täglich Brot, die erheblich finanzielle Probleme haben. ... Ich hab diese Woche erst ein Patient gehabt ... ein chronisch Kranker ... der regelmäßig kommt. Ich sage ‚Wo sind unsere Blutdrucktabletten? Die sind doch schon lange alle!‘ ‚Ja, das kann ich ihnen sagen, das is ne Frage der Finanzen. Ich habe nur so und so viel Geld ((seufzt)) und damit komme gerade hin. Ich habe weder das Geld für die zehn Euro übrig gehabt ... und wenn ich die Apotheke gehe, muss ich wieder – das hab' ich im Moment nicht übrig'.“ (AR 04/818-831)

Zwar wird die medizinische Versorgung insgesamt als gesichert eingestuft, gleichwohl zeigt sich neuerlich vermehrt, dass Patienten mit geringem Einkommen bewusst Arzttermine hinauszögern, Medikamente strecken oder absetzen, wenn ihr Budget keine zusätzlichen Ausgaben zulässt. Das gilt vor allem für Patienten, die die Voraussetzungen für die Befreiung von Zuzahlungen für chronisch Kranke nicht erfüllen oder sich scheuen, einen entsprechenden Antrag zu stellen. Teilweise wird hier von ärztlicher Seite versucht, durch unentgeltliche Weitergabe von Medikamenten einer ökonomisch begründeten „Non-Compliance“ gegenzusteuern (AR 06/582 ff.). Dies setzt jedoch – ebenso wie die Antragstellung auf Befreiung von Zuzahlungen – voraus, dass die Patienten ihre Probleme offenbaren. Dies zu ermöglichen, ist ebenfalls Aufgabe kommunikativer Unterstützung und gerät ebenfalls allzu leicht zu einer Herausforderung, die die Möglichkeiten der Arztpraxis übersteigt.

(6) *„Es ist total bescheuert jeden Tag eine Pille zu nehmen und das Beste, was passieren kann, ist, dass nichts passiert“* (AR 02/682-684): Langfristige Medikamentenregime erfordern den Erkrankten immer – wie bereits angedeutet wurde – große Geduld, Ausdauer und Frustrationstoleranz ab, vor allem dann, wenn keine unmittelbare Wirkung spürbar ist. Das Medikamentenregime über diese und andere Hürden hinweg aufrechtzuerhalten, bedingt in gewisser Weise einen stoischen, fast selbsttechnokratischen Umgang der Patienten mit sich selbst und den an sie gestellten Anforderungen – eine Kompetenz, die, wie auch die anderen genannten Fähigkeiten, nicht immer naturwüchsig gegeben sind. Die Erkrankten darin zu unterstützen, diese Fähigkeiten zu entwickeln, also gezielt *Kompetenzförderung* zu betreiben, wird ebenfalls als wichtige Aufgabe angesehen.

(7) *„Bedenken der Patienten sehr ernst nehmen und versuchen, gut damit umzugehen“* (AR 02/381-382) – *Umgang mit Nebenwirkungen, Motivationsseinbrüchen und Therapiekrisen*: Zwar ist die Steuerung und Unterstützung des Medikamentenregimes bei chronisch kranken Patienten den Ärzten zufolge vordergründig problemlos, zugleich aber weisen sie immer wieder auf Krisen und andere sich im Verlauf der Zeit einstellende Hürden hin und betonen, dass ihnen besondere Aufmerksamkeit zu widmen ist. Das gilt vor allem für den Umgang mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Der Umgang mit Nebenwirkungen gehört, so die Ärzte, zum täglichen Brot, wenn es um die Bewältigung komplexer Medikamentenregime geht, bedarf aber einer sensibleren Handhabung. Gelingt es nicht, Nebenwirkungen unter Kontrolle zu bekommen bzw. ein für die Patienten erträgliches Maß an Belastungen herauszufinden, schwindet die Bereitschaft zur Akzeptanz und auch zur Mitwirkung an der Therapie. Zugleich ist es nicht einfach, mit den damit verbundenen Herausforderungen umzugehen. Denn oft werden Nebenwirkungen *„etwas abstrus“* (AR 03/ 720 f.) geschildert, sodass die Deutung schwierig ist. Wieder andere Patienten rea-

gieren sehr empfindlich, sodass es sich als eine sehr komplizierte und Geduld erfordernde Aufgabe herausstellen kann, die Therapie richtig auszu-tarieren. Hinzu kommt, dass am Thema „Nebenwirkung“ häufig implizit eine ganze Reihe an anderen Problemen abgehandelt werden, etwa die Frage der Akzeptanz des Medikamentenregimes oder auch die Frage, wieweit Patienten mit ihren Belangen überhaupt auf Resonanz bei den professionellen Instanzen stoßen. Dies deutet an, dass „Nebenwirkungen“ eine in hohem Maße störanfällige und symbolträchtige Thematik darstellt, die nicht wie früher üblich durch „Einschüchterung“ lösbar ist, sondern erfordert, den Bedenken der Patienten Gehör zu schenken und sie ernst zu nehmen. Gleichzeitig ist notwendig, übersteigerten Erwartungen der Patienten entgegen zu treten und eine realistische Einschätzung herzustellen, dabei aber zu vermeiden, dass die Therapiemotivation sinkt. Exemplarisch zeigt dies, dass der Umgang mit Nebenwirkungen eine diffizile Aufgabe darstellt. Dies gilt ebenso für die Bewältigung von Motivationseinbrüchen, Therapiekrisen oder Non-Compliance.

(8) *Vielfachmedikation*: Als problematisch stellt sich insbesondere aus fachärztlicher Sicht auch die so genannte Vielfachmedikation dar. Gemeint ist, dass chronisch Erkrankte mit einem komplexen Medikamentenregime eine ganze Reihe unterschiedlicher Medikamenten einnehmen müssen, die meist von unterschiedlichen (Fach-)Ärzten verordnet werden. Trotz aller Integrationsbemühungen der letzten Jahre sind deren Verordnungen häufig unabgestimmt und werden zudem – wie vor allem die Fachärzte beklagen – von den Hausärzten nicht ausreichend koordiniert. Für etliche Patientengruppen, besonders aber für ältere Menschen ist dies mit zahlreichen Herausforderungen verbunden, die für sie nicht leicht zu bewältigen sind. Ihnen fällt es nicht nur schwer, die Übersicht zu behalten und Verwechslungen zu vermeiden, sondern auch die faktisch auf sie umverlagerten Koordinationsprobleme der Ärzte wiederum mit den Ärzten zu kommunizieren. Für sie bedarf es daher einer gesonderten Koordinationsinstanz, die ggf. auch die Kommunikation mit den Ärzten übernimmt.

(9) *Monitoring und begleitende Unterstützung*: Um Motivationseinbrüche und Therapiekrisen aufzufangen, nicht adhärentes Verhalten zu vermeiden oder ihm so früh wie möglich gegensteuern zu können, ist ein langfristiges Monitoring und – wie bereits mehrfach durchschien – eine begleitende Unterstützung aus Ärztesicht unverzichtbar. Zum Großteil wird diese Aufgabe – so die Ärzte – durch sie bereits abgedeckt. Sie sehen die Patienten regelmäßig, bestellen sie turnusmäßig ein und betreuen sie während der oft langjährigen Krankheitsverläufe. Dabei können allerdings nicht alle Unterstützungs- und Betreuungserfordernisse abgedeckt werden, sei es, weil dies die Möglichkeiten des Praxisalltags sprengt oder sei es, dass dies ihre Aufgabenstellung überstrapaziert. Eine begleitende Unterstützung chronisch Erkrankter, die das von ihnen geleistete Monitoring ergänzt, wird daher von vielen der befragten Ärzte befürwortet. Die Vorstellungen darüber, wie diese aussehen könnte, bleiben allerdings blass, was seine Ursache u. a. in der arztzentrierten Sichtweise haben dürfte, in der andere Gesundheitsprofessionen mit den ihnen zur Verfügung stehenden Potenzialen und Interventionsmöglichkeiten kaum in das Blickfeld geraten – ein Aspekt, um den es nunmehr geht.

Denn nachfolgend soll noch nach zwei weiteren wichtigen Aspekten gefragt werden: nach der Einschätzung der Ärzte und der Bedeutung der

Angehörigen für die Medikamentenversorgung und nach dem Beitrag und der Kooperation mit anderen Gesundheitsprofessionen.

Angehörige als zentrale Unterstützungsinstanz

Fragt man Ärzte nach der Bedeutung des sozialen Netzes und der Familie für die Bewältigung komplexer Medikamentenregime ist die Einschätzung eindeutig: Angehörige sind aus ihrer Sicht eine wichtige, wenn nicht gar *die* zentrale Unterstützungsinstanz und werden, wann immer es nötig ist, kooperativ einbezogen, ja als „Komplizen“ (AR 02/1135 ff.) zu gewinnen versucht:

„...wenn ich merke, dass objektive Hinderungsgründe da sind, ... und ich kenne die Familie und ich weiß da sind Kinder, dann versuche ich da einen Kontakt zu kriegen ... Muss man aber manchmal auch sehr geschickt machen, ... weil alte Menschen oft damit wieder nicht einverstanden sind ... Dann verbleiben wir aber oft so, dass wir dann im Prinzip sagen – sprechen wir nicht drüber... weil sich manchmal dann alte Menschen auch bevormundet fühlen,... da muss man natürlich auch aufpassen,... um ihnen das Selbstwertgefühl nicht zu nehmen, nicht?“ (AR 04/1197-1235)

Der Interviewauszug illustriert nochmals, welcher Stellenwert den Angehörigen zugeschrieben wird. Zugleich scheinen die Schwierigkeiten auf, die die Einschaltung der Angehörigen aufwerfen kann. Sie kann u. U. von den Patienten als de-autonomisierend erlebt werden, sodass es für die Ärzte schwierig wird, die richtige Balance zwischen Wahrung der Patientenautonomie und Exklusivität der Arzt-Patienten-Beziehung einerseits und Mobilisierung der Unterstützung durch Angehörige andererseits zu finden. Dennoch ist es aus ihrer Sicht wichtig, die Kooperation mit den Angehörigen zu suchen, weil sie besonders bei älteren Patienten *die* Garantinnen dafür sind, dass die häusliche Versorgung funktioniert:

„Na, das Beste, das Verlässlichste ist sicher, wenn die Angehörigen da mitspielen ... wenn Kinder (da) sind, ... sich darum kümmern, dann funktioniert es am aller, aller besten. Die sorgen dann dafür... dass der Hausarzt immer wieder antritt, dass da jemand von der Pflegestation (kommt), da trauen die sich dann nicht mehr so die absoluten Dussel hinzuschicken.“ (AR 06/976-988)

„Besorgte Kinder (fragen) ‚Hast du deine Tabletten (genommen)?‘ Oder jetzt zum Beispiel wenn schlechte Wetterverhältnisse sind, da kommt es auch vor, ... da ist der Sohn schnell da gewesen mit dem Auto ... und hat praktisch die Tabletten geholt.“ (AR 04/300-310)

Angehörige übernehmen meist nicht nur zahlreiche Betreuungs- und Pflegeleistungen, sondern oft auch umfängliche Koordinationsfunktionen bei der Sicherung der (Medikamenten-)Versorgung – vorausgesetzt sie „spüren“, sind „besorgt“ und fühlen sich für das erkrankte Familienmitglied verantwortlich. Betrachtet man genauer, warum Angehörige von den Ärzten wertgeschätzt werden, so sind es vorrangig instrumentelle Unterstützungsleistungen, wie die Sorge darum, dass die Medikamentenversorgung nahtlos klappt, die Medikamente regelmäßig eingenommen werden, der Pflegedienst qualitativ hochwertig arbeitet und keine „Dussel“ schickt und bei Problemen mit dem Hausarzt Rücksprache gehalten werden kann – samt und sonders Leistungen, die indirekt auch die Arbeit der Ärzte erleichtern und für sie funktional sind.

In Korrespondenz dazu wird die Situation von Patienten ohne tragfähiges soziales Netz als schwierig eingeschätzt. Dies gilt besonders für allein lebende ältere Patienten, die nach Einschätzung der behandelnden Ärzte damit überfordert sind, komplexe Medikamentenregime eigenständig auf Dauer zu bewältigen und daher besonderer Unterstützungsleistungen bedürften. Zwar bemühen sich die Ärzte, hier tätig zu werden und kompensierende Versorgungsmöglichkeiten zu mobilisieren, etwa ambulante Pflege einzuschalten. Sie hat dann zuweilen keine andere Aufgabe, als die tägliche Medikamenteneinnahme zu garantieren – ein aus Sicht der Ärzte „*wahnsinniger Aufwand*“, aber die „*einzigste Möglichkeit, um einen einigermaßen stabilen Gesundheitszustand zu erreichen*“ (AR 05/396-399). Doch insgesamt – so die durchgängig vertretene Ansicht – kann auch ambulante Pflege ein fehlendes soziales Netz nicht substituieren, sodass die (Versorgungs-)Situation älterer, allein lebender, chronisch Erkrankter als problematisch anzusehen ist.

Kooperation mit anderen Gesundheitsprofessionen

In dem vorangegangenen Abschnitt deutete sich bereits an, dass die Versorgung chronisch kranker Patienten mit komplexem Medikamentenregime auf die Kooperation mit anderen Gesundheitsprofessionen und -instanzen verwiesen ist. Fragen wir daher im Folgenden danach, wie sich die Kooperation mit anderen Gesundheitsprofessionen aus Sicht der niedergelassenen Ärzte ausnimmt.

Sie wird in den Interviews von den niedergelassenen Ärzten allenfalls randständig thematisiert und hat für sie offenbar periphere Bedeutung. Vor allem die „nicht-ärztlichen“ Gesundheitsprofessionen geraten kaum in den Blick, was angesichts der für das bundesdeutsche Gesundheitssystem typischen Strukturen und professionellen Hierarchien durchaus systemkongruent ist. Erstaunlich ist jedoch, dass auch die Kooperation mit anderen Ärzten, etwa die Zusammenarbeit zwischen Primär- und Facharzt in der ambulanten Versorgung kaum Erwähnung findet. Nur auf konkrete Nachfrage wird sie thematisiert und dann als weitgehend unproblematisch dargestellt – eine Sichtweise, die von den Apothekern und Pflegekräften, wie später zu sehen ist, in Frage gestellt wird.

Anders die ebenfalls nur knapp angesprochene Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Ärzten und dem Krankenhaussektor. Sie ist durch etliche Abstimmungsprobleme charakterisiert, die ihre Ursache – so die niedergelassenen Ärzte – in einer gewissen „Realitätsferne“ der Krankenhausärzte haben. Diese offenbart sich vor allem, wenn es um die Therapieeinleitung geht. Erfolgt sie im Krankenhaus, werden meist Therapien gewählt, die zwar rein fachlich betrachtet als „ideal“ gelten und dem aktuellen wissenschaftlichen Diskussionsstand entsprechen, jedoch die gegebenen Lebensumstände und Fähigkeiten der Patienten ausblenden. Klinische Behandlungsepisoden aufgrund einer akuten Krankheitskrise bilden daher aus Sicht der niedergelassenen Ärzte im doppelten Sinne des Wortes „Krisen“ im Krankheits- und Therapieverlauf.

Abstimmungs- und Realitätsferne zeigen sich auch an anderen Stellen: Denn oft wird beispielsweise im Krankenhaus ohne Rücksprache mit den niedergelassenen Ärzten in bestehende, meist sorgfältig aufgebaute Medikamentenregimes eingegriffen. So werden z. B. unabgesprochen invasive Therapiemaßnahmen angesetzt, deren langfristiger Erfolg später regelmä-

ßige Kontrolluntersuchungen erfordert, oder es werden während eines Krankenhausaufenthalts neue Medikamente angesetzt oder bis dato eingenommene Präparate gewechselt und dabei nicht immer sinnvolle Beschleunigungen des Medikamentenregimes eingeleitet – samt und sonders Maßnahmen, die aus Sicht der niedergelassenen, weiterbehandelnden Ärzte zu erheblichen Irritationen der Patienten führen. Bei der unabgesprochenen Verordnung neuer Medikamente sind sie noch überschaubar, doch Wechsel von Präparaten und Steigerungen der Komplexität des Medikamentenregimes bergen meist großes Irritationspotenzial für die Patienten in sich – vor allem, wenn sich die neue Medikamentierung später als nicht tragfähig erweist, weil ohne ausreichende Berücksichtigung der Kontextbedingungen die medizinische „optimale“ Interventionsstrategie verfolgt wurde.

Zugleich bringen die Krankenhausärzte die niedergelassenen Ärzte mit ihren unabgestimmten Interventionen in ein Dilemma:

„Weil natürlich auch die Autorität von Krankenhausärzten oder deren Kompetenz ja wesentlich höher eingeschätzt wird gegenüber der hausärztlichen Kompetenz, versuchen (die Patienten) natürlich zunächst der zu folgen. Wobei ich denke eher sie tun so, als ob sie der folgen würden, aber die kapitulieren davor.“ (AR 05/458-465)

Als Stätten von Forschung und Lehre wird dem Krankenhaus und damit den Krankenhausärzten von den Patienten vielfach eine höhere fachliche Autorität und größere Kompetenz zugeschrieben. Die Folge ist, dass die Patienten zu einer unreflektierten Autoritätsgläubigkeit gegenüber der Klinikmedizin neigen und die Kompetenz des niedergelassenen Arztes in Frage stellen. Dieser steht dann vor einem doppelten Dilemma: nicht nur wurde unabgestimmt in seine Bemühungen interveniert, sondern unbeabsichtigt auch noch seine Vertrauenswürdigkeit unterminiert, die indes wichtige Voraussetzung für die Patientenbetreuung ist. All dies zeigt, dass die Kooperation mit dem Krankenhaus und den dort tätigen Ärzten eine Fülle an unterschiedlich gelagerten Reibungsflächen mit sich bringt.

Kooperation mit den Apothekern

Ähnlich randständig wird die Kooperation mit den Apothekern erachtet. Obschon den öffentlichen Apotheken die Aufgabe obliegt, die Arzneimittelversorgung im primären Sektor sicher zu stellen, scheint die Kooperation mit ihnen eher lose zu sein, wie den wenigen Interviewpassagen, in denen die Ärzte – zumeist auf explizite Nachfrage – auf die Rolle der Apotheker eingehen, zu entnehmen ist: „*Die haben ja nur das Interesse, ihre Zettel zu bekommen. Das läuft nicht so. Da haben wir auch keinen Kontakt.*“ (AR 01/758-760) – so die Standardbeschreibung. Sie verdeutlicht, dass die Apotheker nicht als unterstützende oder beratende Instanz zur Patientenversorgung – etwa durch die Wahrnehmung von Aufgaben des Therapiemonitorings und der Prüfung möglicher Interaktionseffekte von Medikamenten bei Patienten mit multiplen Problemlagen – wahrgenommen werden. Vielmehr ist ihr Beitrag den Ärzten zufolge auf die Bereitstellung der verordneten Medikamente reduziert.

Gegenüber den Apothekern ist die Haltung der Ärzte eher distanziert und eben dies kennzeichnet auch die Kooperation mit ihnen. Weder bei der Betreuung einzelner Patienten, noch auf professioneller Ebene findet offenbar eine wie auch immer geartete Kooperation oder ein fachlicher

Austausch statt. Sogar gegenteilig: wie auch mit den Krankenhausärzten scheint die Zusammenarbeit bereits im Kern störanfällig zu sein. Exemplarisch zeigt sich dies, wenn das Thema „Aut-idem-Reglung“ zur Sprache kommt.

Die „Aut-idem-Reglung“ (§ 129 Abs. 1 SGB V) räumt den Apothekern Entscheidungsbefugnisse ein, die aus Sicht der Ärzte indirekt die ärztliche Handlungsautonomie einschränken und als Eingriff in ihre Domäne erlebt werden. Denn die Auswahl und Abstimmung des Medikamentenregimes ist ihrem professionellen Selbstverständnis zufolge „eigentlich“ eine, wenn nicht die originäre Aufgabe des behandelnden Arztes. Vor allem zwei Aspekte sind es, die von ärztlicher Seite als kritikwürdig erachtet werden: (1) Die Aut-idem-Regelung führt, so betonen sie, vor allem bei älteren Patienten mit langjährigen Krankheitsverläufen zu Verunsicherungen. Denn diese Patienten sind an „ihre“ Medikamente – den Namen und die Beschaffenheit der Präparate (Farbe, Größe, Geschmack) – gewöhnt. Ein „plötzlicher“ Wechsel stiftet daher oft Verwirrung, die von den Apothekern nicht hinreichend in ihrer Tragweite erkannt wird. Vorhandene Fragen und Verunsicherungen der Patienten werden weder antizipiert, noch wahrgenommen, geschweige denn „beantwortet“. Meist wird ihnen ein wirkstoffgleiches Medikament ohne die erforderliche Information und Beratung ausgehändigt. Faktisch wird dadurch der ärztliche Beratungs- bzw. Aufklärungsaufwand erhöht, denn in der Regel kommen die Patienten mit ihren Fragen dann zum Arzt zurück. (2) Zugleich wird den Apotheker damit implizit unterstellt, mit den ihnen zugestandenen Eingriffsmöglichkeiten unreflektiert umzugehen. So wird den Ärzten zufolge von den Apothekern „automatisch“ ein anderes, wirkstoffgleiches bzw. verwandtes Medikament mit einem (vermeintlich) gleichen therapeutischen Effekt „herausgegeben“ und dies lässt fraglich erscheinen, ob die Apotheker tatsächlich die Wirkungsweise unterschiedlicher Präparate adäquat einschätzen können und mit der nötigen Sorgfalt vorgehen. Aus der Perspektive der Ärzte handeln sie schematisch und zugleich „eigenmächtig“: ohne mit dem behandelnden Arzt Rücksprache zu halten und ohne sich einer möglichen Verunsicherung der Patienten zu vergewissern und ihr durch ausreichende Information gegen zu steuern.

Der Grundtenor in den Ausführungen der Ärzte ist eindeutig: die Apotheken sind – wie es sich an der aus ihrer Sicht eher „schematischen“ Handhabung der Aut-idem-Regelung durch die Apotheker festmachen lässt – vorrangig „Abgabe-“ bzw. „Verkaufsstelle“ für Arzneimittel und primär an monetären Interessen orientiert. Als kompetente Beratungsinstanz treten die Apotheker den niedergelassenen Ärzten zufolge nicht in Erscheinung, wie sich u. a. daran zeigt, dass die Patienten – so betonen sie immer wieder – eben *nicht* den Apotheker, sondern den Arzt fragen. Mit anderen Worten, nach wie vor ist die (Haus-)Arztpraxis *der* Ort, an dem die Patienten bei Medikamentenfragen, auch bei einem Wechsel der Präparate, „Rat“ und Rückversicherung suchen. Dass eine engere Kooperation zwischen Arzt und Apotheker zur Veränderung und auch zur Verbesserung der Medikamentenversorgung beitragen kann, wird von ärztlicher Seite „rein theoretisch“ zugestanden, aber im Versorgungsalltag in der Apotheke eher bezweifelt.

Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege

Klang schon in dem zurückliegenden Abschnitt eine pessimistisch gefärbte Einschätzung des Beitrags anderer Gesundheitsprofessionen an, so wird dies noch deutlicher, wenn es um die ambulante Pflege geht. Wiederholt wird von den Ärzten betont, dass die Angehörigen die wichtigste und nur schwerlich zu ersetzende Unterstützungsressource der Patienten darstellen – auch, wenn die Medikamentenversorgung in der häuslichen Umgebung sicherzustellen ist. Daran gemessen kommt der ambulanten Pflege – ebenso wie der stationären Langzeitpflege – aus Sicht der Hausärzte einzig die Funktion einer Restversorgungsinstanz zu. Auf sie wird dann zurückgegriffen, wenn Patienten den Alltag und das Krankheitsmanagement nicht mehr autonom bewältigen können – sei es aufgrund von funktionellen Einschränkungen, nachlassenden kognitiven Fähigkeiten, oder sei es, weil keine familiäre Unterstützung vorhanden ist. Ambulante Pflege wird als „Notbehelf“ und zudem kostenträchtiger Ersatz für ein nicht verfügbares tragfähiges familiales Netz betrachtet. Damit in Einklang steht, dass die Ärzte den Beitrag der ambulanten Pflege zur Medikamentenversorgung chronisch Erkrankter für sehr begrenzt halten. Er reduziert sich unter den derzeitigen Bedingungen des Pflegealltags im Wesentlichen auf die tägliche Bereitstellung, Kontrolle oder Verabreichung der Medikamente. Sich eine darüber hinaus gehende Unterstützung der Patienten und ihrer Angehörigen beim Umgang mit der Krankheit und dem Medikamentenregime vorzustellen, fällt ihnen schwer und übersteigt offenkundig die ärztliche Phantasie. Dagegen stehen von ärztlicher Seite vor allem Qualitäts- und Kompetenzargumente:

„Was da alles angeboten wird. ... das sind eher, das sind ja Pseudoleistungen ... Hauskrankenpflege ist ja eigentlich eine fürchterliche Sache, wenn ich das ansehe.“ und: „Ich hab nicht das Gefühl, dass das gut abläuft ... irgendwann mal kommt dann einer und der Könner stellt die Medikamente und packt erstmal für vierzehn Tage alles vor. Und die dann sonst die Woche über da kommen, die sind eigentlich da, sagen wir mal: einmal um den Leuten so einmal den Waschlappen so in Rekordzeit so einmal so kurz quer rüber zu reiben und vielleicht, um irgendwie den größten Dreck aufzuräumen ...“ (AR 06/747-752 und 865-873)

Kritisiert wird vor allem die Qualität der ambulanten Pflege, die, wie soeben zu lesen war, aus lauter „Pseudoleistungen“ besteht. Auffassungen wie diese sind keine Seltenheit. Ganz in diesem Sinn wird von den Ärzten beklagt, dass die Leistungen der ambulanten Pflege qualitativ defizitär sind, die ambulante Pflege schlecht organisiert und koordiniert ist, der Zeitrahmen nicht ausreichend ist, sie zu wenig systematisch agiert, die Personalfluktuaton und -rotation in der ambulanten Pflege qualitätsmindernd und für die Patienten belastend ist und vor allem die Qualifikation erschreckend schlecht ist. Zwar wird von ärztlicher Seite konzediert, dass die leitenden Pflegekräfte durchaus qualifiziert sind. Das Gros des Personals in der ambulanten Pflege wird jedoch als inkompetent eingestuft und selten werden vor Ort – dem Eindruck der Hausärzte zufolge – wirklich qualifizierte Kräfte von den Pflegediensten eingesetzt. Auch Pflegeleistungen nach § 37 SGB V werden nach ihrer Einschätzung oftmals durch unqualifiziertes Personal erbracht.

Insgesamt wird die ambulante Pflege von ihnen als wenig vertrauenswürdig eingeschätzt, wie allein die Sprachwahl zeigt, wenn von der ambu-

lanten Pflege die Rede ist. Da wird von „Dusseln“ und „Könnern“ gesprochen und werden immer wieder Bezeichnungen wie die „(Ober-)Schwester“ (s. u.) gewählt, die auf ein vor-modernes Bild von Pflege verweisen. Man mag darüber streiten, ob die Problemsicht der Ärzte der Realität entspricht – sie belegt, dass auch das Verhältnis zur ambulanten Pflege als kritisch-distanziert zu bezeichnen ist – Merkmale, die auch die Kooperation mit ihr kennzeichnen¹⁰. Sie ist ebenso wie die Kooperation mit den Apothekern durch geringe Wertschätzung und eher losen Kontakt geprägt¹¹.

Anders ist einzig die Einstellung jener wenigen Ärzte, die über Kooperationserfahrungen mit qualifizierten Pflegekräften in Modellvorhaben oder auch im angloamerikanischen Raum verfügen. Von ihnen wird der Pflege durchaus ein eigenständiger Beitrag in der Patientenversorgung zugestanden.

„Ich denke, dieser pflegerische Aspekt ist halt etwas, was so ganz wichtig ist noch mal. ... Gegenüber der Oberschwester und auch dem Pfleger können die Patienten noch mal mehr zugeben, was das mit ihnen macht, mit den Medikamenten, was ihnen da Probleme macht, was sie sich sonst nicht trauen, weil sie irgendwo auf Augenhöhe sind. Das finde ich ganz wichtig, auch dass sie jemanden haben, der ihnen noch einmal Erklärungen liefern kann. ... Ja, aber es verlangt halt ein gewisses Maß an Qualifizierung ... über Zivis oder angelernte Kräfte ist das nicht möglich.“ (AR 05/1486-1504)

Von diesen Ärzten wird eine stärkere Einbindung der Pflege in die Patientenversorgung sehr wohl als erstrebenswert erachtet. Die Pflege verfügt aus ihrer Sicht durch ihre Alltagsnähe und die geringere soziale Distanz über Einblicke und Einwirkungsmöglichkeiten in Probleme mit der Erkrankung und der medikamentösen Therapie, die auch dem Hausarzt versagt bleiben. Sie könnte somit eine Vielzahl an kommunikativen und edukativen Unterstützungsaufgaben wahrnehmen, was allerdings eine entsprechende Qualifikationsbasis voraussetzt und mit an- oder ungelerten Mitarbeitern nicht machbar ist, wie in dem Textauszug betont wird. Verharren wir noch einmal kurz bei der in der zitierten Interviewsequenz genutzten Sprachwahl. Auch sie weist – trotz allen Wohlwollens – auf ein kritisch distanzierendes Verhältnis zur Pflege: denn als hervorstechendes Merkmal der Pflege wird hier ihre „gleiche Augenhöhe mit den Patienten“ angeführt, was gleichbedeutend damit ist, dass ihr keine professionelle Expertise zugestanden wird, begründet diese doch die asymmetrische Beziehung und auch die (Status-)Differenzen sowie die daraus erwachsene soziale Distanz im Verhältnis zum Patienten.

¹⁰ Dies ist ein keineswegs neuer Befund. Studien zeigen, dass die Kooperation in der ambulanten Versorgung und vor allem zwischen Medizin und Pflege bestenfalls durch loses Nebeneinander gekennzeichnet ist. Sie deuten auch an, wie sehr dies eine zufriedenstellende integrierte Patientenversorgung behindert (Schaeffer 1998; Garms-Homolova/Schaeffer 1998; Ewers 2003; Höhmann et al. 1998; Wingenfeld et al. 2000).

¹¹ Dieser ist in der Regel pragmatisch motiviert, denn die bestehenden Stör- und Konfliktquellen auszuräumen, ist aus ärztlicher Sicht eine aufwändige und (zeit-)ökonomisch kaum realisierbare Aufgabe.

Zwischenfazit

Kommen wir an dieser Stelle zu einer ersten Bilanzierung und betrachten die Problemwahrnehmung der Ärzte noch einmal summierend aus analytischer Perspektive.

1. Die Bewältigung chronischer Krankheit und komplexer Medikamentenregime ist – so betonen die Ärzte immer wieder – mit einem hohen Bedarf an kommunikativer Unterstützung verbunden, der in unterschiedlichen Phasen des Krankheitsverlaufs mit jeweils anderen Fragen und Herausforderungen einhergeht. Dass die niedergelassenen Ärzte das Potenzial dazu haben, diesen Bedarf abzudecken, ist aus ihrer Sicht keine Frage. Eher gegenteilig, sie *müssen* ihn aufgreifen, um überhaupt die für das Gelingen ihres therapeutischen Bemühens erforderliche Krankheitseinsicht und Therapiemotivation sicherzustellen und das dazu erforderliche Krankheits- und Therapiewissen zu vermitteln. Ob sie diesen Bedarf wirklich abzudecken vermögen, ist indes fraglich. Wie zu sehen war, sind ihre dazu erfolgenden Ausführungen, unter inhaltlichen Gesichtspunkten betrachtet, vorwiegend auf das somatische Krankheitsgeschehen, medizinische und auf den technisch instrumentellen Umgang mit dem Medikamentenregime bzw. den Medikamenten konzentriert und auch reduziert. Die Frage, wie komplexe Medikamentenregime von den Patienten bewältigt oder eben nicht bewältigt werden und auch psycho-soziale Aspekte oder lebensweltliche Probleme werden kaum oder nur bruchstückhaft thematisiert und dies zeigt einmal mehr, dass die Problemperspektive der Ärzte als somatisch und pragmatisch verkürzt charakterisiert werden kann (SVR 2000/2001).

2. Das bedeutet freilich nicht, dass die Ärzte kein Verständnis für die Situation der Patienten hätten. Sogar gegenteilig, auch im vorliegenden Datenmaterial spiegelt sich der *Wandel des professionellen Selbstverständnisses der Ärzte* wider und schlägt sich dergestalt nieder, dass die Mehrheit der befragten Ärzte sehr viel aufgeschlossener und empathischer als in der Vergangenheit auf die Patienten reagiert. Doch auch ihr Verständnis kann inhaltlich besehen als perspektivisch verkürzt charakterisiert werden. Ihre Aufmerksamkeit ist, so wurde mehrfach deutlich, arztzentriert und richtet sich ausschließlich auf die sich aus professioneller Sicht stellenden Handlungserfordernisse. Die sich den Patienten bei der Anpassung an das Krankheitsgeschehen und bei der Integration der medikamentösen Therapie in den Alltag stellenden Probleme und auch die Schwierigkeiten, die das Alltagsleben mit und trotz chronischer Krankheit und komplexem Medikamentenregime für sie aufwirft, geraten nur peripher in den Blick der Ärzte, der deshalb als „alltagsfern“ charakterisiert wurde. Wie vielfältig diese sind, zeigt die vorliegende Literatur (Barber et al. 2004; Barry et al. 2001; Belgrave et al. 1997; Conrad 1985, 1987; Dybowski 2005; Haslbeck i.E.; Hagström et al. 2005, Pound et al. 2005; Schaeffer et al. 2005; Thorne et al. 2003) und bezeugen auch die im Rahmen dieser Studie erhobenen Patienteninterviews. Sie unterstreichen, dass Non-Compliance seine Ursache vielfach in Passungsproblemen zwischen den sich aus ärztlicher Sicht stellenden Anforderungen an die Patienten im Umgang mit der verordneten Medikamentierung und den Erfordernissen des Alltagslebens hat, diese aber keineswegs in der Arztpraxis kommuniziert werden (können). Wichtig erscheint es daher, auf eine Erweiterung der medizinisch verengten Perspektive und stärkere Sensibilität für die alltäglichen und lebensweltlichen Probleme der Patienten im Umgang mit chronischer

Krankheit und den mit ihnen einhergehenden Bewältigungsherausforderungen und Leidenserfahrungen hinzuwirken.

3. Angesichts der großen Bedeutung, die den niedergelassenen Ärzten für die Patienten als Anlaufstelle und Vertrauensinstanz zukommt, ist der Arztpraxis sicher eine Schlüsselrolle zuzuweisen, vor allem wenn es um die Behandlung und Versorgung von älteren Patienten mit multiplen chronischen Gesundheitsbeeinträchtigungen und komplexen Medikamentenregimen geht. Gerade für ihre Versorgungsqualität bietet das der hausärztlichen Versorgung zugrunde liegende Konzept einer lebensbegleitenden „Familienmedizin“ zweifelsohne eine Reihe von Optimierungspotenzialen. Allerdings kommen diese im Praxisalltag – wie zu sehen war – ebenfalls nur bedingt zur Entfaltung. Dies ist nicht zuletzt den restriktiven Rahmenbedingungen in der Arztpraxis geschuldet, die auch die Patientenkommunikation limitieren. Zwar ist die Arztpraxis aus ärztlicher Sicht *der Ort* der Patientenkommunikation, doch stehen ökonomische Zwänge und daraus resultierende enge Zeitfenster den dort gegebenen Potenzialen entgegen und setzen einer kommunikativen Unterstützung der Patienten im Praxisalltag Grenzen.

4. Zugleich schienen in den zurückliegenden Ausführungen weitere Grenzen auf, die von den Ärzten *nicht* thematisiert werden. Sie betreffen die kommunikative und edukative Kompetenz der Ärzte. Zwar betonen die Ärzte immer wieder die Bedeutung der Vermittlung von Krankheitswissen. Gemessen an der Wichtigkeit und auch Vielfalt der sich dabei stellenden Aufgaben nehmen sich die ärztlichen Vermittlungsstrategien geradezu hilflos aus. Dominante Strategie ist, wie zu sehen war, die mündliche Erläuterung – eine ausschließlich kognitive Strategie, die auf rationale Einsichtsfähigkeit der Patienten setzt. Differenziertere Überlegungen finden sich nur, was die „Didaktisierung“ dieser Strategie anbetrifft (Rückgriff auf Metaphern). Obschon angemerkt wird, dass die kognitive Strategie Grenzen hat und vorwiegend bei einigen, bei den „intellektuellen“ Patientengruppen greift, bei anderen „einfach strukturierten Menschen“ indes nicht, halten sie an ihr (als bewährtem Muster) fest. Angereichert wird sie bestenfalls mit einer ebenfalls kognitiven Strategie: der Bereitstellung von schriftlichem Informationsmaterial. Nicht verwunderlich ist daher, dass viele Patienten – wie die anderen Gesundheitsprofessionen betonen – die Arztpraxis mit vielen offenen Fragen verlassen, benötigen sie doch andere Vermittlungsstrategien, um das für sie sperrige und sie zudem vielfach erschütternde Wissen aufnehmen, verarbeiten und aneignen zu können. Umso mehr gilt dies, wenn Handlungsirritationen im Umgang mit chronischer Erkrankung oder Widrigkeiten bei dem Therapieregime kommunikativ auszuräumen sind. Rein kognitive, auf rationale Einsichtsfähigkeit setzende Strategien zeigen hier nur bedingt die erhofften Effekte. Dies deutet an, wie wichtig es ist, nach neuen, auf die Patienten und ihre Situation zugeschnittenen Formen der Wissensvermittlung, Problemlösung und kommunikativen Unterstützung zu suchen, unterstreicht aber auch, dass das kommunikative Kompetenz- und Interventionsrepertoire der Ärzte ergänzungsbedürftig ist.

5. Das gilt auch im Hinblick auf das Interaktionsspektrum. Wenngleich immer wieder die Bedeutung der „Mitwirkung“ der Patienten betont wird, liegt der Fokus ärztlichen Handelns – traditionellen Rollenmustern folgend – auf der „Patientenführung“. Zwar ist ein Großteil der Ärzte, wie nochmals unterstrichen sei, um eine aufgeschlossene Haltung gegenüber den

Patienten bemüht, folgt aber gleichwohl bewährten traditionellen Mustern und hält beispielsweise damit korrespondierend weitgehend an asymmetrischen Mustern der Interaktionsgestaltung *durch* den Arzt fest. Auf Aus handlung und partnerschaftliche Zusammenarbeit setzende symmetrische Formen Arzt-Patienten-Interaktion, wie sie seit geraumer Zeit im medizini schen Diskurs favorisiert werden, sind Ausnahmen im Praxisalltag. Auch die Einbeziehung des Patienten in Behandlungs- und Versorgungsentscheidungen, international als Shared Decision Making (SDM) bezeichnet, ist erst ansatzweise realisiert (Scheibler 2004; Stevenson 2003). Dies zeigt, dass der seit längerem proklamierte Wandel des ärztlichen Selbst- und Aufgabenverständnisses und der Arzt-Patienten-Interaktion noch nicht die Praxis durchdrungen hat und es, um ihn zu befördern, auch auf interaktiver Ebene Ergänzungen des Handlungsrepertoires bedarf.

6. Es bleibt abschließend die Kooperation und die Einbindung der Arztpraxis in das Netz versorgender Instanzen zu betrachten. Denn an der Versorgung chronisch erkrankter Patienten mit komplexen Medikamentenregimen sind in der Regel eine ganze Reihe an Instanzen und Gesundheitsprofessionen beteiligt: neben dem Hausarzt sind meist mehrere Fachärzte, Apotheken, soziale Dienste und eventuell die ambulante Pflege oder Krankenhäuser einbezogen. Mit anderen Worten, die Versorgung chronisch Kranker ist ein multiprofessionelles und institutionsübergreifendes Geschehen, das der Abstimmung und Kooperation bedarf, sollen die von den unterschiedlichen Instanzen erbrachten Leistungen ineinander greifen und nicht gegeneinander wirken. Betrachtet man die Ausführungen der niedergelassenen Ärzte retrospektiv noch einmal aus dieser Perspektive zeigt sich, dass davon im Praxisalltag nicht die Rede sein kann. Vielmehr verstehen sie sich mehr oder minder als *Solitär*. Die Kooperationsbezüge zu anderen Instanzen und Professionen sind überaus lose, tragen auf innerprofessioneller Ebene die Züge friedlicher Ko-Existenz, ohne aber zu einem abgestimmten Handeln zu führen, und auf professions- und institutionsübergreifender Ebene sind sie störanfällig bis konfliktreich und zeichnen sich durch Kontaktvermeidung aus – so etwa bei den Apothekern, aber auch der ambulanten Pflege. Dass auch diese Gesundheitsprofessionen einen substantiellen Beitrag zur Versorgung leisten, ist aus ärztlicher Sicht mit einem Fragezeichen zu versehen und dies ist der Grund für ihre Meidungstendenzen.

Angesichts dieser Gemengelage darf nicht verwundern, dass den Bemühungen um eine integrierte Versorgung im hiesigen Gesundheitswesen so wenig Erfolg beschieden ist, denn diese ist zwingend auf enge Kooperation angewiesen. Mit Blick auf die hier verfolgte Fragestellung wiederum verwundert nicht (mehr), warum die Bewältigung und Steuerung komplexer Medikamentenregimes auf der Akteursebene so problembeladen ist. Soll sie sich nicht weiterhin an den defizitären – von Meidung, Abschottung und auch Geringschätzung geprägten – Kooperationsverhältnissen zerreiben, dürfte erforderlich sein, eine der beteiligten Gesundheitsprofessionen zur zentralen Koordinations- und Unterstützungsinstanz zu erheben. Dass die niedergelassenen Ärzte sich als die dazu geeignete Instanz verstehen, dürfte deutlich geworden sein. Ob sie auch die geeignete Instanz sind, ist angesichts der Alltagsferne und der somatisch-pragmatischen Verengung ihres Blicks wie aber auch angesichts der Bedingungen des Praxisalltags allerdings fraglich.

3.2 Die Perspektive der Apotheker: Potenziale und Grenzen der (Arzneimittel-)Beratung

Wie die Ärzte gehören auch die Apotheker zu den traditionellen, also kammerverfassten Gesundheitsprofessionen. Den öffentlichen Apotheken obliegt die Aufgabe, die Arzneimittelversorgung im primären Sektor sicherzustellen. Für die Bewältigung komplexer Medikamentenregime haben sie also eine bedeutsame Funktion, wie sie selbst in ihren immer wieder durch aktuelle gesundheitspolitische Diskussionen geprägten Ausführungen hervorheben. Denn auch sie sind für die Patienten eine wichtige Anlaufstelle und Kommunikationspartner. In Kontrast dazu steht – wie bereits bei einer ersten Sichtung der mit ihnen geführten Interviews auffällt –, dass auch der Blick der Apotheker auf die Patienten und die sich ihnen stellenden Probleme sehr *ausschnitthaft* ist. Dies dürfte, ähnlich wie bei den Ärzten, den kommunikativen Rahmenbedingungen und mehr noch dem besonderen Charakter der Patienteninteraktion in der Apotheke geschuldet sein. Apotheker begegnen den Patienten in einem verkaufsähnlichen Setting. Zwar sehen Apotheker die Patienten oft über einen längeren Zeitraum, manchmal über Jahre, aber eben meist nur in zeitlich sehr kurzen und thematisch durch die Medikamentenabgabe geprägten Sequenzen und fast immer in einem öffentlichen Raum, der die Kommunikation in bestimmter Weise strukturiert und auch begrenzt¹². Auch bei der nun folgenden Auseinandersetzung mit der Problemsicht der Apotheker auf die sich bei der Bewältigung eines komplexen Medikamentenregimes stellenden Probleme werden daher diese Rahmenbedingungen in die Betrachtung einzubeziehen sein.

Bedarf an Information und Kommunikationssituation in der Apotheke

Zunächst soll der Bedarf an Information, Beratung und Unterstützung aus der Perspektive der Apotheker umrissen und im Anschluss daran die Kommunikationssituation in der Apotheke erörtert werden. Nach der (Medikamenten-)Situation chronisch Erkrankter befragt, wird auch von den befragten Apothekern durchgängig der hohe Bedarf an Information und an Gesprächen über Gesundheits- und Krankheitsbelange betont (AP 02/981 ff.). Er wird nicht nur chronisch Erkrankten, sondern allen Patienten attestiert und als Trend der gesellschaftlichen Entwicklung erklärt (AP 02/428), der daraus rührt, dass gesundheits- und krankheitsbezogene Fragen in den vergangenen Jahren eine größere Bedeutung für die Bevölkerung erlangt haben, sich in Einklang damit das Gesundheitsbewusstsein erhöht und auch die Patientenrolle mehr und mehr verändert hat. Generell wollen Patienten heute – so die Apotheker – mehr Information und Wissen über Gesundheits- oder Krankheitsfragen, auch über Arzneimittel und die verordnete bzw. angezeigte Medikation.

Nicht weniger groß wird der Informationsbedarf eingeschätzt, wenn Krankheiten das Leben zu ergreifen beginnen – so etwa, wenn eine chronische Krankheit diagnostiziert wird und erstmals ein Behandlungsregime beginnt oder wenn sich Krankheitssituationen und Medikamentenregime verändern. In der Regel wird dieser Bedarf, sei er explizit oder impliziert

¹² Auch wenn ein Beratungszimmer zur Verfügung steht, erfolgt die Kommunikation in der Regel am Verkaufstresen und nur im Ausnahmefall in einem „abgeschirmten“ Beratungsraum.

artikuliert, an die behandelnden Ärzte herangetragen. Sie sind – das bestätigen auch die Apotheker – erste Anlaufstelle und zentrale Vertrauensinstanz der Patienten. Dennoch wird dieser Bedarf in den Arztpraxen aufgrund des dort herrschenden chronischen Zeitmangels selten befriedigt. Ein großer Teil der (chronisch kranken) Patienten – geschätzt werden 20 bis 25 Prozent – verlässt die Arztpraxis daher mit vielen unbeantworteten Fragen:

„Der hat mich zwar gut untersucht mein Doktor, was ich nun aber habe, weiß ich gar nicht und verstanden habe ich ihn auch nicht ... das ging alles so schnell und die Mädchen haben auch nichts gesagt.“ (AP 02/416-421)

Sätze wie diese sind aus Sicht der Apotheker keine Seltenheit und werden im Alltag oft an sie herangetragen. Vor allem chronisch Kranken wird ein Mangel an Kommunikationsmöglichkeiten attestiert, der auch vor der „Arztpraxis“ nicht Halt macht:

„Also das Problem ist die Kommunikation zum Arzt, das der Arzt das häufig so nebenbei sagt, ... wenn man Glück hat, haben sie so ein Zettelchen mitbekommen. Also, der Arzt müsste schon mal mehr sagen und sich mehr Zeit nehmen.“ (AP 04/56-74)

Oder weitaus deutlicher noch:

„Wo soll heute denn ein morbider oder multimorbider Mensch noch einmal sprechen? Mit wem? In den sieben Minuten beim Arzt?“ (AP 02/881-884)

Doch daraus die Schlussfolgerung zu ziehen, der von den behandelnden Ärzten nicht abgedeckte Informations- und Gesprächsbedarf der Patienten würde stellvertretend an die Apotheke herangetragen und könnte dort aufgefangen werden, ist verfehlt. Sogar gegenteilig, zugleich wird von den Apothekern betont, dass die Patienten in der Apotheke keine umfassende Information und Aufklärung erwarten. Dazu einige Interviewauszüge:

„Aber das sie dann (hier).. großartig Informationen wollen ist auch eher selten. Also das wird dann beim Arzt gemacht.“ (AP 01/229)

„Es ist noch nicht so im Bewusstsein der Patienten. ... Die erwarten .. nicht unbedingt in der Apotheke eine umfassende Beratung. Eigentlich ist es für einen Grossteil immer noch so, dass sie möglichst schnell ihr Medikament abholen wollen.“ (AP 01/794-797)

„Aber dann sind die .. häufig auch nicht gesprächsbereit (..) auch wenn man versucht, es zu erklären, also man findet schwer Zugang auch gerade in der Apotheke“ (Ap 04/14128)

„Und wenn man das Herz gerade erklärt (hat) und will übergehen zu den Medikamenten, dann hat das schon so lange gedauert, dann haben die keine Zeit mehr und gehen und haben auch schon wieder alles vergessen.“ (AP 03/581-584)

„Es gibt sicher viele Leute die darauf warten, dass wir was sagen, trauen sich aber nicht selber zu fragen, stecken das (Medikament) ein und gehen weg“. (AP 02/404-406)

Der Tenor in den Aussagen der Apotheker ist eindeutig. Patienten artikulieren in der Apotheke meist keinen Bedarf an Information und Beratung, fragen nicht viel und verhalten sich dort so, dass eine ausführliche Information unmöglich ist. Dies hat – folgen wir den exemplarisch zitierten Interviewauszüge – unterschiedliche Gründe, allen voran Zeitgründe. So ist

die Apotheke offensichtlich ein Ort, an dem „schnell“ etwas erledigt wird und Eile besteht.

Zugleich – so klingt es in den Interviews ebenfalls an –, wird die Apotheke von den Patienten nicht als Teil der therapeutischen Kette bzw. als „therapeutische Instanz“ angesehen, an die sie sich vertrauensvoll wenden. Diese Funktion ist nach wie vor den Ärzten vorbehalten und kann von den Apothekern offenkundig nicht substituiert werden, weil Bedeutung und Funktion der Apotheke aus Sicht der Patienten andere sind. Denn nach wie vor wird die Apotheke – so die Apotheker – von den Patienten vorrangig als „Abgabestelle von Medikamenten“ (AP 02/21) wahrgenommen¹³. Dies dürfte nicht zuletzt dem verkaufsförmigen Setting in der Apotheke geschuldet sein, das dadurch charakterisiert ist, dass die Rezeption oder der käufliche Erwerb nicht verschreibungspflichtiger Medikamente im Vordergrund der Interaktion steht. Die Interaktion ist zudem zeitlich stark limitiert, hat „öffentlichen“ Charakter (Anwesenheit unbekannter Fremder) und lässt wenig Raum für vertrauliche Gespräche. Eingangsworte wurden bereits angedeutet, dass dieses Setting ebenso wie die räumlichen Bedingungen in der Apotheke die Kommunikations- und Interaktionsmöglichkeiten begrenzen. Zumindest regen sie die Patienten nicht dazu an, schwierige Themen oder gar Intimbelange anzusprechen, ebenso wenig länger dauernden Erklärungen zu hören und sich Wissen vermitteln zu lassen. Dazu bedarf es vermutlich anderer Kontextbedingungen.

Darüber hinaus – so ein weiteres Erklärungsmuster – ist das Festhalten an einem herkömmlichen Bild von der Apotheke, aber auch Ursache dafür, warum sich Patienten in der Apotheke eher zurückhaltend verhalten. Daher bedarf es aus Sicht der Apotheker besonderer Maßnahmen, um den latenten Informationsbedarf der Patienten thematisieren zu lassen – so etwa der Herstellung einer Vertrauensbasis zum Patienten. Einige sind sich die Befragten darin, über eine solche Vertrauensbasis zu verfügen. Dafür spricht aus ihrer Sicht, dass die Mehrheit ihrer Patienten relativ „apothekentreu“ ist und immer wieder in „ihre“ Apotheke kommt. Dennoch reicht Vertrauen allein nicht aus. Gerade weil viele Patienten scheu und unsicher sind, ist darüber hinaus eine gezielte Ansprache und ein offensives „Nachfassen“ durch den Apotheker nötig, damit der Informationsbedarf zur Sprache kommen kann:

„Und ein Grossteil dieser Leute, der hat auch Angst und Scheu ... und der braucht im Grunde eine Ansprache und die kriegt der natürlich auch, wenn wir dann merken, Mensch, der reagiert unsicher, da musst Du mal nach fassen“. (AP 02/391-398) und etwas später: „Das halte ich für wichtig, wenn sie die Leute hier nicht ansprechen in der Apotheke, dann verschwinden auch sehr viele und .. benutzen nur die wenigen Informationen, die sie haben.“ (AP 02/1474-1475)

Nur mit einer zugehenden Haltung ist es also möglich, bestehende emotionale und institutionell gegebene Kommunikationsbarrieren zu überwinden und in der Apotheke eine Kommunikationsbasis herzustellen, die Information und Beratung ermöglicht.

¹³ Weil die Apotheke auch vornehmlich so genutzt wird, können dort auch die Probleme der Patienten nicht wirklich sichtbar werden und dies erklärt, warum Ausführungen der Apotheker zur Projektfragestellung blass sind.

Festzuhalten bleibt somit zunächst, dass den Patienten einerseits ein großer Informationsbedarf attestiert wird, zugleich aber auch Zurückhaltung, ja sogar tendenzielles Desinteresse, diesen Bedarf zu decken. Zugespielt formuliert ist die Apotheke aller Werbeslogan zum Trotz („Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker!“) offensichtlich nicht der Ort, an den sich Patienten spontan mit ihren Fragen wenden oder ausführlich informiert werden wollen. Fragt sich, wie sich das erklärt. Zusätzlich zu den bereits angeführten Gründen dürfte eine entscheidende Ursache darin bestehen, dass die in der Apotheke angebotene Information nicht den eigentlichen Fragen der Patienten entspricht, die verhandelten Kommunikationsinhalte also auf Desinteresse stoßen. Ziehen wir dazu zwei weitere Textauszüge heran:

„... das ist nicht so tief schürfend, in der Regel wollen die nur wissen, wofür das (Medikament) ist ..., ob sich das auch mit anderen verträgt ... nichts, jetzt was tief in die Medizin reinreicht. Vor allem, wenn man dann anfängt, den Wirkungsmechanismus noch mal darzustellen, da wird dann auch abgeschaltet.“ (AP 01/234-241)

„Die kommen schön brav hierhin, die erzählen uns auch über ihre Probleme, die aber meist nicht oder in der Regel nicht auf das Arzneimittel bezogen, was sie dann holen.“ (AP 03/1276-1280)

Einerseits – so erfahren wir hier – haben die Patienten, keinen tiefer gehenden, sondern eher oberflächlichen Informationsbedarf. Wenn überhaupt wollen sie keine „medizinische“ Detailinformation, etwa über pathophysiologische Zusammenhänge. Ebenso wenig wollen sie ausführliche Information über die Wirkungsweise der Therapie bzw. Medikation – Themen, auf die die Apothekenkommunikation konzentriert zu sein scheint: erläutert werden, wie in dem ersten Textauszug angedeutet wird, vorrangig die Wirkungsweise, Applikation, Dosierung verordneter Medikamente etc.. Doch eben diese Themen treffen offenbar nicht die Interessen und Bedürfnisse der Patienten und dies dürfte ein primärer Grund dafür sein, dass die Kommunikation abgebrochen wird, sei es durch innere Kündigung – „Abschalten“ – oder dadurch, dass zeitliche Restriktionen geltend gemacht werden.

Andererseits ist vor allem dem zweiten Textauszug zu entnehmen, dass die Patienten sehr wohl Gesprächsbedarf haben und diesem auch Geltung verschaffen. Allerdings scheint dieser Gesprächsbedarf in der Wahrnehmung der Apotheker nicht mit dem in Verbindung zu stehen, was sie ihrerseits als Informationsbedarf ansehen. Hier wird eine Schieflage der Apothekenkommunikation sichtbar: der attestierte Informationsbedarf und die realen Gesprächsbedürfnisse der Patienten sind nicht kongruent und fallen auseinander. Oder anders ausgedrückt: einerseits stoßen die Informationen der Apotheker bei den Patienten nicht auf Interesse und auch nicht auf angemessene Resonanz, weil die Patienten sie für sich nicht als relevant zu dekodieren vermögen und andererseits erzählen die Patienten über Probleme, die die Apotheker nicht interessieren und von ihnen als beratungsirrelevant gedeutet werden, weil sie nicht direkt auf die Medikamentierung bezogen sind. Diese Schieflage – so steht zu vermuten – dürfte einer wirklichen Verständigung und auch einer erfolgreichen Information und Beratung in der Apotheke im Weg stehen. Betrachten wir, um dieser These nachzugehen, was die Patienten über sich und ihre Probleme erzählen und wie sich dies aus Sicht der Apotheker darstellt:

„Also es wird ein bisschen gestöhnt, was ich natürlich auch verstehen kann, aber viele fangen an, dann auch ein bisschen was Privates zu erzählen, erzählen, wie es geht, was für Schwierigkeiten sind, wobei das dann auch mehr in Richtung Menschliches geht, gar nicht so unbedingt: ‚Können Sie mir helfen, wie ich das jetzt besser regeln kann mit meinen Medikamenten?‘, sondern einfach mehr dieser Wunsch, das mal loszuwerden.“ (AP 01/435-436)

Exemplarisch zeigt sich hier, was die Interviews mit den Apothekern insgesamt durchzieht: Erwartet werden – wie das Zitat noch einmal anschaulich belegt – Fragen zum Umgang mit Medikamenten und der Medikamentierung, berichtet wird indes „Privates“ und „Menschliches“, und es wird ein wenig „gestöhnt“, um etwas „loszuwerden“ (vgl. auch AP 04). Erzählt wird also das subjektive Erleben und Erleiden von Gesundheitsbeeinträchtigung und Erkrankung und richtiger noch: von der Schwierigkeit des Lebens unter den Bedingungen von Krankheit und dem Alltagsleben mit Krankheit. Dafür spricht auch das im Anschluss von dem zitierten Apotheker berichtete Fallbeispiel, in dem eine Angehörige über die Pflege ihres beinamputierten bettlägerigen und unter chronischen Schmerzen leidenden Ehemannes berichtet, über die Belastungen, die diese Situation für sie aufwirft, aber auch dessen Leid hervorgerufen durch Phantomschmerz und nicht wirksame Schmerzmittel. Beispiele wie diese sind keine Seltenheit in den Interviews. Bemerkenswert ist, dass in dem dargestellten wie auch in anderen Beispielen durchaus Medikamentenprobleme zur Sprache kommen. Sie sind jedoch in Alltags- und Erleidenserzählungen eingebettet und werden nur indirekt angesprochen. Daher scheinen sie von den Apothekern als für sie nicht bedeutsam befunden zu werden und die ihnen impliziten bzw. die in ihnen versteckten Fragen – auch zum Medikamentenregime – nicht identifiziert werden zu können. Die Apotheker sind also, so lässt sich schlussfolgern, auf direkte Kommunikation (und gezielte Informationsfragen) angewiesen und tun sich schwer, Alltagserzählungen in ihrer Bedeutung für Beratung und Intervention zu erkennen und fruchtbar zu machen.

Das freilich bedeutet nicht, dass sie nicht mit Alltagserzählungen umgehen können. Durchgängig wird betont und mit Einzelfalldarstellungen belegt, wie wichtig es ist, den Patienten zuzuhören:

„Der erzählt mir dann, wo er die letzten Tage gewesen ist, was er da gemacht hat, will ich alles gar nicht unbedingt wissen, aber man muss ja mal zuhören. Der braucht mal jemanden zum Zuhören.“ (AP 03/1120-1123)

„Weil wir natürlich die einzigen sind, die ein bisschen Zeit für die Leute haben, wo sollen die sonst noch hingehen ... das finde ich ist ein ganz wichtiger Punkt ... diese Sozialstation Apotheke.“ (AP 02/874-878)

Die Interviewauszüge unterstreichen, wie bedeutsam es aus Sicht der Apotheker ist, Patienten Gehör zu schenken und ihnen Zeit zur Verfügung zu stellen – Zeit, die sie beim Arzt und anderen Instanzen des Versorgungswesens nicht erhalten, wie immer wieder hervorgehoben wird. Auch dabei wird den Inhalten der Patientenerzählungen eher periphere Bedeutung beigemessen – auch wird in den Zitate deutlich. Darauf weist etwa der Satzeinschub im ersten Zitat: „*will ich alles gar nicht unbedingt alles wissen*“. Zugehört, richtiger angehört wird in dem Bewusstsein, dass Patienten eine Instanz benötigen, die – so die im zweiten Zitat resümierend verwendete Metapher – als „*Sozialstation*“ fungiert, als Anlaufstelle für

Menschen in schwierigen sozialen Situationen, bei der sie Alltagserlebnisse, auch Sorgen und Nöte des Lebens mit Krankheit „loswerden“ können und die einfach als neutraler Kummerkasten dient. Die Kommunikation bleibt allerdings unverbindlich und hat keinerlei Handlungsrelevanz. Fragt sich, welche Bedeutung ihr dann von den Apothekern beigemessen wird. Eine Kommunikation wie im Taxi oder beim Friseur? Oder dient sie zur Herstellung einer persönlich verbindlichen bzw. kundenfreundlichen Atmosphäre? Das wird von den Apothekern strikt verneint. Funktion dieser Gespräche ist aus ihrer Sicht nicht die „Kundenbindung“, wie sie betonen, sondern

„um deren Zustand ein bisschen zu stabilisieren und damit letztlich die Einnahme zu stabilisieren“ (AP 03/1222-1223).

Für die Apotheker hat diese Kommunikation also in doppelter Hinsicht Stabilisierungsfunktion: sie stabilisiert die Patienten und damit indirekt die Compliance. Gewissermaßen wird ihr also eine therapeutische Funktion zugeschrieben und dies erklärt, warum sie als wichtige Aufgabe angesehen wird, mit der die Apotheker zur Patientenbetreuung beitragen.

Trotz dieser zunächst überzeugend anmutenden Erklärung lassen die geltend gemachten Einschränkungen Zweifel aufkommen. Denn ob und wie weit den Patienten Gehör und Zeit geschenkt wird, ist nicht zuletzt davon abhängig, wie weit das Geschehen in der Apotheke es zulässt. Oft sehen sich die Apotheker gezwungen, die Zeit für solche Gespräche zu begrenzen. Warum deutet die nachfolgende Interviewpassage an:

„Das ist natürlich für einen Apotheker ein Problem, ich lebe ja auch davon, meine Medikamente zu verkaufen. ... mein Honorar ist ja das, was ich aus meinen Medikamenten erziele. Und da muss ich mich natürlich hüten, zu viel Zeit damit zu verbringen, einfach mich mit den Leuten aufs Sofa zu setzen, weil ich ja immer in der Zwickmühle stecke, womit verdiene ich jetzt mein Geld ... und da sagt man ab und zu, jetzt musst du auch mal den Mund halten, da steht schon wieder einer, der wartet jetzt.“ (AP 02/1046-1065)

Trotz der therapeutischen Bedeutung, die dem Zuhören aus Sicht der Apotheker beigemessen wird, sehen sie sich im Alltag genötigt, die Zeit für die Wahrnehmung dieser Aufgabe zu limitieren, weil sie zugleich in eine Interessenkollision geraten, die sie zur Relativierung zwingt. Vor allem, wenn andere Patienten anwesend sind und auf die Apotheker warten, werden Gespräche mit Patienten oft stillschweigend beendet, weil nicht sie, sondern die Medikamentenabgabe honoriert wird. Erwerbs- und Betreuungsgesichtspunkte geraten also in Kollision miteinander und im Zweifel wird ersteren der Vorrang gegeben. Interessant an diesem wie auch den vorangegangenen Interviewauszügen ist nochmals, wie diese Gespräche dargestellt und wahrgenommen werden. Hier ist davon die Rede, dass man sich nicht „einfach mit den Leuten auf das Sofa setzen kann“. Zuvor wurde signalisiert, dass wenig Interesse an den Inhalten der Patientenschilderungen besteht. Die darin zum Ausdruck kommende Ambivalenz und auch anklingende Minderbewertung deutet an, dass diese Art von Patientengesprächen – aller gegenteiligen Erklärungen zum Trotz – eher als vertrauensfördernde und kundenbindende Maßnahme angesehen werden. Zuhören und Patienten Zeit zu widmen scheint eher einem „human touch“ bzw. einer humanen Geste gleichzukommen, die zwar mit professionellen Begründungsmustern untermauert und legitimiert werden kann, faktisch aber nur bedingt als professionell bedeutsam erachtet wird.

Fassen wir an dieser Stelle noch einmal *zusammen*: Die Kommunikationssituation in der Apotheke ist – wie sichtbar geworden sein dürfte – durch etliche Ambivalenzen gekennzeichnet. So kollidieren nicht nur die jeweiligen Kommunikationsintentionen tendenziell miteinander (Apotheker wollen erklären, Patienten erzählen und plaudern), sondern auch die präferierten Kommunikationsinhalte werden wechselseitig eher mit freundlichem und wohlwollenden Desinteresse bedacht und folgen inkongruenten Perspektiven und Relevanzkriterien. Auch die Haltung der Apotheker ist ambivalent: Aufgaben der Patientenbetreuung werden einerseits in ihrer Wichtigkeit betont, reiben sich andererseits aber im Alltag faktisch mit Erwerbs- und Finanzierungsgesichtspunkten, denen letztlich höhere Bedeutung beigemessen wird und werden muss, um die eigene Existenz zu sichern. Schwierig und ambivalent sind auch die in der Apotheke gegebenen Kommunikationsbedingungen. Vor allem der verkaufsförmige Charakter der Interaktion, die geschäftsartigen Räumlichkeiten und die öffentliche Atmosphäre in der Apotheke stehen strukturell in Widerstreit zu den für Information, Beratung und Unterstützung gemeinhin für erforderlich erachteten Bedingungen (Schaeffer et al. 2005) und limitieren im Ergebnis die Möglichkeiten für beratende, anleitende und sonstige Interventionen zur Beeinflussung des Medikamentenregimes.

Interventionspotenziale und -erfordernisse aus Sicht der Apotheker

Fragen wir nun danach, wo aus Sicht der Apotheker Interventionspotenziale und -erfordernisse bei der Bewältigung komplexer Medikamentenregimes gesehen werden. Dabei wird nicht thematisiert, wie weit die gesehenen Potenziale auch real ausschöpfbar sind. Diese Frage zu diskutieren, ist der Schlussbetrachtung vorbehalten.

1. *Offene Fragen nach dem Arztbesuch*: Durchgängig wird betont, dass der Arzt die Patienten zu wenig informiert. Als Grund dafür wird – wie erwähnt – der in den Arztpraxen herrschende Zeitmangel angeführt, der zur Folge hat, dass Patienten fast immer mit einer Reihe offener Fragen die Praxis verlassen. Patienten dann aufzufangen, Nachinformation oder auch Übersetzungsarbeit zu leisten, sehen die Apotheker als wichtige Aufgabe an und betonen, dass hier um den Arztbesuch herum ein hoher Bedarf an Information und Intervention besteht. Besonders nach Erstdiagnosen und auch bei Erstmedikationen, wenn Patienten also neu auf ein Medikamentenregime eingestellt werden müssen, ist ein großer Unterstützungs- und Interventionsbedarf gegeben, weil dies in der Regel zahlreiche Umstellungsprozesse im Leben der Patienten mit sich bringt und die Patienten auf Veränderungen ihres Alltags eingestellt werden müssen. Diese Umgewöhnung oder Eingewöhnung zu begleiten, stellt aus ihrer Sicht eine wichtige Aufgabe der Apotheker dar, bei der es darum geht, Unwissenheit zu beseitigen, Wissen zu vermitteln, aber auch Misstrauen und Unsicherheit auszuräumen und die Patienten mit den neuen Medikamenten *vertraut* zu machen, denn so einer der Befragten: *„Wenn ich etwas benutzen soll, was ich nicht kenne, dann tue ich es erst mal nicht“* (AP 02/465-466).

2. *„Wenn's mir nicht so schlecht geht, dann nehm ich das erst mal nicht ...“* (AP 02/10): Die Apotheke ist aus Sicht der Befragten einer der Orte, an dem *Non-Compliance* sichtbar wird. Weil sie als niederschwellige Anlaufstelle fungiert, als „Sozialstation“, bei der Patienten unverbindlich und ohne Sanktionen fürchten zu müssen, von sich und ihrem Leben erzählen,

wird dort auch berichtet, wie mit Arzneimitteln umgegangen wird – auch, wie das Medikamentenregime gemanagt und eigenhändig verändert wird. Die Apotheker haben dadurch Einsicht in das reale Einnahmeverhalten und somit auch Gelegenheit, korrigierend einzugreifen: können Patienten zur Compliance ermutigen, aufklären, wie folgenreich eigenmächtiges Einnahmeverhalten sein kann und können versuchen, steuernd einzugreifen.

Mit den neuen computertechnischen Möglichkeiten haben sich aus ihrer Sicht die Interventionspotenziale erhöht. Sie erlauben es beispielsweise Medikationsprofile zu erstellen. Festgehalten werden kann der Zeitpunkt der Medikamentenabgabe, die Menge und der Verordnungsmodus, sodass an den Frequenzen, in denen der Patient die Apotheke aufsucht, geprüft werden kann, ob das Einnahmeverhalten „in Ordnung ist“ (AP 03/52). Die Computerprogramme, die in den Interviews breiten Raum einnehmen, ermöglichen also, den *Medikamentenverbrauch* zu kontrollieren und ein Monitoring durchzuführen. Sowohl bei den Apothekern wie bei Patienten stoßen diese Optionen bislang allerdings auf Vorbehalte, u. a. weil sie als Übergriff „auf die Privatsphäre“ empfunden werden (AP 03/60).

3. *Kompetenzförderung*: Großer Bedarf wird auch darin gesehen, die Kompetenz der Patienten erhöhen, z. B. dadurch dass die *Wirkungsweise* der medikamentösen Therapie und einzelner Medikamente erklärt wird und über Wissensvermittlung – so die Hoffnung – auch das Einnahmeverhalten der Patienten gesteuert und positiv beeinflusst werden kann. Einschränkend wird hier – wie zuvor geschildert – geltend gemacht, dass nicht alle Patienten an Wissenserwerb interessiert sind und ihm durch Abbruch der Interaktion ausweichen. Das gilt vor allem für bestimmte Patientengruppen, insbesondere für die so genannte „Laufkundschaft“, aber etwa auch für alte Patienten und auch Herzpatienten (AP 03). Als Hürde erweist sich bei den beiden letztgenannten Gruppen, dass „*der Arzt einen riesen Einfluss (hat)... Ich würde sagen, die sind mehr den Ärzten hörig.*“ (AP 03/1322-1336) und dies erschwert die Aufklärung. Andere Patientengruppen – so z. B. HIV-Patienten – sind den Apothekern zufolge sehr wohl interessiert daran, sich genau zu informieren. Hier sind es vor allem die eher den unteren sozialen Schichten angehörenden Patienten, die „*Sozialhilfeempfänger*“ (AP 03) wie beispielsweise die Junkies, die sich als tendenziell uninteressiert und auch informationsresistent erweisen.

4. *Information über den Umgang mit und die Handhabung von Medikamenten*: Eine weitere wichtige Informationsaufgabe besteht den Apothekern zufolge in der *Erläuterung des Umgangs* und der *technisch-instrumentellen Handhabung*, z. B. der Dosierung und Applikationsform der verordneten Medikamente. So sind für viele Patientengruppen die knappen Ausführungen oder schriftlichen Notizen des Arztes zur Dosierung nicht ausreichend (AP 04). Zur Illustration wird das Beispiel eines türkischen Migranten angeführt, der die Hinweise des Arztes weder lesen, noch verstehen kann – sei es aus sprachlichen Gründen oder gar, weil er Analphabet ist. In solchen Fällen sehen sich die Apotheker gefordert, Dosierung und Applikation ausführlich zu erläutern, so z. B. das „*3x täglich ½ Tablette*“ so darzustellen, dass ein Migrant die Anweisung wirklich versteht und ihm praktisch zu zeigen, wie man eine Tablette teilt oder viertelt. Ebenso kann es vorkommen – so ein besonders anschauliches Beispiel – einem türkischen Ehemann die Verabreichung von Vaginalzäpfchen für seine Frau erklären zu müssen. All dies verlangt – wie unschwer vorstellbar ist – hohes Einfüh-

lungsvermögen, große Kultursensibilität und lebensweltliche Kenntnisse seitens der Apotheker.

Kompetenzen wie diese werden auch bei anderen Patientengruppen benötigt. So haben gerade ältere Menschen vielfach Problem mit den Sicherheitsverschlüssen bei Tropfflaschen und benötigen genaue Anweisungen, wie sie diese Flaschen öffnen können, sonst ist schon im Vorfeld abzusehen, dass sie die Tropfen nicht einnehmen. Auch Augentropfen und Zäpfchen stellen speziell ältere allein lebende Menschen vor Probleme und sind für sie allein kaum technisch zu bewältigen. Die Apotheker sehen sich hier gefordert, nicht nur aufzuklären, sondern gemeinsam mit den Patienten zu sondieren, wie sie die verordnete Medikation zur Anwendung bringen können. Dabei müssen oft tabuisierte Themen angesprochen werden und ist fast immer die Intimsphäre tangiert, sind also soziale und kulturelle Hürden zu überwinden. Dies zu ermöglichen und mit den Patienten zu überlegen, wie die Medikation appliziert werden kann, setzt daher großes Fingerspitzengefühl und auch eine vertraute Beziehung zum Patienten voraus. Gleichzeitig – auch das sei bereits an dieser Stelle erwähnt – ärgern sich die befragten Apotheker über die Gedankenlosigkeit der verordnenden Ärzte, die zu wenig reflektieren, ob die verschriebenen Medikamente mit den lebensweltlichen Bedingungen der Patienten in Übereinstimmung zu bringen sind und ob die Patienten in der Lage sind, die Verordnung umsetzen zu können. Kritisiert wird auch die Pharmaindustrie, in der Nutzerfreundlichkeit noch keineswegs zur Maxime der Produktherstellung erhoben wurde.

Um das gewünschte Einnahmeverhalten zu erreichen, ist – so wird mehrfach betont – die direkte Kommunikation mit dem Patienten unerlässlich. Andere Kommunikationswege und vor allem schriftliche Informationen werden für nur bedingt tauglich gehalten. *„Wer liest denn schon so einen Flyer?.. Macht doch kein Mensch mehr. .. Auch Beipackzettel, liest ja auch keiner, weil der nicht zu verstehen ist“* (AP 02/480-490). Beipackzettel oder aber auch andere schriftliche Information sind – so die einstimmige Einschätzung – ebenfalls wenig nutzerfreundlich. Auch weil negative Folgewirkungen in ihnen ausführlicher geschildert werden als die intendierten Wirkungen, werden sie von den Patienten nicht rezipiert. Sogar gegenteilig, das Studium von Beipackzetteln gilt aus Sicht der Apotheker sogar als Ursache für Non-Compliance. Auch aus diesem Grund wird der face-to-face Kommunikation und Beratung so große Bedeutung beigemessen. Das gilt um so mehr als sich der Apotheker auf die individuellen Belange eines Patienten einstellen, auch Befürchtungen und Ängste ansprechen und ausräumen und auf diese Weise das Einnahmeverhalten der Patienten steuern kann.

5. Beratung bei Fehlinformation und Sicherung des Medikamentenregimes: Eine weitere wichtige Funktion besteht in der Beratung von Patienten, wenn sie *„von außen etwas aufschnappen“* (AP 01/626). Fast immer beraten gerade chronisch Kranke ihre Krankheitssituation in ihrem sozialen Umfeld und/oder informieren sich in den öffentlichen Medien, wobei das Spektrum von Studium der „Bäckerblume“ bis hin zu gesundheitsbezogenen Ratgebersendungen im Fernsehen reicht. Häufig „schnappen“ sie dort Hinweise auf oder erhalten von Freunden oder Bekannten konkrete Tipps, über sie dann mit in der Apotheke Rücksprache halten. Zum Teil suchen sie dabei nach therapieergänzenden Präparaten, die sie selbst ausprobieren möchten, zum Teil kommen die Patienten aber auch in die Apotheke,

mit dem Wunsch, ihre Medikation zu verändern, einzelne Mittel zu substituieren oder verschreibungspflichtige Medikamente gegen andere, etwa pflanzliche oder naturheilkundliche Präparate auszutauschen. Dabei sind – so die Apotheker – der Phantasie keine Grenzen gesetzt und kommen die Patienten auf die „*abstrusesten Ideen*“ (AP 01/632). Diese abzubiegen und die Patienten auf das verordnete bzw. bestehende Regime einzustellen und es zu festigen, wird von den Apothekern als wichtige Aufgabe angesehen, die keineswegs immer leicht ist: ein Großteil der Patienten ist – wie mehrfach betont wird – sachlichen oder wissenschaftlichen Argumenten kaum zugänglich und daher schwer zu überzeugen. Mehr als sachlicher Information glauben die Patienten der persönlichen Erfahrung anderer (meist einer nahe stehender Person aus dem sozialen Umfeld) und insistieren darauf. Den Apothekern wird hier umfängliche Überzeugungsarbeit abverlangt, der deshalb nicht immer Gelingen beschert ist, weil Patienten häufig informationsresistent sind – zumindest, so ist hier zu ergänzen, resistent gegenüber der offerierten Information, die, wie zuvor herausgearbeitet wurde, nicht kongruent mit ihren Relevanzkriterien ist.

6. *Sich widersprechende Verordnungen*: Weil in der Apotheke die Fäden zusammenlaufen (AP 01) wird hier auch sichtbar, wenn Patienten sich widersprechende Verordnungen erhalten – sei es, weil sie sich bei mehreren Ärzten in Behandlung befinden und die Verordnungen nicht aufeinander abgestimmt sind, oder weil Patienten gezielt mehrere Ärzte konsultieren, um sich von ihnen „*ihre*“ Medikamente zu holen. So werden von Patienten beispielsweise zuweilen Schmerzmittel von unterschiedlichen Ärzten eingeholt, um auf die gewünschte Menge von Mitteln zu gelangen. Letzteres, „*eine Art von Missbrauch im leichteren Sinn*“ (AP 01/847-848), wird von den Apothekern zunächst stillschweigend registriert und beobachtet und dann vorsichtig angesprochen. Zuweilen wird auch der Hausarzt kontaktiert, um ihn auf die Situation aufmerksam zu machen. Ähnlich wird auch in dem zuerst genannten Fall verfahren, dann, wenn das gesamte Medikamentenregime aus den Fugen gerät, weil es – wie an den in der Apotheke vorgelegten zwei, drei oder auch vier Rezepten leicht sichtbar wird – unkoordiniert ist und Doppelmedikationen enthält. Auch hier wird zunächst der Patient angesprochen, informiert und um Rücksprache mit seinen Ärzten gebeten. Ist der Patient überfordert, wird der hauptsächlich behandelnde Arzt kontaktiert. Meist ist er froh, denn oft weiß er nicht von der Behandlung durch weitere Ärzte, zuweilen aber reagiert er auch konsterniert.

Zu sich widersprechenden Verordnungen kommt es nicht allein dann, wenn Patienten mehrere Ärzte aufsuchen. Auch einzelne Ärzte verschreiben des Öfteren sich widersprechende Medikamente, ebenso veraltete oder zuweilen nicht indizierte Präparate. Auch hier wird Interventionsbedarf gesehen und ähnlich verfahren wie zuvor: zunächst erfolgt ein beratendes Gespräch mit dem Patienten und dann ein Telefonat mit dem Arzt, in dem er „*sanft*“ (AP 01/858 ff.) auf die Problematik angesprochen wird. Die Apotheke hat hier aus der Sicht der Befragten eine ungeheuer wichtige Funktion und ist gewissermaßen Schaltstelle, an der Fehlmedikation – egal, wodurch sie provoziert ist – erkannt und korrigiert werden kann. Allerdings ist auch diese Funktion nicht leicht zu realisieren und bringt die Apotheker im Alltag immer wieder in ein Dilemma. So fühlen sich zuweilen die Patienten dupiert und empfinden die Intervention der Apotheker als Einmischung in ihre Privatsphäre und in Probleme, die der

Arzt-Patienten-Kommunikation vorbehalten sind. Ebenso ist es mit den Ärzten. Auch sie reagieren nicht immer erfreut auf die Anrufe der Apotheke, weil sie sie mitunter ebenfalls als unerbetene Einmischung und auch als Übergriff auf ihre professionelle Domäne ansehen („*ich bin hier der Verordner*“ AP 02/714 f.). Dies mag ausreichen, um zu zeigen, dass das Interaktionsdreieck Arzt-Apotheker-Patient leicht störanfällig ist und ihm zahlreiche Konfliktpotenzialen innewohnen, die für die Apotheker nicht immer leicht zu handhaben sind und aus ihrer Sicht einem vernünftigen Monitoring von Medikamentenregimes entgegen stehen.

7. *Monitoring bei zunehmender Komplexität der medikamentösen Therapie:* Eng damit verbunden ist eine weitere Aufgabe. Auch wenn sich die Komplexität des Medikamentenregimes steigert, wie es bei chronisch Kranken fast immer im Lauf der Zeit beobachtet werden kann, benötigen die Patienten aus Sicht der Apotheker Information und Beratung. Fast immer treten im Verlauf der Krankheit neue Beschwerden auf, gesellen sich weitere Krankheiten hinzu und addieren sich in Folge zusätzlicher oder neuer Krankheitsphänomene neue Medikamente zum bestehenden Regime hinzu. Auch sie werden oft nicht sorgfältig aufeinander abgestimmt, sodass sich negative Interaktionseffekte einstellen – ein Phänomen, das keine Seltenheit im Apothekenalltag hat. Ebenso häufig kommt es vor, dass die neu verordneten Medikamente Nebenwirkungen hervorrufen. Nicht eben selten werden Nebenwirkungen mit weiteren Medikamenten behandelt, anstatt das Regime neu zu justieren. Hier intensiver zu beraten, sehen die Apotheker als wichtiges Interventionserfordernis an, wobei auch hier eine Aufgabenstellung gegeben ist, bei der sie sich u. U. an den Patienten wie auch den behandelnden Arzt wenden müssen und tendenziell in Konflikt mit beiden Interaktionspartnern geraten.

Interventions- und Informationsbedarf sehen die Apotheker auch darin, die Patienten in dem Umstellungsprozess zu begleiten und ihnen behilflich zu sein, die Komplexität des Medikamentenregimes bewältigen zu können, ihnen unterschiedliche Applikationsformen zu erläutern, mit ihnen durchzugehen, wann, was, wie eingenommen werden soll, ihnen die Verpackungen zu markieren, sodass sie sie einfach unterscheiden können, Merkhilfen zu schaffen, in dem die Tablettengrößen durchgegangen werden, sodass Patienten auch ertasten können, wie sich die Tabletten unterscheiden und ob sie die richtige Tablette einnehmen – eine besonders bei älteren sehbehinderten Patienten wichtige Aufgabe.

Gerade für ältere Menschen, aber auch für Patienten mit Multimorbidität und in Spätstadien chronischer Krankheit stellt der Umgang mit einem komplexen Medikamentenregime eine wirkliche Herausforderung dar, die sie allein nicht zu bewältigen zu vermögen. Zuweilen wird daher versucht, Angehörige zu kontaktieren. Ist ein Pflegedienst eingeschaltet, wird versucht, mit ihm Kontakt herzustellen, um die Medikamentengabe zu besprechen und über sie sicherzustellen. Allerdings sind Vorgehensweisen wie diese nicht die Regel und nur dann möglich, wenn der Patient und sein Umfeld der Apotheke gut vertraut sind.

8. Als große technische Erleichterung für Patienten mit komplexen Medikamentenregimes werden *technischen Hilfsmittel*, wie z. B. Dosetten gesehen. Um sie ranken viele Passagen in den Interviews. Dosetten erleichtern die tägliche Medikamenteneinnahme, machen sie für die Patienten handhabbarer und reduzieren damit die Gefahr von Non-Compliance motiviert

dadurch, dass Tablettenpackungen nicht geöffnet werden können. Allerdings bedürfen auch diese technischen Hilfsmittel der Medikamentenverabreichung ebenso wie die Dosierungsform und Verpackung aus Sicht der Apotheker noch weitaus größerer Nutzerfreundlichkeit und sind noch zu wenig auf die Lebensbedingungen speziell älterer eingeschränkter Menschen ausgerichtet. Würde die Nutzerfreundlichkeit verbessert, könnte dies den Apothekern zufolge die Medikamenteneinnahme enorm erleichtern.

Soweit die aus Sicht der Apotheker wichtigsten Interventionserfordernisse. Es bleibt, bevor diese abschließend diskutiert werden, auch hier noch einen Blick auf die Rolle der Angehörigen und die Kooperation mit den Ärzten zu werfen.

Angehörige als Garanten von Adhärenz

Die Rolle der Angehörigen kann den Apothekern zufolge nicht hoch genug eingeschätzt werden. Sie gelten als potenzielle Garanten von Adhärenz bzw. Compliance, wie folgender Interviewauszug exemplarisch zum Ausdruck bringt:

„Wenn die stabile Partnerschaft da ist, dann ist da auch ein stabiles Leben, ... wenn das soziale Umfeld in Ordnung ist, dann werden auch die Tabletten regelmäßig genommen.“ (AP 03/422-448)

Mag diese Einschätzung überzogen anmuten, so werden Partnerschaften, Familien und ein funktionierendes soziales Umfeld auch von den Apothekern für überaus wichtig gehalten. Sie gelten nicht nur als unterstützender Faktor der Krankheitsbewältigung, sondern auch der Medikamenteneinnahme. Einer engen Kooperation mit den Angehörigen wird von den Apothekern daher hohe Bedeutung beigemessen, zumal es oft die Angehörigen sind, die die Apotheke aufsuchen und die Medikamente für das erkrankte Familienmitglied besorgen. Im Apothekenalltag wird daher möglichst versucht, sie konstruktiv einzubeziehen, stellvertretend mit ihnen das Regime zu besprechen und ihnen eine tragende die Compliance stützende Rolle zuzuweisen. In Korrespondenz dazu wird die Situation alleinlebender Patienten wiederum als sehr schwierig eingeschätzt. Das gilt insbesondere für alleinlebende ältere Patienten, die den Apothekern zufolge vielfach überfordert davon sind, komplexe Medikamentenregime eigenständig auf Dauer zu bewältigen und daher besonderer Unterstützungsmaßnahmen bedürften. Die Apotheker sehen hier wenig Möglichkeit, entsprechend tätig zu werden. Zwar unterstützen sie diese Gruppe oft dergestalt, dass sie sich Zeit nehmen und ältere Patienten mit sonstigen Hilfen unterstützen, z. B. bei Bettlägerigkeit oder sonstigen Mobilitätseinschränkungen die Medikamente nach Hause bringen. Weitergehende Interventionsmöglichkeiten sind ihnen jedoch versperrt, weil sie keinen Zugang zum häuslichen Alltag dieser Patientengruppe haben.

Kooperation mit den Ärzten

Auch die Arztkooperation wird als überaus wichtig für eine gut funktionierende Medikamentenversorgung erachtet und in den Interviews immer wieder angesprochen. Thematisiert werden die Potenziale einer engen Zusammenarbeit von Ärzten und Apothekern, die im Alltag allerdings – und

darauf konzentrieren sich die Ausführungen – an professionellen Barrieren scheitert. Denn der Alltag ist dadurch bestimmt, dass

„der Apotheker nicht unbedingt in einer guten Kooperation mit dem Arzt steht.“ (AP 03/793)

Auch in den Interviews nimmt die defizitäre Kooperation – insbesondere mit den Ärzten – einen breiten Raum ein. Dennoch wird auch betont, dass eine weniger störanfällige oder – positiv formuliert – eine ineinander greifende Kooperation mit den Ärzten den Apotheker zufolge enorm zur Verbesserung der Medikamentenversorgung und auch zur Adhärenz bzw. Compliance beitragen könne. Welche Chancen eine enge Kooperation zwischen diesen beiden Gesundheitsprofessionen aus Sicht der Apotheker in sich birgt, wurde in den zurückliegenden Ausführungen bereits angedeutet. Sie könnte dazu beitragen, dass Missbrauch, Doppel- und Fehlmedikation vermieden werden könnte, dürfte generell zur Fehlervermeidung und Kostenersparnis beitragen und würde darüber hinaus ermöglichen in gemeinsamer Allianz auf eine Optimierung des Umgangs mit Medikamenten durch die Patienten hinzuwirken. Darüber wie die Arztkooperation verbessert werden könnte, werden allerdings nur wenige Vorstellungen geäußert. Die Ausführungen konzentrieren sich auf Kritik an der gängigen Kooperationspraxis der Ärzte und auf der Betonung der theoretisch vorhandenen Optionen und haben angesichts der gegebenen Realitäten tendenziell einen resignativen Unterton.

Als erschwerend wird darüber hinaus geltend gemacht, dass professionelle Hürden auch ihren Niederschlag im Patientenhandeln finden und viele Patienten arzthörig bzw. arztabhängig sind, was den Apothekern ebenfalls im Alltag oft verwehrt, die eigentlich gegebenen Möglichkeiten der Apotheke auszuschöpfen. Nochmals zeigt dies, wie vielschichtig das Thema Kooperation ist und wie vielfältig die Herausforderungen sind, die hier der Bewältigung harren.

Zwischenfazit

Treten wir an dieser Stelle einen Schritt zurück und kommen zu einer Bilanzierung, bei der nochmals die Problemwahrnehmung der Apotheker im Mittelpunkt steht.

1. Insgesamt wird der Bedarf an kommunikativer Unterstützung der Patienten bei der Bewältigung von Medikamentenregimes als sehr facettenreich geschildert und ähnliches gilt auch für die der Apotheke theoretisch „eigentlich“ zur Verfügung stehenden Potenziale, zur Optimierung der Medikamentenversorgung beizutragen. Betrachten wir die Ausführungen zum Bedarf und zu den Interventionspotenzialen eingehender unter inhaltlichen Gesichtspunkten fällt allerdings auf, dass die Problemwahrnehmung der Apotheker weitgehend auf die Frage der technisch instrumentelle Handhabung von Medikamenten reduziert ist. Im Vordergrund steht immer wieder die Frage, in welchem Maß und wie Medikamente eingenommen werden und weniger, wie komplexe Medikamentenregime von den Patienten bewältigt werden und welche Probleme dies in ihrem Alltag aufwirft. Dies erklärt, warum Themen wie Dosierung, Applikation, Fragen der konkreten Handhabung einzelner Medikamente und der Medikamenteneinnahme so hohen Stellenwert in den Ausführungen haben.

2. Auffällig ist auch, dass die Problemwahrnehmung streckenweise sehr wenig differenziert ist, wie etwa an der Darstellung der Patienten deutlich wird. In der Summe werden die Patienten sehr *pauschal* betrachtet und – trotz intensiver Nachfrage – kaum nach Gruppen, Verhaltensweisen etc. differenziert und auch nicht typisiert. Auch die Kenntnis der Lebenssituation der Patienten und der sich ihnen stellenden Herausforderungen und Probleme bei der Krankheitsbewältigung oder des Medikamentenregimes scheint eher rudimentär zu sein. Ähnliches gilt für den häuslichen Alltag oder die Alltagsroutinen chronisch Kranker im Umgang mit Medikamenten. Auch dazu sind die Ausführungen blass und bleiben trotz Nachfragen vage. Gleichzeitig sind sie von anekdotenhaften Einzelfalldarstellungen durchzogen, aus denen allerdings wenig generalisierende Rückschlüsse gezogen werden.

Ursächlich dafür dürfte das interaktive Bedingungsgefüge in der Apotheke sein. Das trotz gegenteiliger Erklärungsmuster letztlich doch weniger therapeutisch, sondern verkaufsförmig geprägte Interaktionsgefüge limitiert nicht nur die Kommunikation, sondern auch den Austausch über weitergehende Fragen der Krankheitsbewältigung und des Lebens unter den Bedingungen komplexer Medikamentenregimes. Verstärkt wird dies durch den öffentlichen Charakter der Apothekeninteraktion. Er behindert den Austausch über Intimbelange und eine vertrauliche Kommunikation – beides wichtige Voraussetzungen der Gesundheitskommunikation (Hurrelmann/Leppin 2001b), die aus Sicht der Patienten die „Privatsphäre“ tangiert, also der Öffentlichkeit nicht (oder nur unter bestimmten Bedingungen) kommunikativ preisgegeben wird.

3. Die anfängliche Analyse der Patienteninteraktion hat zudem eine grundsätzliche Schiefelage und einige Ambivalenzen der Kommunikation in der Apotheke zu Tage gefördert. Sie hat gezeigt, dass verkaufsförmige Medikamentenabgabe und Information und Beratung tendenziell in Widerstreit zueinander stehen und sichtbar gemacht, wie dies die Kommunikationsstruktur in der Apotheke prägt. Wechselseitiges tendenzielles Desinteresse an den inhaltlichen Ausführungen des anderen und inkongruente Perspektiven und Intentionen wurden als wesentliche Merkmale der Apothekenkommunikation herausdestilliert, in deren Folge ein wirklicher Kontakt und kommunikativer bzw. beratender Austausch schwer bzw. kaum gelingen kann. Sichtbar wurde auch, dass der Erwartungshorizont der Apotheker zu sehr auf Fragen rund um die „Tablette“, und ebenso auf direkte Kommunikation und gezielt artikulierten Informationsbedarf fixiert ist. Indirekte Kommunikation, Alltagserzählungen und Alltagskommunikation können offenkundig nicht mit den Informations- und Beratungsintentionen der Apotheker verknüpft werden. Nicht weniger schwierig scheint es zu sein, attestierten Informations- und Unterstützungsbedarf und seitens der Patienten empfundene (Kommunikations-)Bedürfnisse in Übereinstimmung zu bringen und ebenso Informations- und Unterstützungsangebote so zu platzieren, dass sie bei den Patienten auf Akzeptanz und Gehör stoßen und zu fruchtbaren und konstruktiven Ergebnissen führen. All dieses zeigt, wie wichtig es ist, die kommunikativen Kompetenzen der Apotheker zu verbessern, insbesondere jene, die für Beratung, Information und Selbstmanagementunterstützung erforderlich sind.

Dabei wird den in der Apotheke gegebenen Kontextbedingungen besondere Beachtung zu schenken sein – insbesondere der Eigendynamik der verkaufsförmigen Interaktion, die, wie zu sehen war, sich in vielerlei

Hinsicht als limitierend erweist. Nicht weniger wichtig ist, auf eine Erweiterung der technisch instrumentell verengten Perspektive hinzuwirken und darüber hinaus die Sensibilität für die lebensweltlichen Probleme der Patienten im Umgang mit chronischer Krankheit und den mit ihnen einhergehenden Bewältigungsherausforderungen und Leidenserfahrungen zu erhöhen. Wohlwollendes Zuhören allein ist nicht ausreichend – zumal, wenn es mit tendenziellem Desinteresse gepaart ist, also nicht authentisch ist. Vielmehr ist es notwendig, die Apotheker in die Lage zu versetzen, die Bedeutung, den Gehalt und die Sinnhaftigkeit von Alltagsgeschichten der Patienten besser zu verstehen und nutzbar zu machen.

4. Zu den Besonderheiten der Apotheke gehört zweifelsohne, dass sie eine *niedrig schwellige Anlaufstelle* für Patienten darstellt und über viele Patientenkontakte verfügt. Dadurch sind ihr zahlreiche Interventionspotenziale gegeben, die zweifelsohne der besseren Ausschöpfung harren. Vor überhöhten Hoffnungen ist indes zu warnen. Die zurückliegenden Ausführungen haben zugleich auf Grenzen aufmerksam gemacht. Sie zeigen sich unter anderem auf der Ebene der interprofessionellen Kooperation, insbesondere der Zusammenarbeit mit den Ärzten. Doch auch das verkaufsförmige Setting limitiert die Potenziale der Apotheke. Es erlaubt – zugespitzt formuliert – bestenfalls eine gute Produkt-, aber keine Lebensberatung. Interventionen, die weit in den Lebensalltag mit seinen Routinen hineinreichen, Umstellungsprozesse einleiten und begleiten, Selbstmanagementkompetenz im Umgang mit Krankheit fördern, dürften die Möglichkeiten der Apotheke aufgrund der dort gegebenen strukturellen Bedingungen übersteigen und die Apotheken mit Aufgaben überfrachten und die Apotheker überfordern.

3.3 Die Sichtweise der Pflege: Unterstützungserfordernisse und -potenziale im Alltag

Die Unterstützung chronisch erkrankter pflegedürftiger Patienten und ihrer Angehörigen bei der Bewältigung der Krankheit und der Therapie wird als Kernaufgabe professioneller Pflege betrachtet (§ 3 Abs. 1 KrPflG 2003) und nimmt in der ambulanten Pflege einen breiten Raum ein. Auch bei der Bewältigung komplexer Medikamentenregime spielt die ambulante Pflege eine bedeutsame Rolle. Dabei agiert sie anders als die Ärzte und Apotheker nicht auf der Basis einer Komm-, sondern einer Zugehstruktur und wird im häuslichen Umfeld der Patienten tätig. Sie hat somit direkten Einblick in deren Alltag und die dort manifest werdenden Probleme im Umgang mit der Krankheitssituation und dem Medikamentenregime. Dies spiegelt sich auch in der Problemwahrnehmung wider. Die Interviews mit den Pflegenden sind von Schilderungen der vielfältigen Schwierigkeiten durchzogen, die das Leben mit chronischer Krankheit und dem Medikamentenregime tagtäglich für die Patienten aufwirft. Gegenüber der eher somatisch verkürzten Perspektive der Ärzte und Apotheker ist die der Pflegenden also sehr viel *alltagsgesättigter* und breiter. Zugleich mutet ihre Problemsicht stellenweise eigentümlich *hilflos* und *unentschieden* an. Dies ist entscheidend auf die Rahmenbedingungen ihres Handelns zurückzuführen. So werden beispielsweise der Pflegebedarf und die Einbeziehung ambulanter Pflege in das Versorgungsgeschehen von anderen Instanzen definiert. Die Leistungserbringung auf der Grundlage der Pflegeversicherung (SGB XI) ist an die Bedarfseinschätzung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) gebunden. Die zum Leistungsbereich der Krankenversicherung gehörende Übernahme von therapiebezogenen Aufgaben (§ 37 SGB V) erfordert wiederum eine ärztliche Verordnung. Die Konsequenz ist, dass die Pflege dazu neigt, den Blick sogleich auf andere „übergeordnete“ Instanzen im Gesundheitswesen zu richten wenn es darum geht, die von ihr gesehenen Versorgungs- und Interventionserfordernisse anzugehen und Lösungen zuzuführen. Betont wird, dass es mangels „Legitimation“ schwierig ist, „eigeninitiativ“ tätig zu werden¹⁴. Dies erklärt auch die gewisse *Unentschiedenheit* der pflegerischen Problemsicht, die u. a. daraus resultiert, dass die Rahmenbedingungen der Pflege trotz aller in den letzten Jahren verfolgten Bemühungen um Professionalisierung nach wie vor wenig Raum für eigeninitiatives Handeln lassen. Zugleich deutet dies an, dass auch hier bei der nachfolgenden Analyse die Rahmenbedingungen des Handelns der Pflege nicht außer Acht bleiben dürfen.

¹⁴ In Einklang damit werden professionsübergreifende Kooperations- und Kommunikationserfordernisse von den Pflegenden deutlich häufiger als von den Ärzten und Apothekern thematisiert, wobei der Kooperationsbereitschaft der Ärzte ein zentraler Stellenwert für eine qualifizierte Patientenbetreuung beigemessen wird.

Bedarf an Unterstützung beim Management komplexer Medikamentenregime und Besonderheiten der Kommunikationssituation in der ambulanten Pflege

Zunächst zur Frage, wie sich der Stellenwert der aufgeworfenen Problematik aus der Perspektive der ambulanten Pflege darstellt und wie der Bedarf an kommunikativer und edukativer Unterstützung eingeschätzt wird. Auch aus Sicht der Pflege spielen medikamentöse Therapien eine bedeutsame Rolle für die Versorgung chronisch kranker (alter) Menschen. Ohne Medikamente – so der Grundtenor der Aussagen – wäre die Lebenserwartung und Lebensqualität vieler chronisch Kranker deutlich geringer: „*Wenn es diese ganzen Tabletten nicht gäbe, wären viele schon gar nicht mehr da.*“ (PF 10/1655 f.), so der Kommentar zur Bedeutung der Medikamente für ältere, herzkrankte und multimorbide Patienten. Betont wird ferner, dass die Medikamentenregime nahezu „zwangsläufig“ im Verlauf der Krankheit umfangreicher werden und an Komplexität gewinnen. Parallel dazu potenzieren sich meist die Bewältigungsherausforderungen, nehmen aber infolge des Voranschreitens der Krankheit zugleich die individuellen und sozialen Bewältigungsressourcen der Patienten ab. Mit zunehmender Komplexität der Medikamentenregime und gesundheitlichen Probleme wächst daher auch der Bedarf an kommunikativer Unterstützung: sowohl an einer angemessenen *psychosozialen Betreuung* wie auch an einer hinreichenden *Information und Anleitung bei der Bewältigung der medikamentösen Therapie*.

Das gilt aus Sicht der Pflege für alle chronisch Erkrankten, besonders aber für ältere und „*gehandicapt*“ Menschen (PF 01/97). Gerade für sie werfen komplexe Medikamentenregime meist vielfältige Probleme auf. Sie beginnen mit der Therapiemotivation bzw. -treue. Diese wird von den interviewten Pflegekräften als multifaktoriell geprägtes und dynamisches Geschehen beschrieben, in dem persönlichkeitsbezogene Faktoren, die Krankheitsentwicklung und damit verbundene Besonderheiten der medikamentösen Therapie, ebenso die jeweilige Lebenssituation und die individuelle Krankheitsbewältigung ineinander greifen. Daher wird einer auf die *individuelle Situation zugeschnittenen, begleitenden Information und Beratung* ein besonders hoher Stellenwert zugeschrieben. Sie ist aus Sicht der Pflege essentiell, um die Patienten und ihre Angehörigen zum Management des Medikamentenregimes im Alltag zu befähigen und im Bedarfsfall praktische Hilfen bereitstellen zu können.

Als weiterer für das Alltagsmanagement der Medikamentenregime entscheidender Aspekt wird das *psychosoziale Wohlbefinden* der Patienten und die *Verwobenheit der Therapiemotivation mit der Krankheitsbewältigung* herausgestellt. Langfristige Compliance setzt – so wird in den Interviews betont – die *Akzeptanz der Chronizität* der Erkrankung voraus und diese ist keineswegs immer gegeben. Ferner ist zu berücksichtigen, dass chronisch Erkrankte immer wieder in Motivationskrisen geraten, in denen sie keinen Sinn mehr in der Therapie sehen – seien diese Krisen durch Enttäuschung und Frustration darüber verursacht, dass die Krankheit nicht zum Stillstand kommt oder durch krankheitsbedingte depressive Stimmungslagen. Solche Motivationskrisen rechtzeitig zu erkennen und ihnen gegenzusteuern, ist aus Pflegesicht entscheidend, um die Therapietreue aufrecht zu erhalten und Verweigerungen der Medikamenteneinnahme zu vermeiden:

„Ganz oft ist es in Verbindung mit Depressionen, dass sie dann sagen, ich will gar nichts mehr nehmen. Oder wenn sie schwer krank sind, ... dass sie dann sagen, ich möchte keine Medikamente mehr nehmen.“
(PF 08/188-195)

Durchgängig wird in den Interviews betont, dass die *regelmäßige* Medikamenteneinnahme bei Patienten mit psychischen (Begleit-)Erkrankungen und insbesondere bei (Alters-)Depressionen nicht sichergestellt ist (siehe auch die Befunde der Compliance- und Adhärenzforschung, exemplarisch WHO 2003)¹⁵. Dabei spielen der *Schweregrad der Erkrankung* und die sich im Krankheitsverlauf *verändernde Bereitschaft zur Mitwirkung an der Therapie* eine Rolle:

„Man muss natürlich gucken, welche Krankheitsbilder stecken dahinter ... Tumorpatienten ... sind am Beginn ihrer Krankheit meist geistig auch noch sehr, sehr klar. Aber es gibt es sehr wohl neurologische Erkrankungen, wo das dann irgendwann auch sehr schnell abebbt und die Leute sich in irgendeiner Form von ihrer Persönlichkeit her massiv verändern.“
(PF 01/373-383)

Wie der Textauszug andeutet, können mit dem Voranschreiten der Krankheit Veränderungen der *Persönlichkeit* und der *kognitiven Leistungsfähigkeit* auftreten, die sich beeinträchtigend auf die Einsicht in die Notwendigkeit der Medikation und die Fähigkeit zum selbständigen Therapiemanagement auswirken. Das gilt besonders für demenziell Erkrankte, bei denen die Medikamenteneinnahme oft nur schwer sicherzustellen ist.

Nicht weniger hohe Bedeutung für die Therapiemotivation kommt den Pflegenden zufolge der *Einschätzung des Nutzens der Medikamente* und besonders dem (*Über-*)*Lebenswillen* der Erkrankten zu. Nicht nur schwerkranke, sondern auch ältere Patienten legen – so der Grundtenor in den Interviews – dann ein hohes Maß an Therapietreue an den Tag, wenn sie sozial eingebunden sind und vor allem, wenn sie „*noch irgendein Ziel*“ vor Augen haben, für das es sich lohnt, täglich die Mühsal einer disziplinierten Medikamenteneinnahme auf sich zu nehmen und unangenehme Nebenwirkungen in Kauf zu nehmen (PF 01/1475 f.). Für schwerstkranke Patienten hingegen kann wiederum der Wunsch, das Leben noch einmal auszukosten, höhere Priorität haben als die Einhaltung einer mit Nebenwirkungen verbundenen medikamentösen Therapie, zumal wenn deren Effekt zweifelhaft ist. Dies deutet an, dass sich die Prioritätensetzungen der Patienten im Krankheits- und Therapieverlauf verändern können (Dybowski 2005; Müller-Mundt 2005; Muthesius/Schaeffer 1996; Schaeffer 2004). Auch aus diesem Grund wird eine individuell zugeschnittene begleitende kommunikative Unterstützung der medikamentösen Therapie für unverzichtbar gehalten.

Wiederholt wird von den Pflegenden hervorgehoben, dass chronische Erkrankungen aber nicht nur mit einem im Lauf der Zeit komplexer wer-

¹⁵ Als besondere Herausforderung wird von den Pflegenden das Therapiemanagement bei *psychischen Erkrankungen* erachtet. Die Behandlung mit Psychopharmaka ist – so wird betont – „*was ganz Eigenes*“ (PF 01/1377). Probleme werfen hier die oftmals mangelnde Krankheitseinsicht und die Nebenwirkungen der Psychopharmaka auf. Zugleich können Abweichungen vom Therapieplan zu gravierenden Folgeproblemen führen, „*die zum Teil bei falscher Einnahme wirklich fatale Folgen haben*“ (PF 01/1375 f.).

denden Therapie- und Medikamentenregime, sondern auch mit *Einschränkungen der Handlungsfähigkeit* einhergehen und vor allem im höheren Lebensalter oftmals von *altersassoziierten Funktionseinschränkungen* begleitet sind. Sie können die sachgerechte Handhabung der Medikamente erschweren, wenn nicht verhindern – ein Faktum, das, so wird kritisiert, nur selten in den Blick der behandelnden Ärzte gerät. Ähnliches gilt auch für die Probleme *bei der instrumentellen Handhabung* der Medikamente, die etwa in der *Darreichungsform und Beschaffenheit* der Medikamente begründet sind. Ausführlich werden in den Interviews die aus ihnen erwachsenen *Unterstützungserfordernisse* dargestellt. So wird etwa für ältere Patienten, die an *Einschränkungen der habituellen Fähigkeiten* leiden und die infolge von Diabetes, neurologischen oder rheumatischen Erkrankungen in ihrer Feinmotorik beeinträchtigt sind, oft bereits die Handhabung der Medikamentenverpackungen zu einem Kraftakt. Leiden sie zudem unter Beeinträchtigungen der Sehfähigkeit – wie beispielsweise ältere Diabetespatienten, die: *„fast alle Folgeschäden (haben), fast blind sind“* (PF 02/615 f.) – erweist sich als weitere Schwierigkeit, dass Tabletten entweder *„zu klein“* sind, um sie erkennen und greifen zu können, oder *„zum Schlucken zu groß“* sind (PF 04/585). Exemplarisch zeigt dies, dass nicht allein die Bewältigung der Tablettenlast, sondern auch *der Einnahmefrequenz und -intervalle* im Alltag Probleme aufwerfen kann, insbesondere dann, wenn die Medikamente für die Patienten nur schwer zu handhaben sind. Diese und andere Probleme zu erkennen und sie – etwa durch einen Wechsel der Darreichungsform – auszuräumen, ist aus Sicht der Pflegenden ebenfalls eine wichtige Unterstützungsaufgabe bei dem Umgang mit der Medikation.

Eine weitere Aufgabe wird darin gesehen, den seit Einführung der Aut-idem-Regelung wachsenden Bedarf an Information und Beratung aufzugreifen. Vor allem für ältere Patienten, die bereits über Jahre, wenn nicht Jahrzehnte auf ihre Medikamente angewiesen und mit ihnen „vertraut“ sind, birgt die Aut-idem-Regelung ein erhebliches Irritationspotenzial in sich. Auch wenn kostengünstige Generika die gleiche Wirkstoffzusammensetzung haben, sind die Patienten oft skeptisch, ob sie in ihrer Wirkung und Verträglichkeit dem *„gewohnten“* Originalpräparat entsprechen (PF 03/2030 ff.). In der Regel sind sie mit dem Markennamen oder dem Anwendungsbereich und nicht mit der Wirkstoffbezeichnung vertraut und (er-)kennen *ihre* Medikamente anhand der Darreichungsform und Beschaffenheit. Der mit dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG 2006) verstärkte Druck zur konsequenten Anwendung der Aut-idem-Regelung kann daher bei älteren Patienten das eigenständige Management der Medikation erschweren und die Gefahr der Verwechslung von Tabletten erhöhen. Der daraus resultierende kommunikative und unter Umständen auch instrumentelle Unterstützungsbedarf, wird indes aus Sicht der Pflege oft weder von ärztlicher, noch von Apothekerseite hinreichend erkannt.

Das Spektrum an Unterstützungsaufgaben bei der medikamentösen Therapie erschöpft sich jedoch nicht in der Information oder Anleitung zur sachgerechten Handhabung und ordnungsgemäßen Einnahme der Medikamente. Ebenso wichtig ist eine qualifizierte *Verlaufsbeobachtung und -kontrolle*, um die *Krankheitsentwicklung und Wirkung der Arzneimittel* im Einzelfall adäquat einschätzen zu können und auch Anzeichen für das Auftreten von unerwünschten Therapieeffekten zu erkennen:

„Wie erkennt man denn Nebenwirkungen? Dazu müssen Sie ja wissen, was steht da im Beipackzettel ... Und natürlich auch eine gute Beobachtungsgabe haben. Aber wer kann das denn? Angehörige? Wenn man sie schult, sicherlich. Aber man schult sie ja nicht.“ (PF 01/125-132)

Das *Erkennen von Nebenwirkungen* und die *Einschätzung von Symptomen* ist aus Sicht der Pflege grundlegend für die Beurteilung der Wirksamkeit und das frühzeitige Gegensteuern beim Auftreten von Unverträglichkeiten und Interaktionseffekten der Arzneimittel. Einer systematischen Verlaufsbeobachtung und -kontrolle kommt – wie immer wieder betont wird – daher eine hohe Bedeutung für eine qualifizierte und „vorausschauende“ Versorgung chronisch erkrankter älterer Patienten zu, die in ihren Fähigkeiten zur Selbstachtsamkeit eingeschränkt sind. Wie in dem Interviewauszug anklang, könnte den Angehörigen hier eine wichtige Rolle zukommen, vorausgesetzt sie würden entsprechend geschult und die dafür erforderlichen Kompetenzen erhalten. An einer entsprechenden Patienten- und Angehörigenedukation mangelt es jedoch bislang¹⁶. Zudem ist – auch aus pflegewissenschaftlicher Sicht – fraglich, ob diese Aufgabe wirklich auf die Laienebene verlagerbar ist. Denn längst nicht bei allen Patienten sind Angehörige verfügbar. Gravierender aber noch ist, dass eine qualifizierte Verlaufsbeobachtung und -kontrolle ein solides klinisch-pharmazeutisches Wissen und die Fähigkeit zur Symptombeobachtung erfordert – Kompetenzen, die nicht in einigen, wenigen Schulungsstunden zu vermitteln sind, sondern einer qualifizierten Ausbildung und professioneller Expertise bedürfen.

In ihrer Bedeutung in der gegenwärtigen Diskussion unterschätzt sind aus Sicht der Pflege außerdem die mit *Multimedikation* verbundenen Probleme. Speziell bei Multimedikation, die im Alltag „sperrig“ zu handhaben ist und den Lebensalltag der Patienten zunehmend zu dominieren droht, ist eine Vielzahl von Aspekten zu beachten, soll ein sachgerechtes Medikamentenregime gewährleistet werden. So lässt sich eine regelmäßige Medikamenteneinnahme z. B. bei erwerbstätigen Patienten oft nicht problemlos in den Lebensalltag integrieren. Doch auch bei älteren Patienten kollidiert das Medikamentenregime häufig mit langjährig bestehenden Alltagsroutinen und allzu leicht gerät es zudem – etwa bei besonderen Ereignissen und Aktivitäten – in Vergessenheit.

Dies deutet an, dass sich aus Sicht der Pflege bei älteren Patienten weniger das Problem der bewussten als vielmehr das *unbewussten Non-Compliance* stellt. Als Beispiel wird nochmals auf die im höheren Lebensalter zunehmenden kognitiven Einbußen und demenziellen Erkrankungen verwiesen, in deren Folge Medikamente schlicht vergessen werden. „Vergesslichkeit“ als spezifische Form der nicht-intentionalen Non-Compliance

¹⁶ In der Rehabilitation und im Rahmen von Disease Management-Programmen werden mittlerweile auch hierzulande für bestimmte chronische Erkrankungen (Brustkrebs, Diabetes mellitus, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, koronare Herzerkrankungen) und spezielle Therapieverfahren (z. B. Antikoagulationstherapie) Schulungen als fester Bestandteil strukturierter Behandlungsprogramme durchgeführt, in denen die Fähigkeiten der Patienten zur Symptombeobachtung und -deutung gezielt geschult werden. Teilweise werden auch die Angehörigen in die Schulungsprogramme einbezogen (vgl. als Übersicht Pfaff et al. 2003). Von ihnen profitieren bislang jedoch kaum (pflegebedürftige) Patienten mit multiplen Gesundheitsbeeinträchtigungen (Kirchner 2005).

ist gerade im ambulanten Pflegealltag ein häufig zu beobachtendes Phänomen. Dabei wird das gelegentliche Vergessen der Medikamenteneinnahme von den Pflegenden bei älteren Patienten mit kardiologischen Erkrankungen als kleineres Problem erachtet. Als schwierig wird aber eingeschätzt, wenn Patienten sich nicht mehr daran erinnern, dass sie ihre Medikamente bereits genommen haben und es zur Doppeleinnahme von Arzneimitteln kommt, die wie Digitalis eine geringe therapeutische Breite besitzen. Insbesondere bei schweren Herz- und Kreislauferkrankungen sind „*medikamentenbedingte, durch Falscheinnahmen verursachte Krankenhauseinweisungen*“ keine Seltenheit (PF 01/194 ff.). Sie könnten – so wird betont – durch die rechtzeitige Einbeziehung der ambulanten Pflege als professioneller Unterstützungsinstanz oftmals vermieden werden.

Doch eben daran hapert es. Die ambulante Pflege wird, wie in den Interviews immer wieder kritisiert wird, zumeist erst in den Spätstadien chronischer Krankheit hinzugezogen, dann, wenn unübersehbar wird, dass das Medikamentenregime nicht mehr eigenständig bewältigbar ist – nicht selten, wenn dadurch bedingt eine Krisensituation entstanden ist – und es plötzlich einer Sicherstellungs-, ja: Kontrollinstanz bedarf. In der Regel ist dies zu spät, um eine sinnvolle auf Eigeninitiative und Selbstmanagementförderung zielende Unterstützung zu leisten, weil die mobilisierbaren individuellen und sozialen Ressourcen der Patienten bereits nahezu erschöpft sind. Wünschenswert wäre daher aus Sicht der ambulanten Pflege, nicht vorwiegend als Feuerwehr in Krisensituationen oder als Kontrollinstanz in den Spätstadien chronischer Krankheit fungieren zu müssen, sondern weitaus früher – schon bei der Einleitung der Therapie und bei einer Umstellung der Medikamentenregime – als supervidierende und beratende Instanz einbezogen zu werden, um mögliche Anpassungsprobleme im Alltag, unerwünschte Effekte und Nebenwirkungen erkennen und ihnen durch eine gezielte Förderung der Selbstmanagementkompetenz der Patienten gegensteuern zu können. Denn die derzeitige Praxis bzw. die späte Hinzuziehung der Pflege erlaubt ihr nur, auf Motivationseinbrüche und die Arzneimittelwirkung beeinträchtigende Verhaltensmuster zu *reagieren*, statt diese *präventiv anzugehen* (PF 02/1078ff.)

Hinzu kommt ein weiterer Aspekt, der in diesem Zusammenhang der Erwähnung bedarf: die Art der Hinzuziehung der ambulanten Pflege. Selten erfolgt die Einbindung der Pflegebedürftigen, sondern nahezu ausschließlich auf Initiative Dritter, mit der Konsequenz, dass die Pflege von den Patienten nicht als Unterstützungsinstanz, sondern als Kontrolle und Eingriff in die Autonomie erlebt wird, oder wie es eine Interviewpartnerin formuliert, „*als Belästigung ihrer Selbständigkeit*“ (PF 04/607 f.). Für die Pflege erwächst daraus ein Dilemma, denn die Wahrung der Autonomie, des Selbstbilds und der persönlichen Würde hat für chronisch erkrankte und insbesondere ältere Patienten hohen Stellenwert und dies zu respektieren, wird von der Pflege als konstitutiv angesehen, ist im Alltag aber oft schwierig:

„Wenn jemand wirklich nicht mehr selbständig dafür sorgen kann, dass er seine Medikamente sortiert, ... dosiert und eben zu den bestimmten Uhrzeiten auch nehmen soll, ... schränken wir den Mensch in seiner Selbständigkeit automatisch völlig ein, denn wir sind ja dann diejenigen, die das bestimmen. ... Das ist schon mal für denjenigen Menschen ein Schritt aus seiner Selbständigkeit heraus. ... Dann muss man mit ganz viel Fingerspitzengefühl irgendwie Wege finden, um jemand noch zu

vermitteln ‚Ja, Sie sind noch dafür zuständig‘, aber eigentlich sind wir zuständig.“ (PF 10/83-97)

Einmal mehr wird hier deutlich, wie schwer es älteren Patienten fällt, sich einzugestehen, dass sie Unterstützung bei der Bewältigung des Medikamentenregimes benötigen. Zugleich zeigt der Textauszug, wie diffizil es für die Pflege ist, dann die erforderliche Unterstützung zu leisten. Denn die (unfreiwillige) Hinzuziehung der Pflege kommt einer De-Autonomisierung der Patienten gleich, doch ist oder sollte Ziel der professionellen Bemühungen der Pflege sein, zur Aufrechterhaltung der Autonomie beizutragen. Das sich hier zeigende Dilemma ist im Pflegealltag nicht leicht zu handhaben, auch dann nicht, wenn es um die Unterstützung des Therapie- bzw. Medikamentenregimes geht. Die Wahrnehmung dieser Aufgabe verlangt daher von den Pflegenden ein hohes Maß an „diplomatischem Geschick“ bzw. an edukativen und therapeutischen Fähigkeiten, etwa um konstruktiv mit Widerständen oder mit Dilemmata – wie dem soeben aufgezeigten – umzugehen. Deutlich wird zudem, wie wichtig eine Erweiterung des verrichtungsbezogenen Pflegeverständnisses ist – auch mit Blick auf die Bereitschaft der Patienten – rechtzeitig pflegerische Unterstützung zu suchen.

Faktisch sind damit bereits erste Hürden angesprochen, die es erschweren, dass die ambulante Pflege die ihr zur Verfügung stehenden Potenziale zur Adhärenzförderung wirksam zur Entfaltung gelangen können. Eine weitere, aus Sicht der Pflege zentrale Hürde stellt die *Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten* dar. Sie nimmt in den Interviews breiten Raum ein. Immer wieder richtet sich dort der Blick der Pflege auf die Ärzte, sowohl auf deren als kritikwürdig erachtete Kommunikation mit den Patienten, wie auch mit der Pflege und ebenso auf die daraus erwachsenen Schwierigkeiten der Patientenunterstützung im Pflegealltag. Besonders wenn die Pflege auf der Grundlage der Pflegeversicherung in die Patientenversorgung eingebunden ist, wird sie von den behandelnden Ärzten kaum als Kooperationspartner wahrgenommen, wie es sich u. a. an dem defizitären Kommunikationsverhalten der Ärzte zeigt. Nur selten beispielsweise werden die für eine „verantwortliche Mitwirkung der Pflege an der Therapie“ (§ 3 KrPflG 2003) erforderlichen Informationen über die Medikamentierung der Patienten an die Pflege weitergegeben:

„Der Arzt gibt keinerlei Informationen weiter, das läuft alles über den Patienten oder über die Angehörigen“ (PF 02/442-443),

– so der Grundtenor der Aussagen zur Kommunikation und Kooperation der niedergelassenen Ärzte mit der Pflege – ein Thema, auf das an späterer Stelle näher eingegangen wird.

Doch auch die Patientenkommunikation und -information aus Sicht der Pflege ist fragwürdig. Nach wie vor sind die behandelnden Ärzte als *zentrale Informations- und Aufklärungsinstanz* von den Patienten gefragt. Jedoch kommen die Ärzte dieser Aufgabe – so wird kritisiert – nur bedingt nach, weil „in den fünf Minuten“ beim Arztbesuch dafür keine hinreichende Zeit zur Verfügung steht (PF 02/1087)¹⁷. Ähnlich wie die Apotheker

¹⁷ Von den Pflegenden wird durchaus in den Blick genommen, dass in der ärztlichen Praxis ausführlichen Patientengesprächen enge Grenzen gesetzt sind und die Kostenerstattung für ärztliche Gesprächsleistungen und für Hausbesuche wird als völlig unzureichend eingestuft.

sehen sich daher auch die Pflegenden gefordert, zur Information und Aufklärung der Patienten beizutragen und die kommunikative Lücke zwischen Arzt und Patient zu füllen. So zeigt sich im Versorgungsalltag immer wieder, dass den Patienten die ärztliche Aufklärung zunächst vielleicht ausreichend erscheint. Doch nach dem Arztbesuch stellen sich ihnen dann plötzlich Fragen über die Wirkung und Handhabung der Medikation. Erst dann wird ihnen auch deutlich, dass sie die erhaltene Information nicht verstanden haben. Doch viele Patienten, so die zumeist traditionellen Mustern der Patientenrolle folgenden älteren Menschen, scheuen sich, den Arzt erneut mit ihren Fragen zu kontaktieren, ihm Nachfragen zu stellen oder gar Zweifel und Unsicherheiten kundzutun. Den Patienten Raum für (reflektierende) Fragen zu geben und auch gezielt nachzufragen, macht daher – so wird betont – einen wesentlichen Teil der Patienten- und Angehörigengespräche im ambulanten Pflegealltag aus. Dabei geht es auch darum, den Patienten zu vermitteln, dass Probleme mit der Medikation oder auftretende oder sich wandelnde Symptome für den Arzt eine wichtige Information und Handlungsgrundlage für eine effektive Therapieplanung und -anpassung sind. Besonders ältere Patienten gilt es oft zu ermutigen, Fragen und Probleme beim nächsten Arztbesuch anzusprechen, oder dies stellvertretend für sie zu tun. Nicht weniger häufig ist die Pflege gefordert, erhaltene Information nachträglich zu erläutern, für sie unverständliche oder falsch verstandene Information zu erklären bzw. zu korrigieren oder unbeantwortete Fragen zu beantworten. Faktisch, so deutet dies an, fungiert die ambulante Pflege also als *Übersetzungsinstanz des Arztes, bzw. als Mittler zwischen Arzt und Patient*.

Dabei sind viele der von der Pflege ausgleichende Kommunikationsprobleme wie auch Schwierigkeiten mit der medikamentösen Therapie – so wird durchgängig betont – bereits in der *ärztlichen Behandlungspraxis* angelegt. Gerade bei älteren Patienten ist sie oft mehr als fragwürdig. Denn in der Tendenz werden immer mehr Medikamente verordnet, ohne die mit einer Multimedikation verbundenen Probleme hinreichend zu beachten¹⁸. Vor allem wenn Patienten bei unterschiedlichen (Fach-)Ärzten in Behandlung sind, lässt die Prüfung möglicher Wechselwirkungen vielfach zu wünschen übrig. Teilweise werden *„Medikamente zusammen verordnet, die gar nicht so einnehmbar sind. Da blockiert das eine das andere ... verstärken sich irgendwelche Nebenwirkungen“* (PF 01/34-37). Ein weiteres Problem besteht aus Sicht der Pflegenden darin, dass speziell *„alteingesessene“* Hausärzte eine geringe Bereitschaft an den Tag legen, rechtzeitig Fachärzte in die Behandlung einzubeziehen, geschweige denn einen Pharmazeuten zu Rate zu ziehen. Stattdessen versuchen sie *„erstmal auf Biegen und Brechen selbst zu experimentieren“* (PF 03/486-487). Ebenso gering wird die Bereitschaft der niedergelassenen Ärzte eingeschätzt, im Krankenhaus vorgenommene Neueinstellungen bzw. Umeinstellungen der medikamentösen Therapie zu akzeptieren und fortzusetzen.

„Also, wenn die nach Hause kommen, ist es ja in der Regel so, dass der Hausarzt dann kommt und sowieso in den meisten Fällen die Medika-

¹⁸ Die Einschätzung der interviewten Pflegekräfte deckt sich mit den Ergebnissen von Analysen der ärztlichen Ordnungspraxis, wonach ältere pflegebedürftige Patienten in der ambulanten Sektor – auch im Vergleich zu Patienten in der stationären Langzeitversorgung – überproportional häufig multiple Medikamentenregime verordnet werden (Pittrow et al. 2002).

mente erst einmal wieder umstellt ..., sodass komplett das gleiche System wie vorher läuft." (PF 08/423-431)

Dass der Hausarzt im Anschluss an eine klinische Behandlung „*das Altbewährte wieder auf den Tisch bringt*“ (PF 03/512 f.), ist aus Sicht der Pflege eine weit verbreitete Praxis¹⁹. Mag sie gerade älteren Patienten, die meist auf *ihre* Medikation fixiert sind, entgegenkommen, führt sie doch gleichzeitig zu Verunsicherungen auf Patienten- und Angehörigenseite und hat nicht eben selten zur Folge, dass sich schon bald die alten Probleme wieder einstellen und über kurz oder lang eine wiederholte Krankenseinweisung droht.

Ein weiterer aus Sicht der Pflege kritischer Punkt besteht darin, dass die Hausärzte einmal festgelegte Medikamentenregime im weiteren Krankheitsverlauf selten einer kritischen Revision unterziehen und nicht prüfen, ob alle Medikamente weiterhin erforderlich sind, sie ersetzt oder neu aufeinander abgestimmt werden müssen etc.. Vermutet wird von Pflegeseite zudem, dass die Ärzte eher den Weg des kleinsten Widerstands wählen, wenn Patienten auf *ihren* Medikamenten bestehen und „*verschreiben vielleicht einfach auch um Ruhe vor den Patienten zu haben*“ (PF 10/653 f.), statt sich eingehender mit den Patienten auseinander zu setzen²⁰. Die Folge ist, dass die Medikamentenregime oft kaum mehr überschaubar und Compliance-Probleme vorprogrammiert sind. Die Medikation gleicht oft einem „*Sammelsurium*“, das der Patient „*irgendwie selber regeln soll*“ (PF 01/68).

Dies deutet an, dass auch eine systematische Klärung, ob Patienten überhaupt in der Lage sind, das Medikamentenregime im Alltag zu bewältigen, aus Sicht der Pflege Seltenheitswert hat. Denn dazu ist – so setzt sich die Kritik fort – unerlässlich, *Einblick in den Lebensalltag* und in die konkrete Handhabung der Medikamente zu gewinnen. Ein solcher Einblick ist den Ärzten jedoch weitgehend verwehrt, nicht zuletzt, weil ärztliche Hausbesuche in der Primärversorgung inzwischen Seltenheitswert haben und selbst der Hausarzt die Patienten unter Umständen „*wochenlang, monatelang*“ nicht sieht. Zudem fehlt es den Ärzten an der Fähigkeit, *Konsequenzen diagnostischer Befunde für das Alltagsleben* zu ermessen. Was damit gemeint ist, erläutert eine Interviewpartnerin am Beispiel neurologischer Erkrankungen:

„Ich kriege mit, wie wackelig der Patient auf den Beinen ist ... wie das mit der Feinmotorik läuft ... das kriegt ein Arzt auch mit, wenn er (diagnostiziert). Aber man muss das dann ja auch umsetzen. Das ist der Unterschied. Und wenn ein Arzt in seiner neurologischen Untersuchung

¹⁹ Die Pflegenden idealisieren hier teilweise die klinische Praxis. Ihr wird nicht nur eine dem „neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechende Therapie“ zugeschrieben. Die Existenz unterschiedlicher Fachabteilungen wird mit gelebter Interdisziplinarität gleichgesetzt „*wo ja auch mehrere Fachärzte miteinander kooperierend arbeiten*“ (PF 03/510 ff.). Damit wird die im Kliniksektor gleichfalls anzutreffende Fragmentierung weitgehend ausgeblendet (Feuerstein 1994).

²⁰ Implizit wird hier von den Pflegenden auf Folgeprobleme der unzureichenden Arzt-Patienten-Kommunikation verwiesen, die dazu führt, dass Ärzte Rezepte für Arzneimittel in der Annahme ausstellen, dass die Patienten beim Arztbesuch eine Anordnung von Medikamenten „erwarten“ (vgl. Britten et al. 2000; Himmel et al. 1997).

feststellt, der (Patient) hat einen Tremor, dann weiß er das ... aber das heißt noch nicht, dass dann geklärt ist, wie das dann im Alltag aussieht.“
(PF 04/1183-1200)

Exemplarisch wird hier deutlich, was anfänglich als Alltagsgesättigtheit des „pflegerischen Blicks“ bezeichnet wurde, dessen wesentliches Charakteristikum darin besteht, die Implikationen von Diagnosebefunden für die Alltagsbewältigung zu beobachten und zu interpretieren. Diese Transferleistung vermissen die Pflegenden nicht nur in der hochspezialisierten klinischen Medizin, sondern auch in der hausärztlichen Versorgung.

Der Textauszug ist aber auch in anderer Hinsicht interessant. Exemplarisch zeigt sich an ihm, warum sich die Ausführungen der Pflege immer wieder bei den Ärzten verfangen und zuweilen einer nicht enden wollenden Kritik an der ärztlichen Handlungspraxis gleichen. Denn eingelagert in die Kritik an den Ärzten wird zugleich der für das pflegerische Handeln konstitutive Zugriff dargelegt und ausgeführt, was das Spezifikum der Pflege ist. Was aber bedeutet es, wenn das Spezifikum pflegerischen Handelns eingelagert in die Kritik an den Ärzten geschildert wird? Indirekt wird damit dargelegt, wie sehr es nach wie vor durch die Medizin determiniert ist und spiegelt wider, wie wirkungsmächtig das Machtgefälle zwischen Medizin und Pflege im Alltag ist und wie wenig der Pflege – trotz aller Bemühungen um Professionalisierung und Eigenständigkeit – gelungen ist, sich von der Medizin zu lösen und eine eigenständige Position zu entfalten.

In der Tat, betrachten wir die zurückliegenden Ausführungen in diesem Licht, verdeutlichen sie einmal mehr, wie sehr sich die Pflege durch die von ihr für fragwürdig erachtete Behandlungspraxis der Ärzte und auch deren faktische Nicht-Kooperation mit der Pflege genötigt sieht, den Ärzten „hinterher zu räumen“, stillschweigend unentbehrliche Hintergrundarbeit – und, so Steppe (1989) – nicht „Dienst am Patienten, sondern am Arzt“ zu leisten. Nochmals wird hier – wie auch bei den Ausführungen der Apotheker – deutlich, wie wichtig es ist, auch in Deutschland Modernisierungsprozesse im Gefüge der Gesundheitsprofessionen einzuleiten, dabei die Position der nicht-medizinischen Gesundheitsprofessionen zu stärken und dafür Sorge zu tragen, dass sie – wie in anderen Ländern auch – ihre spezifischen Potenziale zur Geltung bringen kann.

Fragen wir an dieser Stelle, worin diese Potenziale bei der Pflege bestehen, bzw. was aus der Kritik an den Ärzten über das Spezifikum der ambulanten Pflege und die Besonderheiten ihres Handelns abzuleiten ist. Anders als die anderen Gesundheitsprofessionen, so wurde soeben ausgeführt, ist die ambulante Pflege „*kontinuierlich*“ im häuslichen Umfeld tätig (PF 03/589) und hat daher Einblick in den Alltag. Gewissermaßen kann dies als „Alleinstellungsmerkmal“ der ambulanten Pflege bezeichnet werden, das sie bislang von anderen Gesundheitsprofessionen unterscheidet. Aus diesem Grund vermag sie die Konsequenzen diagnostischer Befunde für das Alltagsleben einzuschätzen und gelangt, da sie tagtäglich mit den Erkrankten und ihrem Lebensalltag befasst ist, zu einem alltagsgesättigten Verständnis der Patientensituation und -probleme. Aus dem gleichen Grund ist es für sie leichter, *soziale Nähe und Vertrautheit* herzustellen und dies wirkt sich förderlich auf die *Kommunikationsbereitschaft* der Patienten aus. Wie bereits angesprochen wurde, bringen ältere Patienten therapiebezogene Bedenken und Umgangsschwierigkeiten mit der Medikation ge-

genüber dem Arzt kaum zur Sprache. Ausschlaggebend dafür sind nicht nur *Zeitgründe*, sondern auch *soziale Hürden*, denn die Ärzte genießen zwar das Vertrauen der Patienten, doch ist die soziale Distanz zu ihnen größer als etwa zur ambulante Pflege:

„Eine Krankenschwester ist normalerweise nicht auf so einer ganz hohen Ebene angesiedelt, mit der kann man eher noch einmal reden. ... Das ist einfach so die Vorstellung, die manche Leute haben, die einfach eher Vertrauen herstellt.“ (PF 04/896-902)

„Das ist ja ein Unterschied, ob eine Pflegekraft kommt oder ein Arzt ... die Pflegekraft ist häufig für viele alte Menschen der einzige soziale Kontakt nach außen ... und kriegt viel mehr Informationen als der Arzt, viel mehr.“ (PF 01/839-844)

Beide Textauszüge unterstreichen noch einmal, dass die ambulante Pflege sich nicht allein deshalb von den anderen Gesundheitsprofessionen unterscheidet, weil sie Einblick in die Alltagsroutinen des Umgangs mit der Krankheit und dem Medikamentenregime hat. Vielmehr verfügt sie auch über andere *Beziehungs- und Kommunikationspotenziale*. Oft werden die Pflegenden – speziell für ältere allein lebende Menschen – zu einer wichtigen Bezugs- und Vertrauensperson, der mehr und auch anderes mitgeteilt wird als etwa dem Arzt: der beispielsweise auch Vorbehalte gegenüber den verordneten Arzneimitteln, Unsicherheiten und Probleme im Umgang mit der Medikation und auch Abweichungen vom Therapieplan offenbart werden – egal, ob sie durch unangenehme, lebensqualitätsmindernde Nebenwirkungen, durch „Experimentieren“ mit zusätzlichen Medikamenten begründet sind oder daher rühren, dass die Medikamenteneinnahme schlicht in Vergessenheit geraten ist. All dies sind Themen, die in der Kommunikation mit dem Arzt ausgespart werden.

Auch die größere Nähe und kommunikative Vertrautheit mit den Patienten gehört – wie in den Interviews durchgängig betont wird – zu den Spezifika der ambulanten Pflege. Wie weit reichend sie ist, umschreibt eine Pflegekraft mit der Feststellung „*man ist ja schon fast eine Art Angehöriger*“ (PF 03/2643 f.), wird also fast als Teil der Familie betrachtet, dem, wie in naturwüchsigen Sozialbeziehungen üblich, Sorgen und Nöte und auch zwiespältige Handlungsweisen mitgeteilt werden. Eben diese Nähe eröffnet der Pflege ein ganz anderes Spektrum an Kommunikations- und Interventionsmöglichkeiten als den anderen Gesundheitsprofessionen. Das ist hier deshalb besonders hervorzuheben, weil es von unschätzbarem Wert für die Unterstützung und Selbstmanagementförderung der Patienten ist. Dennoch müssen auch die möglichen Schattenseiten dessen erwähnt werden. Denn die große, fast familiäre Nähe zum Patienten birgt zugleich die Gefahr in sich, dass die ambulante Pflege in die Intimität unspezifischer Sozialbeziehungen abgleitet und sie Schwierigkeiten hat, ein klares Rollenhandeln zu entfalten und eine professionelle – und damit rollenförmig eingebundene – Beziehung zum Patienten herzustellen (dazu Schaeffer 1992, 2003). Dass diese Gefahr nicht unrealistisch ist, zeigt sich auch in den Interviews. Immer wieder droht sie vornehmlich zum „Kummerkasten“ erhoben und in die Privatsphäre einverleibt zu werden (siehe auch Schaeffer 2005b). Von der Pflege selbst scheint dies ungewollt befördert zu werden. So wird hohe Beziehungsqualität in den Interviews nahezu durchgängig an der Herstellung geringer sozialer und emotionaler Distanz festgemacht und der hergestellte Grad an Intimität/Vertrautheit als Indikator für die geleistete Beziehungsarbeit und psychosoziale Unter-

stützung gehalten – ein Missverständnis. Denn die mangelnde, für professionelle Beziehungen jedoch konstitutive Distanz verhindert, dass die ambulante Pflege von den Patienten als professionelle Instanz wahrgenommen wird und sie als solche agieren kann. Dies ist nicht der Pflege anzulasten, vielmehr sind auch diese Schwierigkeiten der Beziehungsgestaltung Resultat der in Deutschland vorhandenen Professionalisierungsdefizite in der Pflege (Schaeffer/Moers 2002; Schaeffer 2002b, d).

Zu ergänzen ist, dass die ambulante Pflege zudem über gute Interventionsvoraussetzungen verfügt. Eben weil die Alltagsschwierigkeiten der Patienten für sie direkt sichtbar sind, ist es für sie einfach, unmittelbar und alltagsrelevant zu intervenieren. Da mit ihr eine vorbehaltlose Kommunikation gesucht wird, die bei Problemen und Bedenken zu Rate gezogen wird, verfügt sie zudem über gute kommunikative, edukative und auch präventive Interventionspotenziale, vermag also rechtzeitig zu intervenieren, bevor Probleme zu kumulieren und sich aufzuschichten oder zu verfestigen beginnen. Um die ihr zur Verfügung stehenden Potenziale für ein vorausschauendes, ja präventives Management und eine ebensolche Unterstützung der Patienten ausschöpfen zu können, sind allerdings – wie in den Interviews immer wieder hervorgehoben wird – geeignete *zeitliche und finanzielle Rahmenbedingungen* erforderlich.

Doch auch daran hapert es. Zu den großen Hürden, die aus Sicht der Pflege bereits einer systematischen Wahrnehmung indizierter pflegerischer Leistungen zur Sicherstellung des Therapiemanagements entgegen stehen und erst recht die Ausschöpfung edukativer und präventiver Potenziale der ambulanten Pflege behindern, gehören die finanziellen Gegebenheiten bzw. die *restriktive Bewilligungspraxis der Krankenkassen*. Auch die Klage darüber nimmt in den Interviews breiten Raum ein. So werden von den Kassen im Regelfall zur Sicherstellung der *Medikamentenversorgung* lediglich einmal wöchentlich oder zur Vorbereitung von Wochen- bzw. Tagesdosetten und zur Kontrolle der Medikamenteneinnahme einmal täglich Pflegeeinsätze bewilligt, wobei die Vergütungspauschalen für Pflegeleistungen und damit auch die zeitlichen Bedingungen gänzlich unzureichend sind:

„Wird ja auch gar nicht richtig abgerechnet ... Wir kriegen fünf Minuten Zeit dafür ... wenn da einer seine Medikamente nicht nimmt und ich soll den noch aufklären ... Wenn wir sagen, wir waren da fünfzehn Minuten: ‚Ja, warum waren Sie denn da fünfzehn Minuten?‘ – ‚Ja, ich hab erstmal der Patientin die Medikamente da erklärt!‘ ... dann sagen die: ‚Dafür sind Sie nicht zuständig!‘“ (PF 10/2041-2052)

Deutlich wird in den Aussagen der Pflegenden, dass die finanziellen und zeitlichen Rahmenbedingungen keine bedarfsorientierte Patientenunterstützung erlauben und sie zudem eine wie auch immer geartete kommunikative und edukative Unterstützung im Rahmen der Sicherungspflege unmöglich machen. Gleichzeitig zeigt der Textauszug, dass eine solche Unterstützung von den Krankenkassen auch nicht als Aufgabe der ambulanten Pflege betrachtet wird. Einmal mehr belegt dies aus ihrer Sicht, dass die Herausforderungen eines langfristigen Managements der medikamentösen Therapieregime bei chronischer Krankheit und Multimorbidität von den Krankenkassen verkannt werden. Generell wird ihnen eine *finanzielle verengte Sichtweise* attestiert:

„Die Krankenkassen gucken doch einfach nur auf ihre Kosten, da sitzen jetzt Betriebswirte mit ihrer billigen Exceltabelle, die kucken nicht mehr, was da eigentlich ist.“ (PF 01/693-697)

Diese auf Kostenbegrenzung reduzierte Sichtweise steht aus Sicht der Pflege nicht nur einer problem- und bedarfsangemessenen Versorgung entgegen, sondern wird außerdem für *kurzsichtig* befunden. Denn mittel- bis langfristig birgt sie die Gefahr, Folgeprobleme heraufzubeschwören und zusätzliche Kosten zu verursachen. So lassen sich beispielsweise gerade bei älteren Patienten – so die Pflegenden – durch eine falsche Handhabung der Medikation verursachte Krankheitskrisen und dadurch erforderliche klinische Behandlungen vermeiden. Exemplarisch zeigt dieses Beispiel aus Pflegesicht, wie dringend hier ein grundsätzliches Umdenken ist, denn: „*im Endeffekt arbeiten die Krankenkassen damit gegen sich selbst*“ (PF 03/366 f.). Zugleich aber – auch das wird immer wieder betont – „arbeiten“ sie auch gegen die Pflege und unterminieren, dass die ambulante Pflege eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige pflegerische Unterstützung, die professionellen Standards entspricht, realisieren kann.

Treten wir an dieser Stelle einen Schritt zurück und betrachten die Ausführungen aus bilanzierender Perspektive, zeigt sich, dass die Problemwahrnehmung der ambulanten Pflege – wie einleitend angedeutet – relativ breit und sehr „alltagsgesättigt“ ist. Dies ist vornehmlich Resultat dessen, dass sie im Lebensalltag der Patienten tätig wird und unmittelbaren Einblick in die vielfältigen Bewältigungsherausforderungen hat, die chronische Krankheit und komplexe Medikamentenregime für die Patienten mit sich bringen. Aus diesem Grund vermag sie den Bedarf an Unterstützung sehr anschaulich und facettenreich darzustellen. Auffällig und hier hervorzuheben ist außerdem, dass die ambulante Pflege dabei – anders als die Ärzte und Apotheker – den Blick auf die *Spätstadien chronischer Erkrankung* richtet und auf andere Dimensionen des Bedarfs an Unterstützung aufmerksam macht. Dies ist weitgehend darauf zurückzuführen, dass sie erst in den späteren Phasen des Krankheitsverlaufs hinzugezogen wird, dann, wenn sich zusätzlich Probleme der Selbstversorgung einstellen, die Selbstmanagementfähigkeiten der Erkrankten und ihrer Angehörigen nahezu erschöpft sind und Überforderungserscheinungen um sich greifen. Nicht verwunderlich ist daher, dass sich ihr die Wichtigkeit kommunikativer und edukativer Unterstützung in besonderer Dringlichkeit stellt. Besondere Betonung erfährt dabei – und dies erscheint bezeichnend –, dass diese auf Patienten *und* ihre Angehörigen zielen sollte und sie die Vielzahl an alltagsweltlichen psychosozialen Problemen, die das Leben mit chronischer Krankheit und einem komplexen Medikamentenregime aufwirft, einbeziehen muss.

Dass sich die ambulante Pflege als geeignete Instanz für eine solche Unterstützung und alltagsnahe Förderung der Adhärenz bei chronischer Erkrankung versteht, scheint in den Ausführungen immer wieder durch. Doch schien auch durch, dass dem einige Hürden entgegenstehen, so etwa – ähnlich wie bei den Ärzten und Apothekern – zeitliche und finanzielle Restriktionen, die sich limitierend auf die Möglichkeiten der Pflege auswirken. Anzuführen ist jedoch auch das den bundesdeutschen Versorgungsalltag beherrschende gesetzlich festgeschriebene Pflegeverständnis, das die Aufgaben der Pflege auf körpernahe, verrichtungsbezogene Tätigkeiten beschränkt und wenig Spielraum für die Wahrnehmung kommunikativer und edukativer Unterstützungsaufgaben lässt. Hinzu kommt, dass

die Position der Pflege im Gefüge der Gesundheitsprofessionen trotz aller Professionalisierungsbemühungen der vergangenen Jahre relativ schwach ist, was sich in mehrfacher Hinsicht als misslich erweist. Nicht zuletzt zeigt sich dies in der Kooperation mit den Ärzten, die sich an dem hierarchischen Gefälle zwischen beiden Professionen reibt. Es zeigt sich jedoch auch daran, dass sich die Pflege immer wieder in den daraus für ihr Handeln erwachsenen Hürden verfängt, was als Ausdruck empfundener Machtlosigkeit interpretiert werden kann und die anfangs erwähnte tendenzielle Hilflosigkeit bzw. Unentschiedenheit erklärt.

Zu erwähnen sind schließlich auch qualifikatorische Hürden, die eng mit bestehenden Professionalisierungsdefiziten verwoben sind. So gelten Patientenkommunikation, -edukation und -aktivierung (incl. der dazu nötigen Förderung der Patientenkompetenz) zwar als konstitutive Bestandteile eines professionellen Pflegeverständnisses, doch die Vermittlung der dafür nötigen – kommunikativen, edukativen und auch interaktiven (!) – Kompetenzen gehört bislang nicht bzw. nur rudimentär zum Qualifikationsspektrum der hiesigen Pflegeausbildung, was im Pflegealltag – wie am Beispiel der Beziehungsgestaltung zu sehen war – deutlich spürbar ist. Ähnliches ist auch mit Blick auf die verlaufs begleitende Unterstützung des Managements komplexer Medikamentenregime verbundene *pharmazeutische und klinische Expertise* (Ewers 2001, 2003) zu konstatieren²¹. Diese Qualifikations- und Professionalisierungsdefizite zu beheben, dürfte unumgänglich sein, soll der Pflege – wie eingangs postuliert – ein wichtiger Part bei der Verbesserung der Adhärenzförderung eingeräumt werden.

Interventionserfordernisse und -potenziale aus Sicht der Pflege

Viele der sich aus der Perspektive der Pflege stellenden Interventionserfordernisse zur Förderung der Adhärenz und des (Selbst-)Managements komplexer Medikamentenregime wurden im vorangegangenen Abschnitt bereits angesprochen. Daher soll nunmehr vor allem danach gefragt werden, wo unter inhaltlichen Gesichtspunkten der vorrangige Unterstützungsbedarf der Patienten (und ihrer Angehörigen) von der Pflege gesehen wird und wie zu dessen Beantwortung beigetragen werden kann.

(1) „*Der Mensch, der das schlucken soll, muss wissen, warum!*“ (PF 04/259 f). Zentrale Voraussetzung für die bei chronischer Krankheit erforderliche Mitarbeit der Patienten an der Therapie ist auch aus der Perspektive der Pflege eine „*wirklich gute Wissensvermittlung*“ über den Charakter der Krankheit und die eingeleitete Therapie (PF 01/1420 ff.). Doch ist bloße Wissensvermittlung allein nicht ausreichend. Erforderlich ist darüber hinaus eine *auf die individuelle Situation zugeschnittene kommunikative Begleitung*, in der die mit der Erkrankung und den verordneten Medikamenten für den Patienten verbundenen Implikationen erläutert und reflektiert werden können²². Zudem haben Arzneimittel – so wird betont – „*nicht nur*

²¹ Dies wird von der Pflege selbst konzediert: „*Gucken sie sich doch das Krankenpflegepersonal an, wie das pharmazeutisch geschult ist*“ (PF 01/147 f.), so der Kommentar eines Pflegeexperten.

²² Implizit wird von der Pflege hier auf die in den letzten Jahren auch hierzulande verstärkt aufgegriffenen Konzepte des „shared decision making“ und „informed consent“ abgehoben (vgl. exemplarisch Charles et al. 1997; Cox et al. 2004; Härter et al. 2005; Scheibler/Pfaff 2003; Scheibler 2004).

positive Wirkungen, sondern auch negative," und letztere spüren die Patienten „*manchmal deutlicher*". Daher ist aus Pflegesicht wichtig, dass Patienten auch die Wirkungsweise und -zusammenhänge der Medikamente verstehen, denn die Akzeptanz der „Dauermedikation" steht und fällt – so wird betont – *mit dem „Verstehen"* der Bedeutung und Wirkungsweise der Medikation. Dabei sollten auch mögliche Nebenwirkungen thematisiert und Rückversicherungsmöglichkeiten für den Fall von unerwünschten Nebenwirkungen aufgezeigt werden. Zweifelsohne ist hier – so die Pflege – in erster Linie der Arzt gefragt. Doch sind ärztliche Gespräche allein nicht ausreichend, weil sie zeitlich zu knapp bemessen sind, die Patienten dort nur einen Bruchteil der sich ihnen stellenden Fragen ansprechen können und sie zudem meist nur einen Bruchteil der ärztlichen Information verstehen. Daher sind auch andere Gesundheitsprofessionen gefordert, zur kommunikativen Unterstützung und Begleitung der Patienten beizutragen, so auch die Pflege und die Apotheker. Keineswegs stellt sich ihnen dabei einzig die Aufgabe, therapiebezogene Informationen des Arztes in eine für die Patienten verständliche Sprache zu übersetzen und alltagspraktische Implikationen der Medikamentenregime zu konkretisieren, wie wohl auch dies – wie zuvor dargelegt – eine wichtige Aufgabe ist. Vielmehr haben sie primär die Aufgabe, dem Patienten *individuell zugeschnittenes Gesundheitswissen* zu vermitteln, das nicht nur dem Verständnis der Krankheit, sondern seiner eigenen individuellen Problemlage dient, und ihn zudem – dies ist nicht minder wichtig – befähigt, mit der Krankheitssituation im Alltag *umzugehen*. Das Ziel begleitender Unterstützung besteht also nicht nur in der *Wissenserweiterung*, sondern der *Kompetenzförderung* der Patienten. Dass aus Sicht der Pflege wichtig ist, dabei auch die Angehörigen einzubeziehen, sei nochmals betont.

(2) *Beachtung von Veränderungen des Informations- und Beratungsbedarfs im Verlauf chronischer Krankheit:* Therapietreue setzt – darin stimmen die Pflegenden in ihrer Einschätzung mit den Ärzten und Apothekern überein – Krankheits- und Therapieeinsicht voraus. Das Adhärenzverhalten ist jedoch keine konstante Größe, sondern verändert sich oftmals in dem meist wechselhaften Verlauf chronischer Krankheit. Daher ist es aus Sicht der Pflege mit einer einmaligen Information und Anleitung der Patienten nicht getan. Gerade langfristige Compliance ist an die Abwägung der Beeinträchtigungen der Lebensvollzüge durch das Krankheitsgeschehen und auch die medikamentöse Therapie gebunden. Oft stellen sich im Verlauf der Krankheit bzw. Behandlung Zweifel am „wirklichen" Nutzen und der Sinnhaftigkeit der Therapie ein. Hinzu kommt, dass Patienten der medikamentösen Kontrolle unterschiedlicher Gesundheitsbeeinträchtigungen eine jeweils andere Priorität einräumen.

Vor allem zu Beginn des Krankheitsgeschehens und nach klinischen Behandlungsepisoden haben Patienten ein hohes Maß an Therapiemotivation und sind meist besonders bemüht, die Medikation korrekt einzuhalten, denn „*man ist ja auch aus einem bestimmten Grund rein gekommen ins Krankenhaus*" (PF 10/1750 f.). Gleichwohl kann die initiale Therapiephase erhebliche Anpassungsprobleme aufwerfen, und sei es schlicht zu lernen, an die regelmäßige Einnahme der Medikamente zu denken. Zudem wird das Adhärenzverhalten durch die subjektiven Krankheitstheorien und Therapieerwartungen der Patienten geprägt. Auch dies gilt es, so die Pflege, zu beachten, ebenso dass die dauerhafte Verwiesenheit auf Medikamente auf Akzeptanzprobleme stoßen kann. Einem großen Teil chronisch Kranker

gelingt es zwar, die Medikamente zu akzeptieren, weil sie „wissen, das gehört auch zum Alltag“ (PF 10/851 f.). Doch ein anderer Teil entwickelt mit zunehmender Dauer der Arzneimitteltherapie eine gewisse „Therapiemüdigkeit“, oft sogar Aversionen gegen die Medikamente.

„Da muss man schon ... daran arbeiten, dass den Menschen klar ist, dass die Dauermedikation... ihrem Leben auf Dauer mehr (hilft), also das ist ein langer Weg.“(PF 04/912-921)

Für eine langfristige Förderung der Therapiemotivation gilt es daher nicht allein, anfängliche Bedenken und Ängste gegenüber der Medikation zu überwinden. Vielmehr ist es erforderlich, das Adhärenzverhalten permanent im Verlauf der Krankheit zu beobachten – auch und besonders in den Spätphasen chronischer Krankheit –, dabei auf Anzeichen für Motivationskrisen und Therapieüberdruß zu achten, und rechtzeitig zu versuchen, durch kommunikative Begleitung einen Therapieabbruch zu vermeiden. Nicht weniger wichtig ist es, die sich im Verlauf chronischer Krankheit vollziehenden Veränderungen der Bewältigungsherausforderungen im Blick zu behalten, den daraus erwachsenen Kommunikations- und Unterstützungsbedarf aufzugreifen und damit zur Anpassung an das für chronische Krankheiten typische Auf und Ab beizutragen. Unterstützungsmaßnahmen müssen daher – wie in diesem Zusammenhang nochmals hervorzuheben ist – *verlaufsbegleitend* angelegt sein.

(3) *Unterstützung der Integration des Medikamentenregimes in den Alltag:* Komplexe Medikamentenregime können um so leichter eingehalten werden, je mehr sie durch einen regelgeleiteten Alltag unterstützt werden. In ihm sollten – dies wird von Pflegeseite besonders betont – die Medikamente im doppelten Sinn des Wortes einen festen Platz haben. Eine wesentliche Unterstützungsaufgabe besteht daher darin, gemeinsam mit den Patienten und ihren Angehörigen nach Wegen danach zu suchen, wie das *Medikamentenregime sinnvoll in den Alltag* integriert werden kann. Wie bereits angedeutet wurde, erweist sich die Integration des Medikamentenregime in das Alltagsleben für Patienten, die zuvor nicht auf Medikamente angewiesen waren, oft als schwieriger und langwieriger Anpassungsprozess, für den sie Zeit und Unterstützung benötigen. Ähnliches gilt – wenn auch nicht im gleichen Ausmaß – ebenso für Komplexitätssteigerungen des Medikamentenregimes und für Umstellungen der Medikation und Wechsel der Präparate.

Die Patienten bei der Integration des Medikamentenregimes in den Alltag zu unterstützen, setzt nicht nur die *Kenntnis* der Lebenssituation und Prioritäten der Patienten voraus, sondern auch ihrer Alltagsroutinen. Die Anbindung an Alltagsrituale kann – so wird durchgängig von der Pflege betont – die für die Erzielung des therapeutischen Effekts „*wichtige Regelmäßigkeit*“ der Medikamenteneinnahme fördern. Vor allem die Einnahme „regelmäßiger“ Mahlzeiten, die Platzierung der Medikamente an einem festen Platz in der Küche oder im Esszimmer und die Nutzung technischer Hilfsmittel, wie Tages- oder Wochendosetten können dabei wichtige Strukturierungshilfen sein. Letztere können und sollten als Erinnerungshilfe an exponierter Stelle platziert werden. Weil sich Dosetten einfacher als Medikamentenpackungen transportieren lassen, erleichtern sie zudem die Mitnahme der Medikamente bei Außenaktivitäten.

Die Unterstützung bei der Integration des Medikamentenregimes in den Alltag sollte und muss – auch dies wird immer wieder unterstrichen –

auch darauf zielen, mit und trotz komplexem Medikamentenregime, soziale Teilhabe zu ermöglichen und ein qualitativ lebenswertes Leben zu leben, gewissermaßen also, um es in Anlehnung an Grypdonck (2004) zu formulieren, das *Leben über die medikamentöse Therapie hinauszuhoben*. Das freilich ist keine leichte Aufgabe, bei der immer wieder die aus der Krankheit bzw. aus dem Medikamentenregime erwachsenen Anforderungen mit den (Teilhabe-) Bedürfnissen und Alltagsroutinen der Erkrankten auszuloten und in Übereinstimmung zu bringen sind. Hier Unterstützung zu leisten, wird von der Pflege als wichtige Aufgabe angesehen. Dazu gehört die Klärung, ob und welcher zeitliche Spielraum bezüglich des Zeitpunkts der Medikamenteneinnahme besteht, ohne die intendierte therapeutische Wirkung zu beeinträchtigen. Als Beispiel wird die Verschiebung der Einnahme von Diuretika bei schwerer Herzinsuffizienz und von Medikamenten mit einer sedierenden (Neben-)Wirkung angeführt, um einen subjektiv für wichtig befundenen längeren Einkaufsbummel oder aber einen geselligen Abend „unbeschwert“ erleben zu können. Eine „offene“ (mit dem Arzt abgesprochene) Modifikation der Therapieschemata und gelegentliche Abweichungen vom Medikamentenplan kann aus Sicht der Pflege die langfristige Compliance der Patienten fördern. Daher ist es aus Sicht der Pflege wichtig, nach Möglichkeiten der Anpassung des Medikamentenregimes an den Alltag des Patienten zu suchen, dabei Fragen der Lebensqualität zu beachten und mit „Non-Compliance“ – auch im Sinne der Stärkung der Selbstmanagementkompetenz – bewusst und konstruktiv umzugehen.

(4) *Information über die Anwendungsprinzipien und Handhabung der Medikamente*. Besonders hoher Informations- und Unterstützungsbedarf besteht – so die Pflege – bei der korrekten Anwendung der Medikamente. Auch hier reicht bloße Weitergabe von Informationen über die Dosierung, Einnahmeintervalle und Applikation der Medikamente in der Regel nicht aus. Vielmehr ist es notwendig, sich zu vergewissern, ob die Anwendungshinweise und Verhaltensempfehlungen wirklich verstanden wurden und auch, ob ihre Umsetzung im Alltag gelingt. Betont wird, dass sich im Alltag immer wieder zeigt, dass die knappen, meist eher „abstrakten“ Ausführungen und schriftlichen Hinweise der Ärzte oder auch der Apotheker nicht ausreichend sind. Vor allem den Ärzten wird eine gewisse „Gedankenlosigkeit“ attestiert, weil sie meist zu wenig reflektieren, ob die Medikation im verordneten Modus mit den lebensweltlichen Bedingungen der Patienten in Einklang gebracht werden kann und ob die Patienten überhaupt in der Lage sind, die Therapiepläne umzusetzen. Ärzte verschreiben – so der Tenor der Aussagen – gerade älteren chronisch Kranken „wahnsinnig viele Medikamente“ und „berücksichtigen dabei gar nicht die kognitiven Möglichkeiten ihrer Patienten“ (PF 04/241-243).

Die Klärung, ob die Hinweise zur Dosierung und Applikation ausreichend waren, ob sie verstanden wurden und im Alltag individuell umsetzbar sind, ist daher aus Sicht der Pflege unerlässlich. Dies betrifft gleichermaßen die Dosierung, Einnahmefrequenz und -intervalle und nicht zuletzt die Klärung alltagspraktischer Implikationen der Arzneimittelwirkung, etwa die Frage, ob die Medikamente vor oder nach dem Essen eingenommen werden müssen, ob die Wirkung durch bestimmte Nahrungsmittel oder körperliche Aktivität beeinflusst wird. Einnahmeprobleme werfen der Pflege zufolge vor allem „Nüchternpräparate“ auf, die sich nur schwer in

die „gewohnten“ Alltagsroutinen integrieren lassen und daher leicht vergessen werden²³.

Unterstützungs- und Anleitungsbedarf besteht außerdem mit Blick auf die richtige Lagerung und Handhabung der Medikamente. Probleme kann bereits die Aufbewahrung der Medikamente in Wochen- oder Tagesdosetten aufwerfen, wenn Medikamente lichtgeschützt oder kühl gelagert werden müssen. Alltagsübliche Praktiken im Umgang mit regelmäßig einzunehmenden Medikamenten, wie das zugleich als Erinnerungshilfe dienende Lagern in der Küche oder im Esszimmer, das Zerkleinern und/oder Auflösen herkömmlicher Tabletten in Flüssigkeit, um die Einnahme zu erleichtern, sind bei bestimmten Medikamenten obsolet, soll die Wirkung der Medikamente nicht beeinträchtigt werden.

(5) „*Täglich diese Stafetten ... und die musst Du dann am Stück schlucken*“ (PF 05-06/889-891) – *Strategien zur Überwindung von Einnahmeproblemen*: Bedarf an Kommunikation und Intervention besteht auch dann, wenn die Beschaffenheit der Medikamente Einnahmeprobleme beschert. Weitaus zu wenig bedacht wird, dass die tägliche oder gar mehrmals tägliche Einnahme von Medikamenten vielen Patienten erhebliche „Überwindung“ kostet, und dies umso mehr, je größer die Tabletten sind. Große Filmtabletten oder Kapseln, die im doppelten Sinn des Wortes „*in Hals stecken bleiben*“ erwecken bei den Patienten meist bereits aufgrund ihrer Beschaffenheit „*Widerwillen*“. Gerade ältere Menschen leiden zudem nicht eben selten an *Schluckstörungen*. Teilweise werden daher Filmtabletten zerkleinert oder Kapseln geöffnet, was deren Wirksamkeit beeinträchtigt, wenn nicht gar aufhebt: Das Medikament hat dann „*vielleicht noch einen Placebo-Effekt, aber das war es dann auch*“ (PF 01/623 f.), so der Kommentar eines Pflegeexperten. Gerade bei älteren Patienten ist oft keine ausreichende *Flüssigkeitsaufnahme gewährleistet*. Sie ist aber bei der Einnahme von Medikamenten doppelt wichtig, denn je mehr Tabletten sie nehmen, „*desto mehr müssten sie eigentlich trinken ... aber alte Leute trinken nicht gerne*“ (PF 03/1657-1662). All diese und andere Probleme der Medikamenteneinnahme zu kommunizieren und gemeinsam mit den Patienten und ihren Angehörigen nach praktikablen Lösungen zu suchen, ist daher aus Sicht der Pflege mehr als wichtig. So gilt es bei Schluckschwierigkeiten beispielsweise zu klären, welche Tabletten ohne Wirkungsverlust „gemörsert“ und in Flüssigkeit aufgelöst werden können. Ist dies nicht möglich, sollte geklärt werden, ob der Wirkstoff nicht in einer anderen, für die Patienten weniger unangenehmen Darreichungsform verfügbar ist, sei es in Tropfenform oder als Zäpfchen. Dabei ist zugleich die *Verträglichkeit der Medikamente* zu beachten. Wenn Medikamente beispielsweise Diarrhöe oder Übelkeit und Erbrechen hervorrufen, ist zu klären, ob ein Wechsel des Medikaments angezeigt bzw. möglich ist und auch das setzt

²³ Beispielhaft wird hier zumeist auf neuere Osteoporose-Präparate verwiesen, die „kurmässig“ einmal pro Woche über einen längeren Zeitraum verabreicht werden. Ihre Wirksamkeit steht und fällt mit morgendlichen Einnahme auf „nüchternen“ Magen bei anschließender Einhaltung körperlicher Ruhe von mindestens einer halben Stunde, gerät dies „in Vergessenheit“, ist die Wirksamkeit nicht mehr gewährleistet, oder so ein Interviewpartner „... wenn er erstmal auf ist und sich sein Bütterchen geschmiert und sich seine Tasse Kaffee gemacht hat, dann ist es eigentlich zu spät“ PF 03/1162-1164).

voraus, dass entsprechende Probleme erkannt und auch kommuniziert werden²⁴.

(6) *Bedeutung schriftlicher Orientierungshilfen*: Auch die Pflegenden unterstreichen immer wieder, wie wichtig es ist, die mündliche Aufklärung und Anleitung um schriftliche Anwendungshinweise für die Medikation zu ergänzen und dazu spezielle „Orientierungshilfen“ zu entwickeln. Zwar werden der Einnahmemodus und die Dosierung von den Apothekern zu meist in gut lesbarer Schrift auf die Verpackungen notiert. Doch nicht für alle Patienten reicht dies als Orientierung aus, sie benötigen spezielle Medikationspläne oder andere „Merkzettel“ die so gestaltet werden sollten, dass sie an Alltagspraktiken der Patienten anknüpfen.

Neben schriftlichen Erinnerungs- und Orientierungshilfen wird auch von der Pflege auf technische Hilfsmittel, wie die bereits erwähnten Tages- oder Wochendosetten verwiesen. Da sie zugleich die (Selbst-)Kontrolle der Medikamenteneinnahme erleichtern, sind sie unbedingt als Orientierungshilfe zu empfehlen, um einem Vergessen der Medikamenteneinnahme oder einer Doppeleinnahme gegenzusteuern. Tages- oder Wochendosetten ermöglichen eine vergleichsweise wenig aufwändige Eigen- oder Fremdkontrolle der Medikamenteneinnahme und eröffnen auch Patienten mit leichten kognitiven Funktionseinbußen die Möglichkeit, ihre Autonomie partiell zu wahren. Allerdings ist – so wird auch von der Pflege unterstrichen – die „Nutzerfreundlichkeit“ noch entwicklungsbedürftig, denn für Patienten mit Einschränkungen der Sehfähigkeit und der Feinmotorik sind die handelsüblichen Dosetten und Dispenser oft ebenso wenig handhabbar wie Sicherheitsverschlüsse von Tropfenflaschen und Blisterverpackungen. Im Gegensatz zum Erfindungsreichtum der Pharmaindustrie bei der Kreation „neuer“ Medikamente legt die (Hilfsmittel-)Industrie aus Sicht der Pflege noch wenig Innovationsfreudigkeit an den Tag, wenn es um die Entwicklung nutzerfreundlicher „technischer Lösungen“ geht (PF 01/179-187). Kritisiert wird, dass sowohl in der Pharma- als auch in der Hilfsmittelindustrie „Nutzerfreundlichkeit“ offenbar noch kein handlungsleitendes Prinzip bei der Produktentwicklung und auch nicht bei der Gestaltung von Produktinformationen ist.

Mehr Nutzerfreundlichkeit ist allerdings auch bei der den Patienten zur Verfügung gestellten Medikamenteninformation gefragt, die nicht selten mehr Verwirrung als Klarheit stiftet. Das gilt insbesondere – so wird auch von der Pflege betont – für Beipackzettel:

„Dann liest sich die Patientin zu Hause den Beipackzettel durch und sagt sich: ‚Na ja, da steht, kann ich auch nehmen, nur wenn ich muss!‘ und fängt dann an sich selbst zu therapieren.“ (PF 03/1852-1864)

Anwendungsempfehlungen und Informationen zur Arzneimittelwirkung der Hersteller umfassen Hinweise zu unterschiedlichen Indikationsbereichen und dienen nicht allein der „Nutzerinformation“, sondern zugleich der „Absicherung der Hersteller“ für den Fall des Auftretens schwerwiegender Nebenwirkungen. Oft verwirren sie die Patienten daher eher, als

²⁴ Ähnliches gilt auch für das Auftreten akuter Bagatellerkrankungen, die für die medikamentöse Kontrolle chronischer Krankheiten erhebliche Probleme aufwerfen können. Vor allem bei Magen-Darm-Infekten stellt sich das Problem, dass die Resorption der Wirkstoffe nicht gewährleistet und daher eine zeitnahe Klärung des Interventionsbedarfs erforderlich ist.

dass sie offene Fragen beantworten und Unsicherheiten ausräumen. Beobachtbar ist zuweilen auch, dass sie Patienten dazu bewegen, von der Verordnung und von der speziell auf die Situation des Patienten zugeschnittenen Dosierung des Medikaments abzuweichen. Wichtig ist aus Pflegesicht daher, mit den Patienten über die Beipackzettel oder auch andere erhaltene (Medikamenten-)Informationen zu sprechen, sich zu vergewissern, ob die Patienten den Inhalt der unterschiedlichen krankheits- und therapiebezogenen Informationen richtig verstanden haben, sie ihn adäquat interpretieren und einordnen und in seiner Bedeutung für die individuelle Situation reflektieren können. Dies setzt allerdings voraus, immer mit den Patienten „im Gespräch zu bleiben“ (PF 04/438 ff.).

(7) „Weniger ist mehr“ (PF 04/246) – *Multimedikation im Alter als grundlegendes Problem*: Medikamentenregime sollten möglichst einfach und für die Patienten handhabbar gestaltet werden. Das gilt besonders für ältere Patienten, die an multiplen Gesundheitseinschränkungen leiden. Doch statt sich um eine möglichst einfache Gestaltung der Medikamentenregime zu bemühen, werden den Patienten im Zuge des Fortschreitens chronischer Krankheiten in der Regel immer mehr Medikamente verordnet mit der Folge, dass die *Medikamentenregime* oft kaum mehr handhabbar sind. Um die Medikamentenregime – so weit möglich – übersichtlich und auch die Gefahr von Nebenwirkungen und unerwünschten Interaktionseffekten in Grenzen zu halten, sollte eine regelmäßige Überprüfung erfolgen. Dabei ist – so die Pflege – nicht nur zu fragen, ob die verordneten Wirkstoffe in der Kombination und Dosierung weiterhin erforderlich sind, sondern auch auszuprobieren „manche Präparate einfach abzusetzen, weil sie eben wirklich massive Schädigungen machen“ (PF 01/1017 ff.). Auch ist das Suchtpotenzial vieler Medikamente zu beachten, das von ärztlicher Seite oft zu wenig bedacht wird. Insbesondere bei älteren Patientinnen besteht hier erheblicher Beratungsbedarf, der in verlaufsbegleitenden Unterstützungsmaßnahmen zur Adhärenzförderung unbedingt aufgegriffen werden sollte.

(8) *Bewusste oder unbewusste Non-Compliance – problematische Umgangsweisen mit der Medikation*: Chronisch erkrankte Patienten entwickeln im Verlauf ihrer langjährigen Krankheits- und Therapiegeschichte zumeist „eigene“ Therapievorstellungen und Umgangsweisen mit Arzneimitteln, so auch bei gelegentlichen „Medikationsfehlern“. Sie können je nach Art der Erkrankung und der Arzneimittel erhebliche Folgeprobleme nach sich ziehen. So neigen etwa ältere Patienten dazu, wenn sie sich nicht sicher sind, ob sie ihre Medikation bereits genommen haben – getreu dem Motto „viel hilft viel“ – Medikamente, die von ihnen als wichtig erachtet werden, „sicherheitshalber“ noch einmal zu nehmen. Bei Medikamenten wiederum, die primär der „Symptomkontrolle“ dienen, tendieren sie dazu, die Medikation abzusetzen oder zumindest mit der Dosierung zu experimentieren, sobald die Symptombelastung ein für sie erträgliches Maß erreicht hat.

Bewusste oder unbewusste Non-Compliance hat jedoch viele Facetten und viele Ursachen. Sie kann z. B. darauf zurückzuführen sein, dass manche Patienten es als lästig empfinden, langfristig auf Medikamente verwiesen zu sein. Für sie ist die im doppelten Sinne des Wortes „bittere Wahrheit“, ohne Medikamente nicht mehr auszukommen – also *von Medikamenten abhängig* zu sein – schwer zu verarbeiten. In Reaktion darauf beginnen sie oft auszutesten, ob Medikamente abgesetzt oder zumindest in ihrer Dosierung reduziert werden können. Vor allem bei „Dauermedikati-

on" ist das „Austesten" ein häufig zu beobachtendes Phänomen und kann auch als *Ausdruck des Bestrebens der Patienten, Autonomie wieder zu erlangen* (Conrad 1987), interpretiert werden.

Wieder andere Patienten sind überaus stark *auf die Krankheit und auf die Medikamente* fixiert – ein besonders häufig unter älteren Patienten, die über kein tragfähiges soziales Netz (mehr) verfügen, zu beobachtendes Phänomen.

„Das (ist) bei Alleinstehenden, die sich sehr einsam fühlen, sehr häufig. ... Über Krankheiten kann man sich ja in den Vordergrund stellen, wenn man nichts anderes mehr hat, muss man halt eine Krankheit nehmen ... Dann ist eben Medikamenteneinnahme ganz wichtig." (PF 10/643-655)

Die Medikamenteneinnahme wird von ihnen zuweilen – so der Textauszug – bewusst oder unbewusst, instrumentalisiert, um Aufmerksamkeit und Zuwendung im sozialen Umfeld zu erlangen, gewissermaßen also, um einen „sekundären Krankheitsgewinn" zu erzielen. Ein angezeigtes Absetzen von Medikamenten kann dann auf erhebliche Widerstände stoßen und führt im ungünstigsten Fall dazu, dass auf Selbstmedikation mit freiverkäuflichem Medikamenten zurückgegriffen wird, mit denen das Medikamentenregime unter Umständen bereits zuvor angereichert worden ist. Um problematischen Umgangsweisen mit der Medikation, seien sie nun durch Aversion, übermäßige Fixierung auf Medikamente oder Selbstmedikation motiviert – gegensteuern zu können, ist daher aus Sicht der Pflege überaus wichtig, auch das *psychosoziale Wohlbefinden* in den Blick zu nehmen.

Generell ist *Selbstmedikation* aus Sicht der Pflege ein großes und keineswegs seltenes Problem und hier daher noch einmal gesondert anzusprechen. Wie zuvor angedeutet wurde, ist auch sie ganz unterschiedlich motiviert. So gibt es Patienten, die zusätzlich etwas für ihre Gesundheit tun möchten und wieder andere, die einfach gut gemeinten Tipps aus dem sozialen Umfeld folgen, oder im Fernsehen oder Bekanntenkreis gehörte Hinweise umsetzen. Nicht eben selten spielen auch Angehörige in diesem Zusammenhang unbeabsichtigt eine zwiespältige Rolle, weil sie – in bester Absicht – ihrem Angehörigen etwas Gutes angedeihen lassen wollen und das Medikamentenregime ihrerseits ergänzen, dabei ebenfalls meist „wohlwollenden Ratschlägen und Tipps" aus dem sozialen Umfeld folgend. Doch wie immer Selbstmedikation zustande kommt – im besten Fall nützen die eigeninitiativ addierten Präparate nichts, im schlechten Fall aber schaden sie und irritieren das verordnete Medikamentenregime. Daher spielt das Thema „Selbstmedikation" eine ganz wichtige Rolle bei der Adhärenzförderung. Auch *das Horten* von Medikamenten ist zu beachten:

„Ganze Apotheken sind da im Schrank... Dann nehmen sie noch was zusätzlich, das hebt dann wieder die Wirkung von dem Medikament auf, ... das weiß auch der Hausarzt nicht." (PF 10/520-533).

Die Medikamentenschränke älterer Patienten quellen häufig nahezu über – dort liegen „*Vermögen*" (PF 01/787 ff.) – so der Kommentar eines Interviewpartners. Begünstigt durch die ebenfalls als fragwürdig erachtete Praxis der Ärzte, „*Großpackungen*" zu verschreiben, kommt es zudem immer wieder zu Situationen, in denen Patienten zur Selbstmedikation nicht nur auf freiverkäufliche Medikamente, sondern auch auf längst abgesetzte verschreibungspflichtige Präparate zurückgreifen. Unterstützungsmaßnahmen zum Umgang mit Medikamenten sollten daher auch eine regelmäßige „Revision" und Sichtung der Medikamentenvorräte umfassen, was sich al-

lerdings – so die Pflege – als schwieriger Balanceakt erweisen kann, denn die Sichtung der Medikamentenvorräte wird zuweilen als Übergriff auf die Privatsphäre erlebt. Nochmals wird hier sichtbar, dass Selbstmedikation und daraus erwachsene Non-Compliance zahlreiche Facetten hat und bei der Konzipierung von Interventionsmaßnahmen keinesfalls minderbewertet werden darf.

Non-Compliance kann aber auch ganz andere Ursachen haben und beispielsweise finanziell motiviert sein. Non-Compliance aus finanziellen Beweggründen ist – so wird betont – seit der Erhöhung der Eigenbeteiligung für Leistungen der Gesundheitsversorgung häufiger beobachtbar. Um die Compliance der Patienten zu fördern und mögliche Folgeschäden zu vermeiden, sollten die Entlastungsmöglichkeiten von Zuzahlungen ebenfalls zum Thema in der Adhärenzförderung erhoben werden, zumal der hier bestehende Kommunikationsbedarf – so der Eindruck der Pflegenden – weder in der ärztlichen Praxis noch in der Apotheke adäquat befriedigt wird. Aus Sicht der Pflege ist das nicht erstaunlich, denn um etwa eine in finanziellen Problemen motivierte Verschiebung von Arztbesuchen und Streckung der Medikamente zu erkennen, ist ein sensibles Beobachten und Nachfragen erforderlich, da das Eingeständnis prekärer Lebenslagen für viele (ältere) Patienten schwierig und schambesetzt ist.

Exemplarisch wird hier sichtbar, was von der Pflege immer wieder betont wird: Non-Compliance wird oft erst durch Einblick in den Alltag und Beobachtung des konkreten alltäglichen Umgangs mit der Medikation sichtbar, weil sich die Patienten ihrer fragwürdigen, die Wirksamkeit der Arzneimittel beeinträchtigenden Handhabung des Medikamentenregimes oft nicht bewusst sind und sie ergo nicht zum Thema erheben können. Kenntnis des Alltags und des realen Einnahmeverhaltens zu erlangen, ist daher aus Pflegesicht unerlässlich um bewusste oder unbewusste Non-Compliance überhaupt erkennen und steuernd eingreifen zu können: die Patienten zur Compliance ermutigen und beim Erkennen von Problemen aufklären, wie folgenreich eigenmächtiges Einnahmeverhalten sein kann. Dies ist – so die Pflege – eine unverzichtbare Voraussetzung für Konzepte alltagsnaher Adhärenzförderung, die nicht nur das Alltagshandeln zum Thema erheben, sondern in den Alltag der Patienten *integriert* sein müssen, wollen sie wirksam sein.

(9) *Beachtung von geschlechtsspezifischen Verhaltensmustern des Arzneimittelgebrauchs:* Eine nicht in ihrer Bedeutung zu unterschätzende Rolle spielen zudem geschlechtsspezifische Aspekte. Ein spezieller Beratungsbedarf besteht hier der Pflege zufolge besonders in der älteren Generation: So wird *älteren Frauen* eine besonders ausgeprägte Tendenz zum Experimentieren und eine flexible Handhabung der Medikamenteneinnahme zugeschrieben. Zwar befassen sie sich – so die Pflege – eingehender mit Gesundheitsfragen und halten die Medikamentenregime meist „*annähernd*“ ein, doch ist keine Seltenheit, dass sie parallel zur „schulmedizinischen“ Behandlung auf unkonventionelle Heilmethoden zurückgreifen – oft in Eigenregie. Während dies ein Teil der befragten Pflegekräfte als Ausdruck von Eigenkompetenz interpretiert und auch „*idealisiert*“, schätzen andere Interviewpartner das Experimentieren mit freiverkäuflichen, vermeintlich „*ungefährlichen*“ Medikamenten als fragwürdig ein. *Ältere Männer* wiederum tendieren aus Sicht der Pflege zwar weniger zum Experimentieren mit Arzneimitteln, das heißt jedoch nicht, dass sie keine problematischen

Umgangsweisen mit der Medikation an den Tag legen. Betont wird, dass unter ihnen zwei extreme Verhaltensmuster dominieren. Ältere Männer neigen entweder zu einer äußerst peniblen „*finanzbeamtenmäßigen*“ Einhaltung des Medikamentenregimes oder zur rigorosen Ablehnung (PF 01/850 ff.). Sie neigen – so die pauschalisierende Einschätzung – somit zu Verhaltensmustern, die auf ein geringes Maß an Selbstachtsamkeit und Reflexion ihres Umgangs mit der Medikation schließen lassen: „*Männer sind für Medikamente nicht so zu haben*“ (PF 02/562 f) – so der damit in Übereinstimmung stehende Kommentar. Während ältere Frauen als zwar recht „eigen“ mit ihren Medikamenten, aber als „zugänglich“ für Information und Intervention gehalten werden, stellt sich die Kommunikation mit älteren Männern aus Sicht der Pflege eher schwierig dar. Oft sind bei ihnen massive Widerstände zu überwinden, um die Medikamenteneinnahme zu ermöglichen und dies verlangt ein hohes Maß an Geduld, Einfühlungsvermögen und „Überredungskunst“. Die geringere Selbstachtsamkeit erschwert zudem, das Auftreten möglicher Nebenwirkungen und Interaktionseffekte frühzeitig zu erkennen. Bei älteren Männern wird der Bedarf an Information und Anleitung daher besonders hoch und eine Intervention als besonders schwierig eingeschätzt – auch, wenn es darum geht, sie zur Symptomwahrnehmung und -deutung zu befähigen (vgl. auch Hagström 2005).

(10) *Supervidierendes Monitoring*: Zu den Besonderheiten chronischer Krankheit gehört, dass die mir ihr verbundenen Bewältigungsherausforderungen – auch wenn es um das Management des meist komplexen Medikamentenregimes geht – sich im Verlauf der Krankheit immer wieder verändern. Das gilt – wie von der Pflege mehrfach herausgehoben wird – auch für die Bewältigungspotenziale der Erkrankten: auch sie verändern sich im Krankheitsverlauf, werden meist nicht mehr, sondern weniger und parallel dazu nehmen die Probleme der Erkrankten meist zu. Aus diesem Grund ist aus Sicht der Pflege ein supervidierendes Monitoring chronisch erkrankter Patienten essentiell – auch und gerade solcher Patienten, die auf komplexe Medikamentenregime angewiesen sind. Welche Vielzahl an Aufgaben dabei zu bewältigen sind, ist in den zurückliegenden Ausführungen angeklungen, welche Funktion ihm zukommt wird in dem folgenden Zitat noch einmal auf den Punkt gebracht: „*Das Wichtigste (ist), am Ball zu bleiben, im Gespräch zu bleiben, nicht zu bevormunden, aber zu handeln*“ (PF 04/439-441). Kontinuierliche Präsenz und Verlaufsbeobachtung, kontinuierliche Kommunikations- und Interventionsbereitschaft ohne aber zu deautonomisieren – sind demzufolge die wichtigsten Aufgaben, so die Botschaft. Vermeidung von Bevormundung und De-Autonomisierungen bedeutet aus Sicht der Pflege vor allem – wie der Textauszug deutlich macht – nicht über die Erkrankten hinweg zu gehen. Vielmehr ist ein anwaltschaftliches Handeln gefragt, das *mit* und *für* den Patienten agiert: ihn weit möglichst einbezieht und seine Wünsche und Lebensqualitätsvorstellungen respektiert, aber nicht in falsch verstandenem „laissez-faire“ etwa seinen Motivationseinbrüchen und Widerständen aufsitzt, sondern in Krisensituationen auch korrigierend eingreift, dabei aber immer an seinem Interesse und Wohlergehen orientiert ist. Vermeidung von De-Autonomisierung bedeutet außerdem, präventiv zu agieren und stets darauf zu achten, wie Krisen vermieden und Verschlechterungen vorgebeugt und vor allem: wie zum Erhalt gesundheitlicher Autonomie und selbständiger Lebensführung beigetragen werden kann. Es bedeutet schließlich

auch, die dazu nötigen Kompetenzen und Selbstmanagementfähigkeiten von Patienten *und* Angehörigen zu fördern. Dass ein solches begleitendes supervidierendes Monitoring bislang eher Wunsch als Realität ist, wird unumwunden zugestanden, zugleich aber betont, wie sinnvoll es im Interesse der Erkrankten wäre. Wie es umgesetzt werden könnte, darüber bleiben die Vorstellungen vage.

Fragen wir auch hier, bevor diese sich aus der Perspektive der Pflege stellenden Interventionserfordernisse zusammenfassend diskutiert werden, zunächst noch danach, wie sich die Kooperation mit den Angehörigen und den anderen Gesundheitsprofessionen darstellt. Zunächst zu den Angehörigen.

Angehörige als zentrale Unterstützungsinstanz

Mehrfach wurde bereits angedeutet, dass die Angehörigen auch aus Sicht der ambulanten Pflege *die* soziale Unterstützungsinstanz der Patienten darstellen. Das gilt besonders für ältere Menschen, bei denen – so wird betont – ein enger Zusammenhang zwischen der Qualität der Unterstützung und der Adhärenz durch Angehörige besteht. Sind Angehörige vorhanden, „kümmern“ sie sich in der Regel um den Patienten und sorgen auch für die Einnahme der Medikamente:

„Wir haben viele Patienten, wo dann einmal am Tag Angehörige vorbeikommen und sich unter anderem auch darum kümmern: ‚Hat Mutti die Sachen genommen, oder nicht?‘ und die sie darauf hinweisen. Also das spielt schon eine sehr große Rolle. ... Wenn Angehörige da sind, dann arbeiten die auch eigentlich immer ganz toll mit.“ (PF 03/326-339)

Wie hier deutlich wird, übernehmen Angehörige vielfach die Sicherstellung und Kontrolle der Medikamenteneinnahme, so weitgehend dass, so eine Interviewpartnerin, „*wir uns dann gar nicht mehr darum kümmern*“ müssen (PF 07/54 f.). Voraussetzung dazu ist, dass die Angehörigen in unmittelbarer räumlicher Nähe leben. Das ist – wie wiederholt betont wird – aufgrund der zunehmenden, auch arbeitsmarktbedingten Mobilität allerdings oft nicht gegeben und dies ist ein Grund, weshalb überhaupt ein Pflegedienst hinzu gezogen wird. Doch nicht nur, wenn Angehörigen selbst nicht möglich ist, Patienten regelmäßig zu betreuen, versuchen sie eigeninitiativ einen Pflegedienst zu mobilisieren. Nicht weniger häufig kommt es vor, dass sie mit der häuslichen Betreuungssituation überfordert sind. Denn die häusliche Betreuung eines pflegebedürftigen Familienmitglieds birgt für die Angehörigen, wie auch in der Literatur betont wird, zahlreiche Herausforderungen und auch Konfliktpotenziale in sich (vgl. Gerhardt/Friedrich 1982; Gräßel 1998; Hellige 2002; Jungbauer et al. 2003; Schaeffer 2001b; Schneekloth/Wahl 2005; Schnepf 2002; Wadenpohl 2001, 2006; Wilz et al. 1996). So kann beispielsweise bereits das Erinnern an die Medikamenteneinnahme von älteren Patienten als Bevormundung und als Eingriff in die Autonomie erlebt werden und Konflikte hervorrufen. Auch Verweigerungen von Patienten, die Medikamente einzunehmen, ziehen konfliktreiche und belastende Familiensituationen nach sich.

„Die sehen da schon zu, aber wenn Mama nicht will ... Wenn dann darauf rumgepocht wird, dann ist (hängt) der Haussegen schief.“ (PF 02/797-803)

Können Angehörige Konflikte dieser und anderer Art nicht mehr eigenständig lösen, suchen sie vielfach Unterstützung durch einen Pflegedienst. Meist muss die ambulante Pflege dann zunächst zur Stabilisierung der Familiensituation beitragen – eine keineswegs leichte Aufgabe. Denn faktisch hat die Pflege dann zwei Klienten: den Pflegebedürftigen *und* seine Angehörigen. Zuständig ist sie jedoch primär für den Pflegebedürftigen. Zugleich ist sie nicht eben selten überhöhten Erwartungen der Angehörigen ausgesetzt. So gehen die Angehörigen beispielsweise oft davon aus, dass die verordnungsgemäße Einnahme der Medikamente nach Hinzuziehung der Pflege problemlos „klappen“ muss, auch wenn die Patienten sich weiterhin verweigern. Dabei übersehen sie, dass auch die Pflegenden die Patienten nicht zur Einnahme der Medikamente „zwingen“ können:

„Wir haben zwar Verantwortung, aber unsere Verantwortung geht auch nur bis zu einem gewissen Punkt, ... Wir können ja nicht sagen ‚Hier Mund auf‘, Hände fest binden und ‚Sie nehmen ihre Tabletten‘, ... Nur dann sind auch die Auseinandersetzungen mit Angehörigen da.“ (PF 10/1152-1159)

Exemplarisch deutet dies an, wie schwierig sich unter Umständen die Medikamentenversorgung und auch die Zusammenarbeit mit Angehörigen darstellen kann.

In der Regel aber, so die Pflegenden, erweisen sich die Angehörigen als konstruktive Kooperationspartner. Meist fungieren sie für die Pflegedienste als wichtige Informationsinstanz und gleichen die Kommunikationsdefizite im professionellen System aus: erläutern etwa die zurückliegende Krankheits- und Behandlungsgeschichte und liefern wichtige Hintergrundinformationen über die Patienten²⁵. Auch wenn es darum geht, Angehörige in Aufgaben der Medikamentenversorgung einzubinden – etwa für die Bereitstellung der Medikamente Sorge zu tragen, Patienten an die Einnahme zu erinnern, die Medikation für die unterschiedlichen Einnahmezeitpunkte in Tages- oder Wochendosetten vorzubereiten oder die Medikamente zu verabreichen – ist die Kooperationsbereitschaft zumeist groß.

Für die Wahrnehmung dieser Aufgaben benötigen Angehörige allerdings – so wird nachdrücklich betont – eine fachliche Anleitung und edukative Unterstützung. Darüber, wie eine solche Anleitung und Unterstützung erfolgen sollte oder im Pflegealltag erfolgt, bleiben die Ausführungen jedoch vage²⁶. Auch darüber wie Angehörigenanleitung und -edukation

²⁵ Vor allem wenn sich die häusliche Pflege auf Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) beschränkt, ist die Information der Pflegedienste über die (medikamentöse) Therapie durch die Hausärzte nicht gewährleistet. Daher wenden sich die Pflegenden im Zweifelsfall an die Angehörigen, um über die Therapie im Bilde zu sein und dem pflegerischen Auftrag zur verantwortlichen „Mitwirkung an der Therapie“ (§ 3 KrPflG 2003) gerecht werden zu können.

²⁶ Dies zeigt sich auch bei der Versorgung von Patienten mit insulinpflichtigem Diabetes, bei der die Anleitung der Patienten oder ihrer Angehörigen zur selbstständigen Durchführung der Injektionen und Diabeteskontrollen eine zentrale Aufgabe der ambulanten Pflege ist. In den Interviews bleiben die damit verbundenen edukativen Herausforderungen denkbar blass. Erörtert wird vorrangig das Problem, dass die Krankenkassen wenig Verständnis dafür zeigen, wenn Patienten oder ihre Angehörigen im erwarteten Zeitrahmen nicht in der Lage sind, die Injektionen selbst vorzunehmen. Dabei wird zumeist auf Einschränkungen der habituellen Fähigkeiten älterer Menschen rekurriert, die auch die vergleichsweise einfache Handhabung eines Pens erschweren kön-

idealerweise zugeschnitten sein sollte, bleiben die Aussagen in den Interviews blass. Ursächlich dafür ist u. a., dass auch Angehörigenarbeit, ähnlich wie andere edukative Aufgaben, im deutschen Pflegealltag noch längst nicht die ihr gebührende Relevanz erfahren, sie in der Ausbildung einen zu geringen Stellenwert einnehmen und es zudem noch an tragfähigen alltagstauglichen Konzepten fehlt. Dies erklärt nicht nur die Vagheit der Ausführungen zum Thema Angehörigenanleitung, sondern hat auch Konsequenzen, wenn Pflegenden zur Selbstmanagementförderung von häuslich zu versorgenden Patienten beitragen sollen. Sie für die Wahrnehmung dieser Aufgabe zu befähigen und dabei auch das Thema Angehörigenanleitung und -kooperation zu berücksichtigen, wird – so legen die Interviews nahe – eine wichtige Aufgabe sein.

Kooperation mit den behandelnden Ärzten

Grundsätzlich wird einer professionsübergreifenden Kooperation seitens der Pflege überaus hohe Bedeutung beigemessen wenn es um die Betreuung von chronisch kranken Patienten mit komplexem Medikamentenregime geht: „*Kommunikation ist das Erste, das Zweite professionsübergreifend arbeiten.*“ (PF 01/1487 f.), so die pointierte Formulierung einer der befragten Pflegekräfte. Dabei nimmt die Kommunikation und Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten aus Sicht der Pflege einen besonderen Stellenwert ein. Gerade mit ihnen ist eine reibungslose und ineinandergreifende Zusammenarbeit unerlässlich, um eine qualitativ hochwertige häusliche Versorgung zu ermöglichen. Doch nimmt sich der Alltag oft anders aus. Dort verläuft die Kooperation mit den Ärzten sehr unterschiedlich und meist misslich:

„Es gibt da schon sehr unterschiedliche Ärzte. Es gibt welche, die kooperieren gut mit uns und es gibt auch welche – Also wir haben zum Beispiel einen Arzt, da können die Leute sterben, da kriegen sie keine Hilfe.“ (PF 07/490-495)

„Es gibt auch Ärzte, klar, die arbeiten mit uns zusammen, ... aber im Großen und Ganzen lässt das doch sehr zu wünschen übrig.“ (PF 03/604-618)

Aussagen wie diese durchziehen die Interviews und deuten an, dass gut funktionierende Kooperationsbeziehungen neben solchen stehen, in denen die Zusammenarbeit mit den Ärzten eher lose und störanfällig ist, wobei letztere zu überwiegen scheinen. Dies hat unterschiedliche Gründe und ist partiell darauf zurückzuführen, dass viele Ärzte der ambulanten Pflege nach wie vor skeptisch bis ablehnend gegenüber stehen. Auch Vorbehalte, die bis zu dem Vorwurf reichen, die ambulante Pflege diene „*ja nur der Abzocke*“ (PF 07/475 f.), sind vor allem in der Regelversorgung keine Ausnahmeerscheinung.

Daneben erschwert – wie der erste Textauszug andeutet – mangelndes Verständnis für die Patienten die Kooperation. Das beginnt damit, dass Ärzte „stur“ an eingefahrenen (Verordnungs-)Routinen festhalten – etwa jahrelang die gleichen Medikamente verordnen, ungeachtet dessen, dass

nen. Auch Unsicherheiten und Ängste der Angehörigen, die auf einen Bedarf an professionellem Rückhalt hindeuten, werden kaum thematisiert, wie er beispielsweise in Experteninterviews mit Pflegenden aus Palliativpflegediensten in den Mittelpunkt gerückt wird (Müller-Mundt 2005; Schaeffer et al. 2002).

sich der Zustand des Patienten längst verändert hat – , oder sie bei einem Krankenhausaufenthalt vorgenommene Neueinstellungen umgehend revidieren, sobald der Patient wieder in „ihrer Obhut“ ist, und reicht bis dahin, dass es vielen Ärzten an der Bereitschaft mangelt, rechtzeitig und im nötigen Umfang häusliche Pflege zu verordnen und damit die Versorgung des Patienten sicherzustellen. Ursächlich dafür ist, dass sie den Hilfe- und Unterstützungsbedarf ihrer Patienten oft nicht adäquat einschätzen können, sei es, weil ihnen die dazu erforderlichen Informationen über die Patienten fehlen oder sie, da sie meist nur im Ausnahmefall Hausbesuche durchführen, keinen oder nur sehr bruchstückhaften Einblick in das Alltagsleben der Patienten haben. Hinzu kommen finanzielle Restriktionen:

„Wir haben ja immer so einen Kampf die Verordnung überhaupt durchzubekommen, wir können es beweisen, dass die Leute wirklich die Medikamente nicht einnehmen, aber der Arzt sieht das einfach nicht ein, weil das halt über sein Budget geht.“ (PF 02/827-831)

Vor allem Hausärzte befürchten – so die Einschätzung der Pflegenden – bei einer Überziehung ihres Budgets von den Krankenkassen in Regress genommen zu werden. Ob derartige Befürchtungen bei einer indikationsgerechten Verordnung von „Behandlungspflege“ im Einzelfall begründet oder unbegründet sind, sei hier dahin gestellt. Deutlich wird, dass die Budgetierung vertragsärztlicher Leistungen aus Sicht der Pflegenden eine weitere Barriere für die Sicherstellung der erforderlichen pflegerischen Unterstützung der Patienten darstellt.

Zusätzlich behindern Informations- und Kommunikationsprobleme die Kooperation. Aussagen wie: „*Von den Ärzten werden wir gar nicht informiert.*“ (PF 07/377-379) sind keine Seltenheit in den Interviews. Vor allem mit den keineswegs wenigen eher traditionell orientierten Ärzten, „*die wirklich noch meinen, sie wären die Götter in Weiß*“ (PF 03/2343) verläuft die Kommunikation und Informationsweitergabe offensichtlich schlecht. Generell wird die wenig reziproke Kommunikation beklagt. So werden von der Pflege unternommene Initiativen zur wechselseitigen Information von den Ärzten meist ignoriert. Beispielsweise bleiben entsprechende Hinweise für die Ärzte in den bei den Patienten hinterlegten Pflegedokumentationen in der Regel schlicht unbeantwortet:

„Falls der Arzt kommt, braucht er die Akte nur einsehen ... Wir schreiben da immer den aktuellsten Stand rein, ob was Besonderes ist. ... Aber da (steht) nie irgendwas für die Pflegekräfte. Gar nichts!“ (PF 02/1018-1024)

Das Interviewzitat illustriert, wie einseitig die Kommunikation mit den behandelnden Ärzten ist und deutet zugleich die Frustration über die geringe Kooperationsbereitschaft der Ärzte an, die von der Pflege tendenziell als „Arroganz“ (PF 03/554 ff.) empfunden wird.

Diese wie auch die vielen anderen Kommunikations- und Kooperationsdefizite sind für die Arbeit der ambulanten Pflege folgenreich. Weil sie gewissermaßen das letzte Glied in der Kette ist, muss sie, um eine qualifizierte Patientenbetreuung gewährleisten zu können, den Ärzten hinterher telefonieren, sie in der Arztpraxis aufsuchen und persönlich Rücksprache halten oder mit der Arzthelferin verhandeln, um an die nötigen Informationen zu gelangen – Aufgaben, die viel taktisches Geschick und „vorsichtiges“ Lavieren (PF 08/241 f.) erfordern und vor allem: mit einem erheblichen Zeit- und Energieaufwand verbunden sind.

„Für mich ist es Standard, ich frage da immer nach: ‚Können Sie mir einen Medikamentenplan faxen?‘ ... Manche vergessen es halt..., dann telefonieren wir ... oder fahren direkt vorbei und schreiben dann vor Ort unseren Zettel.“ (PF 08/612-629)

Exemplarisch zeigt der Textauszug, dass von den ambulanten Pflegedienstlichen „stillschweigend und nebenbei“ eine ganze Reihe an Informations- und Koordinationsaufgaben übernommen werden, um die medikamentöse Therapie sicherzustellen – egal ob im Rahmen der „grundpflegerischen“ Betreuung nach SGB XI oder der Pflege nach SGB V. Nur von einem Bruchteil der Ärzte wird dieses Engagement allerdings honoriert, obschon die Gewährleistung der Versorgungskoordination – ebenso wie die therapiebezogene Aufklärung, Beratung und Anleitung der Patienten und ihrer Angehörigen – formal im Kompetenzbereich der niedergelassenen Ärzte liegt. Wie das vorliegende Datenmaterial einmal mehr unterstreicht, nehmen sie entsprechende Aufgaben allenfalls rudimentär wahr (Höhmann et al. 1998; Schaeffer 1998, 2004). Dass hier eine Veränderung erforderlich ist, bedarf aus Sicht der Pflege kaum der Erwähnung, ebenso dass das den Versorgungsalltag nach wie vor beherrschende „freundliche Desinteresse“ der Ärzte an einer Kooperation (Garms-Homolová 1994; Garms-Homolová et al. 1998; Schaeffer 1998) und auch die klassischen „Doctor-Nurse-Games“ (Stein 1967; Stein et al. 1990) der Überwindung bedürfen. Eine entsprechende Kooperationsbereitschaft der niedergelassenen Ärzte vorausgesetzt, könnte aus Sicht der Pflege in der ambulanten Versorgung chronisch kranker Patienten *„alles besser laufen“* (PF 03/2255)²⁷.

Kooperation mit den Apothekern

Zur Kooperation von Pflege und Apothekern finden sich nur recht spärliche Aussagen in den Interviews. Sie scheint relativ reibungslos zu funktionieren und sich auf die Einlösung der Arzneimittelrezepte zu konzentrieren: *„Wir haben eine gute Apotheke, mit der wir zusammenarbeiten, wegen der Rezepte und so“* (PF 05-06/748 ff.) – so der Tenor in den Interviews. Eine gute Kooperation mit den Apotheken wird von Pflegeseite an einer

²⁷ Das gilt auch für die Kooperation zwischen Ärzten und Apotheken, die aus Sicht der Pflege ebenfalls verbesserungsbedürftig ist. Zwar werden die Ärzte als zentrale therapeutische Instanz betrachtet, ihre pharmakologische Kompetenz wird jedoch als begrenzt eingeschätzt. Angesichts der auf dem bundesdeutschen Arzneimittelmarkt zu verzeichnenden „Flut an Medikamenten“ – ist das aus Sicht der Pflege durchaus verständlich, ebenso, wenn Ärzte Neben- und Wechselwirkungen nicht immer im Detail ermessen können. Kritisiert wird aber, dass sie nach dem Motto *„Ich lass mir nicht in meine Therapie pfluschen.“* (PF 01/32) stoisch auf dem ärztlichen Therapiemonopol beharren und die Expertise der Apotheker weitgehend ignorieren. Insbesondere bei Multimedikation ist es keineswegs selten, dass sie die Brisanz ihrer Verordnungspraxis ausblenden, statt die Apotheker in die Arzneimitteltherapie einzubeziehen oder bei der Verordnung weiterer Medikamente zumindest das Therapieregime durch die Apotheker auf mögliche Interaktionseffekte hin prüfen zu lassen. Beispiele wie diese ließen sich ergänzen und unterstreichen, dass die Arzt-Apotheker-Kooperation aus Sicht der Pflege dringend einer Veränderung bedarf. Vor allem bei chronisch kranken Patienten mit komplexem Medikamentenregime sollten die Apotheker angesichts der vielfältigen Probleme, die einer Multimedikation inhärent sind, intensiver in die Versorgung einbezogen werden.

unbürokratischen und raschen Bereitstellung der Medikamente festgemacht. Gelegentlich wird auf die Bedeutung der Apotheken als Informationsinstanz verwiesen. So werden die Apotheker beispielsweise um Information gebeten, wenn der behandelnde Arzt neue, weniger geläufige Medikamente angesetzt hat, ohne die Pflegedienste davon zu unterrichten oder er – etwa am Wochenende – nicht für Rückfragen erreichbar ist und die Pflegenden „*rätselfn dann da samstags morgens*“ (PF 03/2258 ff.). Ansonsten aber scheint die Kooperation zwischen diesen beiden Versorgungsinstanzen, wie auch in den Interviews mit den Apothekern deutlich wurde, kaum der Thematisierung zu bedürfen.

Zwischenfazit

Betrachten wir auch hier die zurückliegenden Ausführungen noch einmal summierend mit der Frage, was sie über die Problemwahrnehmung der ambulanten Pflege aussagen.

1. Auch von der Pflege wird der hohe Bedarf an Unterstützung der Patienten bei der Bewältigung der medikamentösen Therapie unterstrichen und dabei auf ein ganzes Spektrum an unterschiedlichen Dimensionen aufmerksam gemacht. Partiiell decken sich die von ihr erwähnten Bedarfsdimensionen mit denen, die von den Ärzten und Apothekern angeführt wurden, partiell lassen sich andere Akzentsetzungen ausmachen. So betont beispielsweise auch die ambulante Pflege – ähnlich wie die Ärzte – die Wichtigkeit der Vermittlung von Krankheits- und Medikamentenwissen, hebt aber hervor, dass abstraktes Wissen allein nicht ausreicht, sondern die Erkrankten auf sie zugeschnittenes, umsetzbares Wissen benötigen und daher eine alltagsnahe Kompetenzförderung eine große Rolle spielt. Und ähnlich wiederum wie von den Apothekern wird der Bedarf an technisch-instrumenteller Unterstützung unterstrichen, aber betont, wie wichtig es ist, ihn nicht durch bloße Information fernab vom Alltag zu beantworten, sondern ihn vor Ort und eingebettet in praktische alltagskompatible Maßnahmen zur Integration der Medikamentenregime in den Lebensalltag anzugehen. Exemplarisch zeigt diese Kontrastierung nochmals, was als eines der wesentlichen Merkmale der Problemwahrnehmung und des Problemzugriffs der ambulanten Pflege bezeichnet werden kann. „*Alltagsnähe*“ ist für sie typisch und dies ist – wie zuvor ausgeführt wurde – sowohl dem Faktum geschuldet, dass die ambulante Pflege im Lebensalltag der Patienten tätig ist, als auch dadurch bedingt, dass sie vor allem für jene chronisch erkrankten Menschen eine wichtige Instanz ist, die ihren Lebensalltag nicht mehr autonom bewältigen können und darin der Unterstützung bedürfen. Dies erklärt, warum sie die Herausforderungen, die die Bewältigung eines komplexen Medikamentenregimes für die Erkrankten mit sich bringt sehr alltagsgesättigt zu schildern vermag und auch, warum sie – anders als die Ärzte und die Apotheker – auch immer wieder die mit dem Fortschreiten chronischer Krankheit einhergehenden Begrenzungen der Bewältigungskapazitäten der Patienten in den Blick nimmt und auf den daraus rührenden Unterstützungsbedarf hinweist. Es ist auch Grund dafür – das ist ebenfalls nochmals zu erwähnen –, dass sie ihre Aufmerksamkeit auf einen Abschnitt des Krankheitsverlaufs richtet, der in den Ausführungen der Ärzte und Apotheker relativ blass bleibt. Wie zu sehen war, konzentrieren diese sich mehr auf die anfänglichen Stadien chronischer Krankheit, wohingegen die Pflege – in Korrespondenz zu ih-

rem Wirkungsfeld – vorrangig die Spätstadien chronischer Krankheit beleuchtet und damit die Beschreibung des Bedarfs arrondiert.

Aus eben dieser Alltagsnähe erwachsen – wie auch die zurückliegende Analyse gezeigt hat – zahlreiche *Potenziale* für die Unterstützung chronisch erkrankter Menschen bei der Bewältigung komplexer Medikamentenregime und eine alltagsnahe Förderung der Adhärenz. Erinnerung sei hier daran, dass die Zugehörstruktur und die Tätigkeit im unmittelbaren häuslichen Umfeld und der Privatsphäre der Erkrankten der ambulanten Pflege Einblick in das Alltagsleben und die sich dort zeigenden Probleme im Umgang mit chronischer Erkrankung und dem Medikamentenregime ermöglicht, der den anderen auf der Basis einer Kommstruktur agierenden Gesundheitsprofessionen verwehrt ist. Sie ist zudem vergleichsweise engmaschig im häuslichen Umfeld präsent und vermag auch Anpassungsschwierigkeiten zu erkennen und hat Einsicht in die konkrete Ressourcensituation vor Ort und das soziale bzw. familiale Umfeld. Zudem steht sie in einer durch soziale Nähe und kommunikative Vertrautheit gekennzeichneten Beziehung zum Patienten, die es erleichtert, auch „banal“ erscheinende Alltagsprobleme im Umgang mit der Medikation anzugehen oder auch schambesetzte Themen anzusprechen, die anderen Gesundheitsprofessionen, auch dem Arzt, verschwiegen werden. All dies sind wichtige Voraussetzungen für eine wirksame und nachhaltige Förderung der Adhärenz und des Selbstmanagements komplexer Medikamentenregime, so auch und gerade dann, wenn es darum geht, die Selbstmanagementkompetenz im Umgang mit chronischer Krankheit und mit der medikamentösen Therapie zu fördern.

2. Gleichwohl haben sich auch *Hindernisse* gezeigt, die eine Ausschöpfung der Potenziale der Pflege bislang begrenzen. Anzuführen sind hier nicht allein die von allen befragten Gesundheitsprofessionen hervorgehobenen *finanziellen und zeitlichen Restriktionen*, sondern ebenso bestehende *Professionalisierungs- und Qualifizierungsdefizite*. So hat die Analyse offenbart, dass die Problemwahrnehmung der Pflege streckenweise auf eigentümliche Weise unsicher und unreflektiert anmutet. Zweifelsohne verfügt die Pflege, wie deutlich geworden sein dürfte, über ein sehr breites Alltags- und Erfahrungswissen und großes Verständnis für die Probleme der Patienten, doch vermag sie dieses dem Charakter nach eher implizite Wissen nicht in hinreichend reflektiertes explizites Wissen zu übersetzen. Darüber hinaus fehlt es ihr in etlichen Bereichen an systematischem evidenzbasierten Wissen. So ist die Erörterung vieler Probleme – insbesondere psychosozialer Problemlagen – von Rückgriffen auf alltagspsychologische Deutungsmuster und vorschnelle Generalisierung subjektiver Erfahrungen durchzogen. Die Ausführungen zur Arzneimitteltherapie bei Multimorbidität wiederum sind eher global und pauschal und zeichnen sich dadurch aus, dass zwar basales Wissen um die generelle Problematik einer Multimedikation im Alter vorhanden ist, es aber vielfach an der Oberfläche bleibt und fragmentarischen Charakter hat. Auch die für ein qualifiziertes Monitoring des Krankheits- und Therapieverlaufs erforderliche pharmakologische Expertise und klinische Kompetenz ist – so zeigt dies – ergänzungsbedürftig.

3. Betrachten wir die Ausführungen über die *kommunikativen Unterstützungserfordernisse und Interventionsmöglichkeiten* der ambulanten Pflege eingehender, zeigt sich, dass auch hier die Aussagen in der Summe recht vage und blass bleiben. Dies ist Ausdruck dessen, dass sich die ambulante

Pflege – entgegen ihrer breiten Problemsicht – in der Praxis faktisch weitgehend auf technisch instrumentelle Aspekte der Handhabung der Medikamente und auf die Sicherstellung der Medikamenteneinnahme konzentriert. Kommunikative und edukative Unterstützungserfordernisse werden zwar gesehen und ihre Wichtigkeit erkannt, doch dominiert – wie sich hier einmal mehr zeigt – das im Leistungsrecht festgeschriebene verrichtungsbezogene Pflegeverständnis den Pflegealltag (und auch die Handlungsorientierung der Pflegenden), in dem für kommunikative und anleitende Aufgaben wenig Raum gegeben ist. Zugleich fehlt es infolge des hierzulande bestehenden Professionalisierungsrückstandes der deutschen Pflege an den erforderlichen Kompetenzen, um kommunikative und edukative Aufgaben systematisch wahrnehmen zu können. In den zurückliegenden Ausführungen wurde dies am Beispiel der Beziehungs- und Interaktionsgestaltung sichtbar, wird aber auch deutlich, wenn es um das Thema Patientenkommunikation geht. Zwar zeichnet sich die Pflege in der Kommunikation mit den Patienten durch hohe Sensibilität und großes Verständnis für die psychosozialen und lebensweltlichen Probleme im Umgang mit chronischer Krankheit und der (medikamentösen) Therapie aus, ebenso für die damit verbundenen Bewältigungsherausforderungen, Verlust- und Leidenserfahrungen. Emphatische Anteilnahme allein reicht jedoch nicht aus, um zu Problemlösungen zu gelangen. Vielmehr ist es notwendig, die Pflege in die Lage zu versetzen, ihre „intime“ Kenntnis der Bewältigungsprobleme und -ressourcen für eine systematische Kompetenzförderung und Stärkung der (Selbst-)Managementfähigkeiten der Patienten und ihrer Angehörigen nutzbar zu machen. All dies unterstreicht, wie wichtig es ist, auch die kommunikative und edukative Kompetenz der Pflege zu stärken, insbesondere jene, die für eine begleitende supervidierende Unterstützung und Förderung der Adhärenz und Selbstmanagementkompetenz chronisch Erkrankter erforderlich sind. Doch auch anderen Aspekten wird dabei Beachtung zu schenken sein, wie die spärlichen Ausführungen zum Thema „Mitwirkung der Patienten“ oder aber „Angehörigenarbeit und -unterstützung“ verdeutlichen. Auch sie zeigen, dass der ambulanten Pflege die Bedeutung der hier harrenden Aufgaben bewusst ist, die Aufgabenwahrnehmung aber u. a. an konkreten Umsetzungs- und Konzeptvorstellungen wie auch an bestehenden Qualifikationsdefiziten strandet.

4. Zugleich unterstreicht die Analyse, dass sich auch die *strukturellen Rahmenbedingungen* hinderlich auf die Interventionsmöglichkeiten und Handlungsspielräume der ambulanten Pflege auswirken. Zu erinnern ist hier nochmals an das verengte gesetzlich festgeschriebene Pflegeverständnis, doch auch an die überaus späte Hinzuziehung der ambulanten Pflege, in der sich widerspiegelt, dass Pflege hierzulande nach wie vor als Restversorgungsinstanz gesehen wird, die dann einbezogen wird, wenn alle anderen Versorgungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. Auch diese und andere strukturellen Hindernisse wirken sich limitierend auf die Interventionsmöglichkeiten der Pflege aus. Zugleich aber – auch das hat die Analyse gezeigt – tendiert die Pflege dazu, gegebene Handlungsspielräume nicht voll auszuschöpfen und etwa bei der Feststellung von Versorgungs- und Interventionserfordernissen den Blick sogleich auf „übergeordnete Instanzen“ und strukturelle Widrigkeiten zu richten und dies erklärt die Unentschiedenheit ihres Blicks, und zwar auch dann, wenn Versorgungserfordernisse erkannt werden und es darum geht, Probleme aktiv anzugehen und einer Lösung zuzuführen. So nimmt die ambulante Pflege zwar auch im Rahmen

der „grundpflegerischen“ Versorgung „nebenbei“ eine Vielzahl von kommunikativen und koordinativen Aufgaben zur Sicherstellung der Medikamentenversorgung wahr. Sie tut dies jedoch eher unsystematisch und wird erst dann aktiv, wenn gravierende Probleme sichtbar werden. Wichtig erscheint daher auch die *Stärkung des professionellen Selbstbewusstseins der Pflege* und sie dahingehend zu befähigen und zu ermutigen, Problemlösungen beherzter systematisch anzugehen und ihren professionellen Handlungsspielraum gezielt auszuschöpfen. Voraussetzung hierfür ist nicht zuletzt, eine Erweiterung des auf körperbezogene Versorgungstätigkeiten verengten Pflegeverständnisses, in dem ein Bewusstsein dafür geschaffen wird, dass Patienten- bzw. Familienedukation und Versorgungsorganisation im Sinne des Case Managements insbesondere im ambulanten Sektor zentrale Aufgaben professioneller Pflege darstellen (Ewers/Schaeffer 2005).

5. Abschließend bleibt, die Kooperation zu betrachten. Anders als von den anderen Gesundheitsprofessionen werden von der Pflege die *professionenübergreifenden Kooperations- und Kommunikationserfordernisse* immer wieder unterstrichen. Sie verharrt also nicht bei den sich aus professionsinterner Sicht stellenden Herausforderungen, wohl aber – wie zu sehen war – bei den weithin bestehenden Schwierigkeiten der professionenübergreifenden Kooperation. Immer wieder verfängt sie sich in den vielfältigen Kooperations- und Kommunikationsproblemen mit der Medizin, ohne auch hier die in ihrem unmittelbaren Handlungsfeld bestehenden Interventionsmöglichkeiten systematisch auszuloten und – auch im Sinn der Erweiterung des eigenen professionellen Handlungsrahmens – gezielt aufzugreifen. Die sichtbar gewordene Neigung zum resignativen Rückzug der Pflege auf die Kritik nicht „in ihrer Macht“ stehender Mängel der Versorgungspraxis und der unzureichenden Kommunikations- und Kooperationsbereitschaft der Ärzte verstellt den Blick für eine kritische Reflexion der eigenen Handlungspraxis und für die Erfordernisse einer systematischen (Weiter-)Entwicklung ihrer professionellen Kompetenz sowie von Strategien für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Beantwortung kommunikativer und koordinativer Unterstützungserfordernisse der Patienten und ihrer Angehörigen. Damit werden zugleich die hier liegenden Professionalisierungspotenziale verkannt, denn die für eine systematische Wahrnehmung von Aufgaben der Patientenedukation und der Versorgungsorganisation erforderlichen Kompetenzen sind hierzulande nicht nur in der Pflege, sondern auch in den übrigen Gesundheitsprofessionen bislang allenfalls rudimentär anzutreffen.

4. Diskussion der Ergebnisse: Konsequenzen für die Entwicklung eines Interventionskonzepts zur Selbstmanagementförderung

An dieser Stelle der Analyse angekommen, geht es darum, die in den zurückliegenden Kapiteln dargelegten Ergebnisse der Untersuchung zur Problemsicht der (Haus-)Ärzte, der Apotheker und der ambulant tätigen Pflegekräfte kontrastierend zusammenzuführen und zu einem Gesamtfazit zu gelangen. Dabei folgen wir weniger theoretischen Erkenntnisinteressen, fragen also beispielsweise nicht, was die Art und Weise der Problemwahrnehmung über das Gefüge der Professionen und die Problemlösungspotenziale der unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen mit Blick auf die hier aufgeworfene Fragestellung lehrt, obschon auch das ein überaus lohnenswertes Unterfangen wäre. Vielmehr fragen wir direkt, *welche Schlussfolgerungen aus den gewonnenen Erkenntnissen für die Konzipierung eines Interventionsprogramms zur Adhärenz- und Selbstmanagementförderung chronisch Erkrankter bei der Bewältigung komplexer Medikamentenregime zu ziehen* sind. Ist – so die *erste* abschließend einzuschätzende Frage – die ambulante Pflege wirklich, wie anfänglich postuliert, die geeignete Interventionsinstanz? Wenn ja, welche Bedingungen sind erforderlich, damit sie als solche fungieren kann und ebenso: Wie können die mit dem Management von komplexen Medikamentenregimen verbundenen multiprofessionellen Herausforderungen bewältigt werden? Welches sind – so die *zweite* Frage – die aus Expertensicht wichtigsten Interventionserfordernisse und welche inhaltlichen und didaktischen Konsequenzen erwachsen aus ihnen für die Konzipierung eines Interventionsprogramms zur Adhärenz- und Selbstmanagementförderung? Und schließlich soll als *drittes* der Frage nachgegangen werden, welche Voraussetzungen – u. a. auf qualifikatorischer Ebene – erfüllt sein müssen, um ein solches Interventionsprogramm im hiesigen Gesundheitswesen umzusetzen und zielkonform implementieren zu können. Denn Selbstmanagementförderung und Patientenedukation sind keine Aufgaben, die auf naturwüchsiger Basis realisierbar sind. Vielmehr bedarf ihre Realisierung – wie vorliegende Forschungsbefunde unterstreichen (Dewe 2006; Koerfer et al. 1994; Schaeffer 2006d; Schaeffer/Schmidt-Kaehler 2006a) – eigener kommunikativer und edukativer Kompetenzen, die hierzulande nicht in der erforderlichen Breite und Tiefe zum Gegenstand der Ausbildung der Gesundheitsprofessionen – weder der Ärzte und Apotheker, noch der Pflege – gehören.

Wir beginnen mit der ersten Frage und erörtern zunächst, welche der befragten Gesundheitsprofessionen als geeignete Unterstützungs- und Interventionsinstanz zur alltagsnahen Adhärenz- und Selbstmanagementförderung anzusehen ist. Dazu wenden wir uns nochmals der zurückliegenden Analyse der Problemwahrnehmung der befragten Gesundheitsprofessionen zu.

Pflege als Unterstützungsinstanz der Selbstmanagement- und Adhärenzförderung – Chancen und Hemmnisse

Wie die zurückliegende Analyse gezeigt hat, wird die Medikamentenversorgung und so auch das Management komplexer Arzneimittelregime bei chronischer Krankheit von *allen* der befragten Gesundheitsprofessionen als überaus wichtiges Thema erachtet, das im Versorgungsalltag noch keineswegs befriedigend gelöst ist. Auch darüber, dass die hier bestehenden Probleme dringend der Bewältigung harren und es neuer Konzepte der Adhärenzförderung bedarf, herrscht unter allen Konsens. Unterschiede zeigen sich allerdings, wenn es um die Frage geht, wer die dazu geeignete Instanz ist. Dann reklamiert jede der befragten Gesundheitsprofessionen für sich, die „eigentlich richtige“ Interventionsinstanz zu sein.

Die Analyse legt indes Zweifel an dieser Einschätzung nahe. Bei näherer Betrachtung ist die *Problemsicht* aller drei befragten Gesundheitsprofessionen durchgängig als begrenzt einzuschätzen. Teilweise ist sie – wie schon in den Zwischenbilanzen festgehalten wurde – als *somatisch und pragmatisch verkürzt bzw. technisch instrumentell verengt zu charakterisieren*, so vor allem bei den niedergelassenen Ärzten und den Apothekern. Teilweise wiederum leidet sie unter einem *Mangel an Deutungskriterien und systematischem Wissen*. Letzteres gilt speziell für die Pflege, in deren Problemsicht fragmentarisches systematisches Wissen, fundiertes Erfahrungswissen mit subjektiven Theorien und Deutungen verschwimmen. Dies kennzeichnet partiell zwar auch die Sichtweise der anderen befragten Professionen, gleichwohl charakterisiert der Mangel an systematischem (Deutungs-, Handlungs- und Interventions-)Wissen die ambulante Pflege in besonderem Maß – ein Befund der angesichts der Qualifikationssituation in der Pflege nicht erstaunt (Ewers 2001, 2003; Kuhlmeier/Winter 2000; Moers/Schaeffer 1993; Schaeffer 2003; Schaeffer et al. 2003b). Nach wie vor agieren die in der ambulanten Versorgung tätigen Pflegekräfte in Deutschland auf der Basis einer dreijährigen Berufsausbildung (oder einer noch geringeren Qualifikationsbasis); akademisch ausgebildete Pflegeexperten sind hierzulande bislang rar und dies dürfte sich bis auf absehbare Zeit wenig verändern²⁸.

Dennoch halten wir an der Einschätzung fest, dass die ambulante Pflege die geeignete Interventionsinstanz für die Umsetzung von Adhärenz-

²⁸ Im Zuge der in Deutschland – international betrachtet – verspätet begonnenen Professionalisierung der Pflege sind zwar zahlreiche Pflegestudiengänge entstanden. Sie sind allerdings noch weitgehend auf die Teilbereiche des Pflegemanagements und der Pflegepädagogik begrenzt. Grundständige Pflegestudiengänge, die – wie die Erfahrungen im angelsächsischen und skandinavischen Raum zeigen (Schaeffer et al. 2003) – Voraussetzung für die Herausbildung einer professionellen Pflegepraxis darstellen, sind erst im Entstehen begriffen. Mit der jüngsten Novellierung des Krankenpflegegesetzes (KrPflG 2003) hat der theoretische Unterricht in der „Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegeausbildung“ seit 2004 zwar eine stärkere Gewichtung und inhaltliche Erweiterung erfahren. Ferner wurde über die „Experimentierklausel“ die Option zur Einrichtung grundständiger Studiengänge eröffnet, infolge derer seither vermehrt Modellstudiengänge für eine grundständige Ausbildung aufgebaut werden. Doch im Kern wurde mit der Gesetzesnovellierung das bisherige Modell der beruflichen Ausbildung festgeschrieben, so dass auf absehbare Zeit keine durchgängige Professionalisierung der Pflege(-praxis) zu erreichen sein wird (Landtag NRW 2005).

und Selbstmanagementförderungsprogrammen für chronisch Erkrankte ist, weil ihre Interventions- und auch ihre Handlungsbedingungen optimaler und aufgabenkonformer als die der anderen Gesundheitsprofessionen sind. So hat die Analyse der institutionellen Handlungsbedingungen der befragten Gesundheitsprofessionen gezeigt, dass die *Arztpraxis* wenig geeignet für die Implementation von Interventionskonzepten zur alltagsnahen Selbstmanagementförderung ist. Allein die dort vorfindbaren zeitlichen und ökonomischen Restriktionen dürften sich als enormes (Implementations-)Hindernis erweisen, das sich gepaart mit der begrenzten Problemsicht der Ärzte zu einer kaum überwindbaren Hürde entwickeln dürfte. Ähnlich ist es bei den Apothekern, bei denen zudem das *verkaufsförmige Setting* und der *öffentliche Charakter der Apotheke* die gegebenen Interventionsmöglichkeiten beschränken. Gravierender noch ist einzuschätzen, dass die Analyse der Problemwahrnehmung deutlich gemacht hat, dass beiden Gesundheitsprofessionen, weil sie auf der Basis einer *Kommstruktur* agieren, der *Einblick in den Alltag ihrer Klientel fehlt* und sie somit beide dem Alltagsleben der Patienten zu fern sind, um die sich hier manifestierenden Probleme im Umgang mit dem Medikamentenregime erkennen zu können. Zwar berichten die Patienten in der Apotheke viel aus ihrem Alltagsleben, doch scheint dies eher zufällig zu sein und kann – wie zu sehen war – von den *Apothekern* nicht systematisch genutzt werden, sei es, weil es mit ihrem (auf medizinisch-pharmazeutische Zusammenhänge und Applikationsfragen ausgerichteten) Verständnis des Beratungsauftrags der Apotheke kollidiert, weil den Apothekern die nötige kommunikative Kompetenz fehlt oder weil dem das verkaufsförmige Setting der Apotheke zuwider läuft. Anders gelagert, doch im Ergebnis ähnlich ist es in der Arztpraxis. Obwohl die Ärzte, wie hier nochmals zu betonen ist, für die Patienten die zentralen Ansprechpartner im Gesundheitswesen darstellen, ist die Arztpraxis doch nicht der Ort, an dem „ungefragt“ alltags- und lebensweltliche Probleme im Umgang mit der Medikation zur Sprache gebracht werden können oder gar unbefangen aus dem Alltagsleben mit und trotz chronischer Krankheit erzählt und Einblick in bewusste oder unbewusste Non-Compliance gegeben wird.

Demgegenüber ist die *ambulante Pflege* als sehr viel alltagsnäher einzuschätzen, weil sie direkt im Lebensalltag der Patienten tätig ist und zudem die Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens im Zentrum ihrer professionellen Bemühungen steht. In der Tat hat sie dadurch – wie eingangs postuliert und in den zurückliegenden Ausführungen deutlich wurde – Einsicht in die sich im Alltag manifestierenden und dort zeigenden Probleme im Umgang mit der Krankheitssituation und auch mit dem Medikamentenregime. Auch ihr „professioneller Blick“ ist dadurch sehr viel *alltagsgesättigter* als der der anderen Gesundheitsprofessionen, denn er ist explizit auf die alltagsweltlichen Probleme und Herausforderungen gerichtet, die chronische Krankheit und die Bewältigung eines komplexen Medikamentenregimes für die Erkrankten und ihre Angehörigen mit sich bringt. Zugleich eröffnet die Einbindung in das Alltagsleben der Erkrankten der ambulanten Pflege – wie zu sehen war – ein höheres Maß an *Vertrautheit* und *andere Kommunikationsmöglichkeiten*, in denen auch solche Themen zur Sprache gebracht werden können, die beim Arzt oder in der Apotheke, aufgrund der dort gegebenen Kommunikationsbedingungen, nicht ansprechbar sind. Aus diesen Gründen halten wir die ambulante Pflege für die geeignete Interventionsinstanz zur alltagsnahen Förderung

der Adhärenz und des Selbstmanagements komplexer Medikamentenregime²⁹.

Allerdings hat die Analyse auch auf *Schwierigkeiten und Hürden* verwiesen: So gehören hierzulande vorwiegend chronisch Kranke in den späteren Phasen des Krankheitsverlaufs zur Klientel der ambulanten Pflege (BMGS 2004; RKI 2004; Schneekloth 2005). Patienten, die sich in frühen Phasen chronischer Krankheit befinden, in einer Zeit, in der ein langfristiges Medikamentenregime initiiert wird und erstmals in den Alltag zu integrieren ist, werden von ihr allenfalls im Ausnahmefall erreicht. Ebenso ist davon auszugehen, dass die Klientel der ambulanten Pflege, eben weil meist schon längere Krankheitsverläufe hinter ihr liegen, vermutlich bereits auf langjährige Erfahrungen im Umgang mit Medikamenten zurückblicken kann und sich u. U. korrekturbedürftige Krankheits- und Therapievorstellungen sowie nicht konforme Umgangsweisen verfestigt haben. Sinnvoll und wünschenswert wäre eigentlich, so deutet dies an, chronisch Erkrankte könnten bereits zu einem früheren Zeitpunkt erreicht und in Unterstützungs- und Selbstmanagementprogramme einbezogen werden als es über die hiesige ambulante Pflege möglich ist³⁰.

In den zurückliegenden Ausführungen wurde außerdem deutlich, dass die Qualifikation der ambulanten Pflege ergänzungsbedürftig ist – ein Merkmal, dass sie allerdings mit den anderen Gesundheitsprofessionen teilt, wie noch eingehender zu erörtern sein wird. Sichtbar wurden auch sich mit Qualifikationsproblemen vermengende Professionalisierungsdefizite. Sie schlagen sich u. a. darin nieder, dass die Pflege bis heute nicht recht vermochte, sich zu einem gleichberechtigten, *eigenständigen* modernen Dienstleistungsberuf mit eigenen wissenschaftlichen Konzepten und methodischen Instrumenten (Schaeffer 2003; Schaeffer et al. 1994) zu

²⁹ Dafür spricht auch ein anders gelagerter Gesichtspunkt: In vielen anderen Ländern, besonders jenen mit langjährig gewachsener Professionalisierungstradition in der Pflege, ist sie seit längerem in Aufgaben der Patientenedukation und Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit eingebunden (Lamparter-Lang 1997; Müller-Mundt 2005, 87 ff.). Dort fungiert die Pflege vielfach als Begleitinstanz chronisch kranker Patienten, so auch in der initialen Phase der (Pharmako-)Therapie (Hurwitz et al. 2005; Palmer et al. 2003; Rudd et al. 2004; Strömberg 2004, 2005; Stewart/Horowitz 2002). In Großbritannien wurden die den über eine spezielle Qualifizierung verfügenden „Nurse Prescribers“ im Zuge der „De-Regulierung“ der Arzneimittelversorgung übertragenen Aufgaben und Kompetenzen sukzessive erweitert (Bradley et al. 2005).

³⁰ Die ursprünglich anvisierte Erprobung eines von der Pflege getragenen Interventionskonzepts zur Selbstmanagementförderung, das in die Arztpraxis integriert ist und es ermöglichen würde, chronisch erkrankte Patienten in frühen Krankheitsphasen zu erreichen, wurde nach eingehender Prüfung verworfen. Denn unter den derzeitigen Rahmenbedingungen wäre ein solches Konzept organisatorisch – wenn überhaupt – nur mit erheblichem Aufwand umsetzbar. Bislang finden sich weder Pflegekräfte im Mitarbeiterteam der Arztpraxen, noch existieren etablierte Kooperationsstrukturen zwischen den niedergelassenen Ärzten und den ambulanten Pflegediensten, die ohne größere organisatorische und vertragsrechtliche Probleme eine pflegerische Tätigkeit in Arztpraxen erlauben würde. Hinzu kommt, dass pflegebedürftige Patienten einer Arztpraxis zumeist durch unterschiedliche Pflegedienste versorgt und umgekehrt auch die Patienten der Pflegedienste jeweils von unterschiedlichen Hausärzten betreut werden.

entwickeln und ihre schwache Position im Gefüge der Gesundheitsprofessionen zu überwinden. Behindert wird dies nicht zuletzt durch die strukturellen Bedingungen, wie am Beispiel der Hinzuziehung der ambulanten Pflege oder der Festlegung des Pflegebedarfs deutlich wurde. Wie auch immer, im Pflegealltag hat dies zur Konsequenz, dass die ambulante Pflege ihren Selbsteinschätzungen zufolge zwar „eigentlich viel machen könnte“ und „rein theoretisch“ über viele Handlungsmöglichkeiten und Interventionspotenziale verfügt, sie indes unentschieden und unsicher ist, ob und wie sie diese angesichts der als restriktiv empfundenen Handlungsbedingungen ausschöpfen kann. Das Gros der Pflegekräfte tendiert zu einer passiv resignativen Haltung, zieht sich eher zurück, entbindet sich aus Verantwortungen und schöpft gegebene Spielräume nicht voll aus – u. a. weil dazu die Kooperation mit den anderen Gesundheitsprofessionen, besonders mit der Medizin, erforderlich ist, die jedoch unter Status- und Hierarchieproblemen wie auch unter Kommunikationsschwierigkeiten leidet und nicht eben selten an ihnen strandet. Ohne nicht auch diese Haltung zu verändern, dürfte dem Vorhaben, die Pflege zur Umsetzungsinstanz von neuen Programmen zur Adhärenz- und Selbstmanagementförderung zu erheben, wenig Erfolg beschieden sein. Mit anderen Worten: auch dazu, die eher resignativ-passive Haltung zu überwinden und zu einem konstruktiven, pro-aktiven Handeln zugelingen, das auf die Ausschöpfung gegebener Spielräume zielt und zudem professionellen Standards entspricht, müsste die Pflege befähigt werden.

Freilich müssen auch die Handlungs- und Kooperationsbedingungen in der ambulanten Versorgung auf den Prüfstand: Sie sind – wie die Literatur seit langem zeigt und auch in der zurückliegenden Analyse wieder sichtbar wurde – zweifelsohne veränderungsbedürftig (Cody 2001; Ewers 2001, 2003; Ewers/Schaeffer 1999; Garms-Homolová/Schaeffer 1998; Höhmann et al. 1998; Wingenfeld et al. 2000; Zwarenstein/Bryant 2006). Dies anzugehen würde das hier zur Disposition stehende Vorhaben jedoch überfordern und wäre Gegenstand eines weiteren, anders konturierten Projekts. Für das hier verfolgte Vorhaben scheint es vielmehr angezeigt, eine vorbereitende Qualifizierung der ambulanten Pflege anzuvisieren, zu deren Themen u. a. Fragen des professionellen Selbst- und Rollenverständnisses, der Rolle der Pflege im Gesundheitswesen, der Aufgabengestaltung und nicht zuletzt – wie auch nachfolgend noch zu sehen sein wird – der Kooperation und Kommunikation anderer Gesundheitsprofessionen gehören sollten. Ohne eine solche vorbereitende Qualifizierung dürfte es schwerlich möglich sein, die Pflege mit weitergehenden Aufgaben der Adhärenz- und Selbstmanagementförderung zu betrauen.

Allerdings muss noch einmal grundsätzlich die Frage aufgeworfen werden, ob es sinnvoll ist, nur *eine* Gesundheitsprofession zur zentralen Instanz der Adhärenzförderung zu erheben. Wie in der Literatur seit langem betont wird, erfordern die vielfältigen Probleme und Herausforderungen bei chronischer Krankheit, zumal bei komplexen Medikamentenregimen, eine multiprofessionelle aufeinander abgestimmte Versorgung und eine ineinander greifende professionsübergreifende Kooperation (Garms-Homolová 1994; Ewers 2001, 2003; Ewers/Schaeffer 1999; DNQP 2004; Feuerstein 1994; Höhmann et al. 1998; Newbould et al. 2006; Schaeffer 1998; Wingenfeld 2005). Ähnliches gilt auch für die Adhärenzförderung. Auch sie ist eine multiprofessionelle Aufgabe, wie in der zurückliegenden Analyse daran sichtbar wird, dass jede Profession unterschiedliche Akzen-

te bei der Problemdarstellung setzt, die erst in der Summe ein vollständiges Bild des hier harrenden Interventionsbedarfs mit seinen vielfältigen Dimensionen ergeben³¹. Auch die Interventionspotenziale der befragten Gesundheitsprofessionen liegen – wie deutlich wurde – auf jeweils unterschiedlichen Gebieten, die allesamt nötig sind, um zu einer wirksamen und tragfähigen Adhärenz- und Selbstmanagementförderung chronisch Erkrankter zu gelangen. Auch dies spricht eher dafür, einen multiprofessionellen Zugriff zu wählen.

Die Analyse hat jedoch auch gezeigt, wie überaus schwierig das Verhältnis der Gesundheitsprofessionen zueinander ist und wie störanfällig sich die professionsübergreifende Kooperation speziell in der ambulanten Versorgung ausnimmt. Wie in den entsprechenden Abschnitten zu sehen war, sind die Kooperationsbeziehungen von gegenseitigem Desinteresse bis hin zu Missachtung geprägt und reiben sich nicht nur an der Hierarchie und dem Machtgefälle zwischen den Gesundheitsprofessionen, sondern auch an dem Professions- und Organisationsseparatismus im deutschen Gesundheitswesen (Ilsley/Jamieson 1989). Einmal mehr hat diese Untersuchung gezeigt, wie misslich er sich im Versorgungsalltag auswirkt und wie sehr er ein ineinandergreifendes Zusammenwirken behindert. Nochmals bestätigt dies, wie drängend es ist, nach neuen Wegen der Kooperation im hiesigen Gesundheitswesen zu suchen, dabei die herkömmlichen, hierarchisch determinierten Kooperationsmuster durch aufgabenorientierte Formen der Kooperation zu ersetzen und auch neue Muster der Arbeits- und Aufgabenteilung einzuführen – eine keineswegs neue Erkenntnis und keineswegs einfache Aufgabe, wie die Literatur zeigt (Döhler 1997; Schaeffer 2002c; Ewers 2003; Zwarenstein/Bryant 2006).

Angesichts dieser Gemengelage ist zu vermuten, dass professionsübergreifende bzw. multiprofessionell angelegte Interventionskonzepte vor massive Umsetzungsprobleme gestellt sein dürften und sich wahrscheinlich vorrangig an den schwierigen Kooperationsverhältnissen im hiesigen Gesundheitswesen abzarbeiten haben (Hoefert 1995; Schaeffer/Garms-Homolová 1998), anstatt sich ihrer eigentlichen Aufgabe – der Adhärenz- und Selbstmanagementförderung chronisch erkrankter Patienten – widmen zu können. Dass diese Gefahr nicht unrealistisch ist, haben in der Vergangenheit etliche Modellversuche bestätigt (vgl. exemplarisch Schaeffer/Moers 2002).

Deshalb und aus pragmatischen Gründen wird hier daher bevorzugt, *einer* Gesundheitsprofession die Aufgabe der Selbstmanagementförderung übertragen, sie aber in die Pflicht zu nehmen, intensiv mit den anderen beteiligten Akteuren zu kooperieren – soweit die Verhältnisse es erlauben und ermöglichen. Denn auch schwierige Kooperationsbedingungen sind strukturell verursacht und können nicht – auch wenn dies wünschenswert wäre – in einem Modellprojekt überwunden werden. Allerdings wird es notwendig sein, auch für diese Aufgabe zu qualifizieren, denn auch professionsübergreifende Kooperation will – wie Modellversuche in den vergangenen Jahren immer wieder neu bestätigt haben – gelernt sein und

³¹ Dies bestätigt – nebenbei bemerkt – die Notwendigkeit eines mehrperspektivischen, multiprofessionellen Erhebungszugriffs, wie er in der vorliegenden Studie mit der Befragung aller in der ambulanten Versorgung an der Medikamentenversorgung beteiligten Gesundheitsprofessionen gewählt wurde. Er hat sich – wie die Analyseergebnisse zeigen – bewährt.

bedarf der Qualifikation (Ribbe 1998; Schaeffer 2002c; Landtag NRW 2005). Für die Pflege, die hier als zentrale Instanz der Adhärenz- und Selbstmanagementförderung angedacht ist, gilt das um so mehr. Zwar sind ihr – wie zuvor sichtbar wurde – die professionsübergreifenden Herausforderungen bei der Versorgung chronisch Erkrankter deutlicher als manch anderer Gesundheitsprofession, gleichwohl wirkt sich ihre statusniedrige Position im Gefüge der Gesundheitsprofessionen nicht gerade begünstigend aus. Dies wurde u. a. an der für sie typischen „Unentschiedenheit und Hilflosigkeit“ deutlich, wenn es darum geht, Kooperationshindernisse zu überwinden und zu einem ineinander greifenden Zusammenwirken speziell mit der Medizin zu gelangen. Die Pflege in die Lage zu versetzen, ihre unentschiedene Haltung aufzugeben, Probleme im eigenen Aufgabefeld und auf kooperativer Ebene nicht nur registrieren, sondern unter Ausschöpfung des gegebenen Handlungsspielraums aktiv anzugehen und dabei neue Wege der Kooperation und Kommunikation mit den anderen Gesundheitsprofessionen zu beschreiten, muss daher – wie zuvor angedeutet wurde – ebenfalls Ziel und Aufgabe vorbereitender Qualifizierungsmaßnahmen sein.

Dabei ist auch die *Kooperation mit informellen Helfern, allen anderen voran mit den Angehörigen* zu beachten. Alle Gesundheitsprofessionen betonen, welche immens wichtige Rolle die Angehörigen für die Versorgung chronisch Erkrankter und die Adhärenzsicherung einnehmen. Allerdings erwähnen auch alle, dass die Kooperation mit den Angehörigen nicht immer einfach ist. Aus analytischer Sicht ist hier zu ergänzen, dass sie zudem nicht selten in der Gefahr steht, die Angehörigen zum Zweck professioneller Ziele zu instrumentalisieren, ohne die Grenzen ihrer Belastbarkeit zu registrieren und auch ohne ihre Belastungssituation zu reflektieren (siehe auch Büscher 2002; 2007; Haslbeck i. E.; Schaeffer 2001, 2002; Schaeffer et al. 2003; Schnepf 2002). Von der Pflege – so ist hier hervorzuheben – werden diese Kooperationsprobleme und auch die Schwierigkeiten der Angehörigen, deutlicher als von den anderen Gesundheitsprofessionen gesehen. Als einzige betont sie, dass die Unterstützung der Angehörigen und auch die Kooperation mit ihnen optimierungsbedürftig ist und als einzige weist sie auf die dabei harrenden Herausforderungen, das diffizile Interaktionsdreieck zwischen Patienten, Angehörigen und den professionellen Experten zu gestalten.

Dennoch deuten die Erzählungen aus dem ambulanten Pflegealltag an, dass auch das Handeln der Pflege der Verbesserung bedarf. Etlichen der Interviewzitate ist zu entnehmen, dass es ihr schwer fällt, zu einer tragfähigen Interaktions- und Kooperationsgestaltung mit Angehörigen und informellen Helfern zu gelangen und dass die Zusammenarbeit mit Angehörigen eher durch ein Nebeneinander und durch Ablösementalität als durch ein zielgerichtetes Zusammenwirken gekennzeichnet ist. Auch die Ausführungen zur Beratung, Anleitung und Schulung von Angehörigen blieben denkbar blass. Dass dies kein Einzelbefund ist, bestätigen zahlreiche Untersuchungen (Bücher 2002; 2007; Schaeffer 2001, 2002; Schnepf 2002). Sie unterstreichen, dass die Kooperation mit Angehörigen im Alltag ambulanter Pflege vor mannigfache Schwierigkeiten gestellt ist, und Ähnliches gilt auch für die Angehörigenunterstützung, sei sie nun als Beratung, Anleitung, Schulung oder als Supervision, Coaching bzw. Monitoring verstanden. Für alle diese Aufgaben fehlt es noch an (evidenzbasierten) Konzepten. Auch dies ist einerseits Resultat des noch bestehenden Professio-

nalisierungsrückstands, infolgedessen viele auf der Ebene der Konzeptentwicklung anstehenden Aufgaben noch der Bewältigung harren. Andererseits zeigen sich auch hier Qualifikationsmängel, denn das Thema Angehörigenarbeit und -unterstützung gehört bislang ebenfalls nicht oder nur rudimentär zum Gegenstand der hiesigen Pflegeausbildung. Diese Mängel werden ebenfalls zu kompensieren sein, wenn – wie hier intendiert – die Pflege als adhärenz- und selbstmanagementfördernde Instanz für chronisch Erkrankte fungieren und dabei beratende und anleitende Funktion für Angehörige einnehmen soll.

Die Auflistung der Schwierigkeiten und Hürden wäre unvollständig, wenn nicht abschließend ein weiterer Punkt thematisiert würde. Angespielt ist auf die in der zurückliegenden Analyse bei allen Gesundheitsprofessionen sichtbar gewordenen *Kompetenz- und Wissensdefizite im Bereich der Patientenkommunikation und -edukation*, die im Ergebnis die Wahrnehmung adhärenzfördernder Aufgaben behindern und sich insgesamt qualitätsmindernd auf die Patientenbetreuung auswirken (Hurrelmann/Leppin 2001a; Schaeffer/Schmidt-Kaehler 2006b; Schaeffer et al. 2005; Thompson 2001). Hier besteht also ein grundsätzlicher Bedarf an Nachqualifizierung, der sich auf alle Gesundheitsprofessionen erstreckt, auch auf die Pflege. Sie ist, wie zu sehen war, in ihrem Alltag mit einer Vielzahl an unterschiedlich gelagerten edukativen und kommunikativen Aufgaben konfrontiert und das hat sich mit der jüngsten, seit 2004 geltenden Novellierung des Krankenpflegegesetzes verstärkt. In ihm wird Patientenedukation bei der Bewältigung der Krankheit(-sfolgen) und der Therapie explizit als Aufgabe der „Gesundheits- und Krankenpflege“ definiert (§3 KrPflG 2003). Doch kann auch die dazu nötige Kompetenz nicht ohne weiteres vorausgesetzt werden, weil die Qualifikationsprofile nicht mit diesem Aufgabenwandel Schritt gehalten haben (Moers 1994; Müller-Mundt et al. 2000; Schaeffer 2003; 2004).

Nachqualifizierungsbedarf besteht jedoch auch und besonders, soll die ambulante Pflege zur *Selbstmanagement- bzw. Adhärenzförderung* chronisch Erkrankter beitragen. Denn allein Selbstmanagementförderung stellt für die hiesige Pflege – wie allerdings auch für die anderen Gesundheitsprofessionen – eine *neue* und angesichts der Zunahme von chronischer Krankheit und Multimorbidität an Bedeutung gewinnende Aufgabe dar, deren Realisierung ohne die Vermittlung dafür nötiger Kompetenzen schwerlich Gelingen beschert sein dürfte (Kennedy et al. 2005). Auch die zur Selbstmanagementförderung erforderlichen Kompetenzen sind vornehmlich edukativer und kommunikativer Art, verlangen aber einen besonderen Zuschnitt: denn Selbstmanagementunterstützung zielt nicht einzig auf die Förderung der aus professioneller Sicht als funktional angesehenen Patientenkompetenzen, sondern setzt auf *Empowerment*: erklärt den *Patienten zum Experten* in eigener Sache (DH 2001) und will ihn als Person (und nicht in der Rolle als Patient) bei der Lösung der sich ihm stellenden Probleme unterstützen (Haslbeck/Schaeffer i. E.). Ohne nicht auch diesen Paradigmenwechsel, in der anglo-amerikanischen Debatte mit dem Slogan „*from patient to person*“ bezeichnet, nachzuvollziehen (Cooper 2004), sind Konzepte zur Selbstmanagementförderung kaum umsetzbar. Nebenbei bemerkt gilt dies auch für viele andere Konzepte wie etwa Shared Decision Making, Partizipationsförderung, Stärkung der *Patientenautonomie* und Nutzerposition etc.. Sie alle erfordern, sich vom herkömmlichen paternalistischen Verständnis der Patientenrolle (und der Patienten-

führung) zu verabschieden, den Wandel der Patientenrolle nachzuvollziehen und zu neuen Formen der Kommunikations- und Interaktionsgestaltung zu gelangen. Auch um dies zu ermöglichen, bedarf es – wie die ersten Erfahrungen in den Modellversuchen zum Shared Decision Making zeigen (Scheibler/Pfaff 2003; Ernst et al. 2004; Härter et al. 2005) – der Qualifizierung. Fehlt sie, bleibt der allseits proklamierte Wandel der Patientenrolle eher Rhetorik und wird nicht handlungswirksam, wie an den Ausführungen der Ärzte zu sehen war. Für die Pflege gilt dies um so mehr, denn gewissermaßen fehlt ihr, zugespitzt formuliert, sogar die Rhetorik, wie sich daran zeigt, dass die genannten Konzepte noch keine Einkehr in ihren Sprachgebrauch gehalten haben. Damit in Einklang steht, dass sich die hiesige Pflege bislang eher als kompensierende und fürsorgliche, denn als aktivierende und autonomisierende Unterstützungsinstanz versteht, für die zwar empathisches Verständnis für die Patienten typisch ist, der aber ein auf Empowerment und Autonomieförderung setzendes Instrumentarium weitgehend fehlt.

Über all das hinaus wurden *Wissensdefizite auf der Ebene pharmakologischen Fachwissens und klinischer Kompetenz* deutlich. Auch sie bedürfen der Beachtung und müssen ebenfalls zum Gegenstand vorbereitender Qualifikationsmaßnahmen erhoben werden, soll die Pflege adhärenzfördernde Aufgaben wahrnehmen.

Zusammenfassend bleibt also mit Blick auf den ersten Fragenkomplex festzuhalten, dass die ambulante Pflege trotz bestehender Widrigkeiten als geeignete Instanz für die Adhärenzförderung und Unterstützung der Selbstmanagementkompetenz chronisch Erkrankter mit komplexen Medikamentenregimes betrachtet wird. Allerdings muss sie angemessen auf diese Aufgabe vorbereitet werden und dazu bedarf es einer entsprechenden Qualifizierung. Ohne eine solche Qualifizierung dürfte sie die ihr zugedachte Aufgabenstellung nicht adäquat bewältigen können. Dazu wie diese inhaltlich konturiert sein sollte, lassen sich an dieser Stelle bereits etliche Aussagen treffen. Themen wie professionelles Selbst- und Aufgabenverständnis der ambulanten Pflege, Positionierung im Gefüge der Gesundheitsprofessionen, aufgabenorientierte Kooperation mit anderen Gesundheitsprofessionen, Patientenkommunikation und -edukation, Selbstmanagementförderung und Empowerment mit ihren Implikationen auf der Ebene der Interaktions- und Interventionsgestaltung und für die Adhärenzförderung essentielle pharmakologische Kenntnisse und klinische Kompetenzen müssen darin zentrale Bedeutung erhalten.

Bewältigung komplexer Medikamentenregime – Interventionserfordernisse aus Expertensicht

Wenden wir uns nun der zweiten Frage zu und erörtern, welches die aus Sicht der Professionen wichtigsten Interventionserfordernisse sind, um die Adhärenz und das Selbstmanagement chronisch Erkrankter zu fördern. Dabei sollen nicht die zahlreichen, in den vorangegangenen Kapiteln dargelegten Einzelbefunde wiederholt, sondern nur die als essentiell zu erachtenden Themenkomplexe herausgearbeitet werden.

(1) Förderung der Therapiemotivation und Mitwirkungsbereitschaft der Erkrankten

Von allen Gesundheitsprofessionen wurde – analog zur gesundheitswissenschaftlichen und -politischen Diskussion – die zunehmende Bedeutung der Einbeziehung der Patienten in das Behandlungs- und Versorgungsgeschehen unterstrichen (Badura 2001; Charles et al. 1997; Cox et al. 2004; Dierks et al. 2003; Hurrelmann 2001; Rosenbrock 2001; Schaeffer 2002c; Scheibler 2004; Scheibler/Pfaff 2003). Wie zu sehen war, betonen insbesondere die Ärzte, dass ohne die Mitwirkung und Ko-Produktion der Patienten (Donabedian 1992) die Möglichkeiten der medikamentösen Kontrolle chronischer Krankheit, die die Arzneimitteltherapie heute eröffnet, nicht ausgeschöpft werden können. Der Förderung der Therapiemotivation und Mitwirkungsbereitschaft an der (medikamentösen) Therapie ist daher hoher Stellenwert beizumessen – auch in Interventionsprogrammen zur Adhärenz und Selbstmanagementförderung. Die Wahrnehmung dieser Aufgabe ist mit einer ganzen Reihe an Schritten verbunden, erfordert u. a. chronisch Erkrankte – im Sinne des Empowerments – überhaupt zu befähigen, eine aktive Rolle im Therapiesgeschehen und in den dabei zu fällenden Entscheidungen einzunehmen, sich selbst ihrer subjektiven Krankheitsvorstellungen, Therapieerwartungen und Präferenzen zu vergegenwärtigen, und sie in die Lage zu versetzen, diese auch zu artikulieren und im Verlauf der Krankheit und Therapie entstehende Fragen anzusprechen und auch aufkommende Zweifel an der Therapie oder Enttäuschungen über ausbleibende „spürbare“ Therapieerfolge zu thematisieren. Dabei gilt es generationsspezifische Unterschiede zu beachten. Während dies jüngeren chronisch Erkrankten oft nicht schwer fällt, trauen sich die meist in traditionellen Rollenmustern verhafteten älteren Patienten oft nicht, aktiv fragend und problematisierend im Gesundheitswesen aufzutreten. Sie dazu zu ermutigen und zu befähigen, sollte zentraler Gegenstand von Interventionsprogrammen zur Adhärenz- und Selbstmanagementförderung sein.

(2) Information über die Krankheit und die medikamentöse Therapie

Nicht weniger große Bedeutung kommt der Information und Aufklärung zu. Wie die zurückliegenden Ausführungen gezeigt haben nicht zuletzt weil Adhärenz und Selbstmanagement – zumal bei einem komplexen Medikamentenregime – voraussetzen, dass die Erkrankten die Krankheit und Therapie in ihren Konsequenzen für ihre Lebensqualität einschätzen können. Auch für Interventionsprogramme zur Adhärenzförderung sind Information und Aufklärung, in der die Krankheit, Krankheitssymptome und die medikamentöse Therapie erläutert und die Wirkungsweise der verordneten Medikamente einschließlich zu erwartender Neben- und Wechselwirkungen erklärt werden, als überaus wichtig zu erachten. Dass dabei eine für die Erkrankten *verständliche* Form der Information gesucht werden sollte, kann nicht oft genug betont werden, denn vielfach werden die von Gesundheitsprofessionen erhaltenen Informationen nicht verstanden und nicht immer können sie – wie besonders von den Apothekern und Pflegenden betont wurde – von den Patienten aufgenommen und verarbeitet werden. Vor allem bei der Mitteilung der Diagnose einer chronischen Erkrankung und in schweren Krankheitskrisen ist die Aufnahmefähigkeit der Erkrankten für weitergehende Informationen reduziert, sei es aus Gründen

krankheitsbedingter Belastung oder weil die Konfrontation mit der Diagnose von den Patienten erst kognitiv und emotional „verdaut“ werden muss und dies ihre Aufnahmefähigkeit beschränkt.

Dies deutet an, dass Information und Aufklärung auf die nötige Sensibilität des Informanden verwiesen sind. Es zeigt zugleich, dass *einmalige* Information wenig sinnvoll ist. Vielmehr sind wiederholte Informationsgespräche und mehr noch: eine *begleitende kommunikative Unterstützung* erforderlich, um sicherzustellen, dass die Erkrankten die nötige Information auch wirklich aufnehmen und rezipieren können. Zudem entstehen in dem oft langen Verlauf chronischer Krankheit immer wieder Situationen, die neuen Informationsbedarf hervorrufen.

(3) Vermittlung von basalem Krankheits- und Medikamentenwissen

Zugleich reichen bloße Informationsweitergabe und Aufklärung nicht aus. Um kompetent mit chronischer Krankheit und komplexen Medikamentenregime umgehen zu können, benötigen die Erkrankten – wie in der Analyse aufschien – basales Krankheits- und Medikamentenwissen. Dies zu vermitteln und dabei nach *nutzerfreundlichen und rezipientenangemessenen Formen der Wissensvermittlung* zu suchen, sollte ebenfalls Aufgabe von Adhärenz- und Selbstmanagementförderung sein. Denn der Bedarf der Patienten an Wissen und Erfahrungsaustausch über die eigene Krankheitssituation ist groß und wächst, je mehr sich der Wandel der Patientenrolle im Bewusstsein der Bevölkerung verankert. Gerade chronisch Erkrankte sind – wie besonders die Apotheker immer wieder betont haben – sehr bemüht, sich zu expertisieren, sehen sich aber auf der Suche nach geeignetem Wissen vor eine Vielzahl an Informationsquellen gestellt und mit einer für sie unüberschaubaren Informationsflut konfrontiert – seien es nun aus Beipackzettel der Medikamente, aus der geradezu boomenden Ratgeberliteratur, aus Hörfunk und Fernsehen, aus dem Internet mit seiner selbst für Gesundheitsexperten kaum mehr überschaubaren Fülle an gesundheitsbezogenen Informationsseiten (Müller-Mundt/Ose 2005; Schmidt-Kaehler 2005), oder aus dem sozialen Umfeld. Bei der Einordnung und Beurteilung der Quantität und Qualität der unterschiedlichen Informations- und Wissensangebote benötigen sie – wie in der Analyse einmal mehr deutlich wurde – Unterstützung, ebenso dabei, die sich oftmals widersprechenden Informationen zu dekodieren und in ihrer Relevanz für ihre persönliche Situation zu reflektieren, fragwürdige Informationen zu erkennen und Fehlinformation auszuräumen (Baarts et al. 2000; Schmidt-Kaehler 2003, 2005). Auch diese Unterstützung zu leisten, ist eine wichtige Aufgabe der Adhärenz- und Selbstmanagementförderung, die folglich nicht allein auf Wissensvermittlung beschränkt sein darf, sondern auch bei der *Wissensverarbeitung* behilflich sein muss. Zu betonen ist ein weiteres: Die alleinige Bereitstellung „abstrakten Wissens“ und allgemeiner Information dürfte nicht ausreichend sein, vielmehr bedürfen die Erkrankten, wie in der zurückliegenden Analyse deutlich wurde, einer *individuell zugeschnittenen Wissensvermittlung*, in der sie eben jenes basale Krankheits- und Medikamentenwissen erhalten, das gezielt auf die Bewältigung ihrer individuellen Problemsituation ausgerichtet ist (Kyngäs 2003; Ryan/Chambers 2000). Auch dies ist ein wichtiger Hinweis für die Konzipierung von Interventionskonzepten.

(4) Kompetenzförderung

Aber auch individuell zugeschnittene Wissensvermittlung und Unterstützung bei der Wissensverarbeitung sind noch nicht ausreichend, vergewärtigt man sich die Bewältigungsherausforderungen, die chronische Krankheit und komplexe Medikamentenregime für die Patienten und ihre Angehörigen aufwerfen. Ergänzend ist vielmehr eine umfassende *Kompetenzförderung* erforderlich, die zu leisten ebenfalls zum Aufgabenspektrum von Adhärenz- und Selbstmanagementunterstützung gehören sollte. Sie hat zum Ziel, die Adaptions- und Bewältigungsfähigkeiten der Erkrankten zu stärken und ihre Selbststeuerungspotenziale zu verbessern, um auf diese Weise die chronischer Krankheit innewohnende Krisenhaftigkeit zu mildern. Sie sollte außerdem darauf hinwirken, das Vermögen zur Symptomwahrnehmung, -beobachtung und -deutung zu fördern mit der Intention, die Erkrankten zu befähigen, sich anbahnende Krankheitskrisen oder Nebenwirkungen bzw. unerwünschte interagierende Effekte der Medikamente frühzeitig erkennen zu können. Nicht minder wichtig ist, sie durch Stärkung, ja Training ihrer kommunikativen Kompetenz darin zu unterstützen, Symptome und auch das Symptom- bzw. Krankheitserleben gegenüber den professionellen Akteuren und in ihrem sozialen Umfeld ansprechen und für diese nachvollziehbar machen zu können – eine ebenfalls keineswegs einfache Aufgabe, bei der viele Barrieren zu überwinden und zudem – wie die Ausführungen der Pflege gezeigt haben – geschlechts- und generationspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen sind (Hagström et al. 2005; McGraw/Drennan 2004). Last but not least ist erforderlich, die zur Problemlösung erforderlichen reflexiven Fähigkeiten der Erkrankten zu fördern und ebenso: ihre Nutzerkompetenz zu stärken (siehe auch SVR 2002/2001, Schaeffer 2004; Schaeffer/Moers 2003; Schaeffer/Schmidt-Kaehler 2006b), um sie in die Lage zu versetzen, sich in dem unüberschaubaren Versorgungswesen zu bewegen und souverän mit dessen Akteuren umzugehen, was gerade älteren Menschen oft nicht leicht fällt.

(5) Unterstützung bei der Anpassung an das Medikamentenregime

Die Konfrontation mit einem komplexen Medikamentenregime verlangt chronisch Erkrankten vielfältige Anpassungsprozesse ab und ist mit zahlreichen Herausforderungen für sie und ihre Angehörigen verbunden, die sich in dem zumeist wechselhaften Krankheitsverlauf immer wieder neu stellen. Denn nicht nur, wenn erstmals ein Medikamentenregime initiiert wird, sondern auch wenn Umstellungen bzw. Modifikationen der Medikamentierung erfolgen, sind stets neue Anpassungserfordernisse zu bewältigen. Solcherart Eingewöhnungs- und Umgewöhnungsprozesse zu begleiten, sollte, wie von allen Gesundheitsprofessionen betont wurde, ebenfalls zum Gegenstand von Adhärenz- und Selbstmanagementförderung gehören. Dabei ist zu bedenken, dass die Erkrankten auch hier vor eine Aufgabe gestellt sind, deren Umsetzung sich als äußerst schwierig und „sperrig“ erweisen kann, weil sie mit langjährigen Gewohnheiten und Alltagsroutinen kollidiert. Solche Kollisionen zu erkennen und mit den Patienten nach Ansatzpunkten zu suchen, wie die Anpassung an das Medikamentenregime erfolgen kann, ist wichtiger Bestandteil alltagsnaher Adhärenzförderung.

(6) Unterstützung bei der Integration des Medikamentenregimes in den Alltag

Ähnliches gilt auch für die Unterstützung bei der Integration des Medikamentenregimes in den Alltag – eine Aufgabe, deren Bedeutung meist unterschätzt wird. In der Regel wird (vor allem seitens der Medizin) stillschweigend unterstellt, dass sie problemlos gelingt – ein Irrtum, wie besonders von der Pflege hervorgehoben wurde. Sie bedarf daher in Interventionsprogrammen zur Adhärenzförderung besonderer Beachtung, wobei auch sie oft nicht leicht zu bewältigen ist: Denn einerseits ist das Alltagsleben an die Krankheit bzw. Medikamentenregime anzupassen, andererseits ist aber auch umgekehrt, das Medikamentenregime mit dem Alltagsleben und den Lebensqualitätsvorstellungen der Erkrankten in Einklang zu bringen. Dazu ist unter Umständen nach einem bewussten und konstruktiven Umgang mit „Non-Compliance“ zu suchen³², nicht zuletzt, um die sozialen Teilhabemöglichkeiten der Erkrankten nicht übermäßig einzuschränken. Des Weiteren ist wichtig, mit den Erkrankten nach *Strukturierungshilfen* für die Integration des Medikamentenregimes in den Alltag zu suchen, z. B. die Medikamenteneinnahme an Alltagsrituale anzubinden und auf diese Weise dafür Sorge zu tragen, dass sie routinisiert werden kann und nicht in Vergessenheit gerät.

(7) Anleitung zum sachgerechten Umgang mit den Medikamenten

Eng damit verbunden ist ein weiterer Aspekt: die Unterstützung bei der konkreten Handhabung und Anwendung der Medikation, die, wie die Analyse gezeigt hat, nicht immer problemlos verläuft und daher ebenfalls zum Interventionsspektrum von Adhärenz- und Selbstmanagementförderung gehören sollte. Dabei ist zu beachten, dass auch hier bloße Information über die Wirkungsweise, Dosierung, Einnahmefrequenz und -intervalle und Applikation der Medikamente nicht ausreicht. Erforderlich ist vielmehr, die Patienten durch konkrete *Anleitung* mit den Medikamenten *vertraut* zu machen, ihnen dabei die technisch-instrumentelle Handhabung der Medikamente nahe zu bringen und dazu die nötigen Fertigkeiten zu vermitteln, etwa um eigenständig Injektionen vornehmen, Augentropfen anwenden oder Wirkstoffpflaster sachgerecht applizieren zu können. Hilfreich kann auch die Einführung technischer Unterstützungen, wie Tages- oder Wochendosetten sein. Letztere ermöglichen – so wurde betont – beispielsweise Patienten mit kognitiven Einschränkungen eine „eigenständige“ Bewältigung der Medikamenteneinnahme, ohne der Gefahr der von Doppeleinnahmen von Medikamenten ausgesetzt zu sein.

(8) Unterstützung bei dem Management von Unsicherheiten und emotionalen Irritationen

Emotionale Irritationen und Unsicherheiten gehören zu den konstanten Begleitern bei chronischer Krankheit und komplexen Medikamentenregi-

³² Dieser Ansatz wird bei chronischen Erkrankungen, wie Diabetes mellitus und Hypertonie bereits verfolgt und steht – wie vorliegende Studie zeigen – herkömmlichen Therapieansätzen in ihrer Effektivität nicht nach, vorausgesetzt, die Patienten entwickeln ein hohes Maß an Selbst(management)kompetenz (Berger 1996; Mühlhauser et al. 1995; Sawicki et al. 1999).

men (Mishel 1999; Strauss/Glaser 1975). Auch Angst, Ärger, Aversion, Depression und Überdruß sind – so die befragten Gesundheitsprofessionen – keine Ausnahmeerscheinung, denn fast immer stellen sich im Verlauf chronischer Krankheit zwischenzeitlich Motivationskrisen ein, in denen sich Zweifel an der Sinnhaftigkeit des Therapiegeschehens breit machen. Sie sind um so größer, je weniger positive Behandlungseffekte spürbar und je größer die Lebensqualitätseinbußen sind, die mit der Therapie einhergehen. Die Zweifel, Bedenken und Sorgen der Patienten ernst zu nehmen und aufzugreifen, betrachten alle Gesundheitsprofessionen als essentielle Aufgabe der Adhärenz- und Selbstmanagementförderung. Dabei ist auch auf Befürchtungen der Erkrankten gegen pharmakologische Substanzen einzugehen, auf Abhängigkeitsängste, die vor allem bei einem *dauerhaften* Medikamentenregime zu einer vertrauten Erscheinung gehören. Denn all diese Gefühle lähmen die Therapiemotivation, unterminieren zudem die Handlungsfähigkeit der Erkrankten und haben nicht selten zur Folge, dass sie beginnen, Medikamente nach eigenem Gusto ab- und anzusetzen oder mit einem Therapieabbruch zu liebäugeln. Nochmals zeigt dies, wie wichtig es ist, Strategien dafür zu entwickeln, wie Unsicherheit und emotionale Irritationen samt all ihren Folgen beseitigt werden können. Verbleiben die Erkrankten im Zustand von emotionaler Desorientierung oder gar Handlungsunfähigkeit, fehlt eine Grundvoraussetzung gelingender Krankheitsbewältigung.

(9) Verlaufsbegleitendes supervidierendes Monitoring

Langfristige Medikamentenregime erfordern den Erkrankten immer große Geduld, Ausdauer und Frustrationstoleranz ab. Um Motivationskrisen und Therapieeinbrüche rechtzeitig aufzufangen, bewusste oder unbewusste Non-Compliance zu vermeiden oder um fragwürdigen Strategien des Selbstmanagements der Medikamente so früh wie möglich gegensteuern zu können, wird ein supervidierendes Monitoring während des gesamten Verlaufs chronischer Krankheit von allen Gesundheitsprofessionen für unverzichtbar gehalten. Auch dies ist ein wichtiger Hinweis für Interventionsprogramme zur Adhärenz- und Selbstmanagementförderung. Auch sie sollten verlaufsbegleitend und supervidierend angelegt sein. Dafür spricht ein weiterer Gesichtspunkt, der speziell von der Pflege hervorgehoben wurde: Aufgrund der für chronische Krankheit typischen Verlaufsdynamik – dem Auf und Ab der Krankheitsverläufe – unterliegen die an die Erkrankten gestellten Bewältigungsherausforderungen permanenten Veränderungen, werden von ihnen aber nicht immer in ihrer Tragweite erkannt und adäquat aufgegriffen. Nicht nur die Erkrankten darin zu unterstützen und sie zu befähigen, Bewältigungsherausforderungen zeitnah und angemessen aufzugreifen, sind ein supervidierendes Monitoring und eine begleitende Unterstützung unerlässlich. Besonders bedeutsam ist dies, wie ebenfalls von der Pflege betont wurde, in den Spätphasen der Erkrankung. Meist steigert sich dann die Dynamik des Krankheitsverlaufs, nehmen parallel dazu die den Erkrankten abverlangten Bewältigungsanforderungen (auch die Behandlungserfordernisse) an Quantität und Qualität zu, ihre Bewältigungsressourcen infolge des Voranschreitens der Krankheit hingegen ab. Aufgrund dieser Gegenläufigkeit entstehen gerade in diesen Phasen meist zahlreiche Probleme. Zudem sind in diesen Phasen vermehrt Motivationskrisen, depressive Stimmungslagen und Therapieüberdruß an-

zutreffen. Sie rechtzeitig zu erkennen und belastende Problemzuspitzungen zu vermeiden, sollte Ziel begleitender Unterstützung sein.

Die zurückliegende Analyse hat auf eine Vielzahl weiterer Phänomene aufmerksam gemacht, die bei einer begleitenden Unterstützung und einem supervidierenden Monitoring der Beachtung bedürfen. Stichwortartig sei hier an Themen erinnert, wie unbewusste Non-Compliance, mit der Dauerhaftigkeit der Krankheit und des Medikamentenregimes einhergehende Akzeptanzprobleme der Erkrankten, Horten von Medikamenten, Selbstmedikation, Überprüfung des Medikamentenregimes, Nebenwirkungen oder aber nicht spürbare Arzneimittelwirkung, die allesamt die Wichtigkeit eines begleitenden supervidierenden Monitorings zur Unterstützung der Adhärenz und des Selbstmanagements unterstreichen.

(10) Überwindung von sozialen Hürden

Wie die zurückliegende Analyse gezeigt hat, wird das Adhärenzverhalten durch eine Vielzahl sozialer – so u. a. durch sprachliche, kulturelle und ökonomische – Faktoren beeinflusst (WHO 2003), die auch bei der Adhärenz- und Selbstmanagementförderung der Beachtung bedürfen. So können bei Menschen mit Migrationshintergrund Sprach- und Kulturbarrieren die Verständigung über die Erkrankung und die Medikamentenregime erschweren. Ähnlich, wenngleich anders gelagert, ist es auch bei demenziell Erkrankten oder (älteren) Patienten mit kognitiven Einbußen: Auch bei ihnen stehen sprachliche und kognitive Hürden einer Verständigung entgegen. Darüber hinaus spielen – wie zu sehen war – ökonomische Gesichtspunkte eine nicht zu unterschätzende Bedeutung für die Adhärenzförderung. Speziell bei Abweichungen von Medikamentenregime, die in finanziellen Problemen motiviert sind, setzt Adhärenzförderung ein hohes Maß an Sensibilität voraus, da das Eingeständnis sich in einer ökonomisch schwierigen Lage zu befinden, äußerst schambesetzt ist³³. Auch dies ist bei der Konzipierung entsprechender Interventionsprogramme zu beachten, die – so ist zu schlussfolgern – der sozialen und ökonomischen Situation ihrer Adressaten in inhaltlicher *und* dikaktischer Hinsicht Rechnung tragen müssen, wollen sie wirksam sein.

(11) Angehörigenedukation

Immer wieder wurde in den zurückliegenden Ausführungen die große Bedeutung der Angehörigen für die Bewältigung komplexer Medikamentenregimes betont. Deutlich wurde indes auch, dass nur vage Vorstellungen darüber existieren, wie eine konstruktive Kooperation mit Angehörigen und informellen Helfern hergestellt und wie diese für die ihnen anvertrauten Aufgaben befähigt werden können. Adhärenz- und Selbstmanagementförderung kann sich – so zeigt dies – daher nicht allein auf die Erkrankten beschränken, sondern muss sich auch den Angehörigen widmen und dazu beitragen, dass sie in die Lage versetzt werden, die von ihnen übernommenen Aufgaben angemessen wahrzunehmen und auch, dass sie

³³ Der Erwähnung bedarf auch, dass gesundheitspolitische Neuerungen offenkundig der Thematisierung bedürfen. Den befragten Gesundheitsprofessionen zufolge ziehen sie ein hohes Maß an Verunsicherung und Beratungsbedarf nach sich.

in ihrer Rolle als „care giver“ auf hinreichende Akzeptanz und Unterstützung stoßen.

Betrachten wir die Interventionserfordernisse in der Summe, ist festzustellen, dass Interventionsprogramme zur Adhärenz- und Selbstmanagementförderung ein breites Themenspektrum abzudecken haben. Vergleicht man die von den befragten Gesundheitsprofessionen benannten Aspekte mit der vorliegenden Literatur zur Compliance, Adhärenz und Konkordanz (WHO 2003; Haynes et al. 2005) oder zur Selbstmanagementförderung und Patientenedukation (Abt-Zegelin 2003; Barlow et al. 2002; Bury et al. 2005; Holman 2004; Haslbeck/Schaeffer i. E.; London 2003; Lorig 1996a, 2003; Lorig et al. 1999; Müller-Mundt 2001, 2005; Petermann 1997, 1998; Redman 2005; Warsi et al. 2004) zeigt sich eine weitgehende Übereinstimmung, wird aber auch erneut sichtbar, dass die Problemsicht der hiesigen Gesundheitsprofessionen tendenziell verengt ist. Eine weitere Aufgabe wird daher darin bestehen, den zusammengetragenen Themenkatalog vor dem Hintergrund der Literatur zu ergänzen. Der Themenkatalog wird außerdem mit der noch ausstehenden Analyse der Patienteninterviews abzugleichen sein, aus der – wie sich schon jetzt abzeichnet – eine ganze Reihe weiterer Hinweise zu erwarten sind (Haslbeck i. E.).

Interventionsvoraussetzungen

Fragen wir abschließend nach den erforderlichen Voraussetzungen, um die zuvor skizzierten Interventionserfordernisse aufgreifen und adäquat beantworten zu können. Adhärenz- und Selbstmanagementförderung chronisch Erkrankter ist – dies dürfte sichtbar geworden sein – eine *anspruchsvolle Aufgabe*, die nicht nebenbei und auch nicht, wie zuvor bemerkt, auf naturwüchsiger Basis wahrnehmbar ist. Sie erfordert vielmehr eine ganze Reihe an professionellen Kompetenzen und Bedingungen, die sich komprimiert folgendermaßen darstellen lassen:

- Adhärenz- und Selbstmanagementförderung sollte – so ist den Ausführungen der Experten zu entnehmen – als *integraler Bestandteil* professionellen Handelns konzeptualisiert und implementiert werden³⁴. Eine zusätzliche Instanz mit dieser Aufgabe zu betrauen oder ein additives (Schulungs-)Angebot an die Patienten heranzutragen, dürfte wenig Erfolg versprechend sein, weil dann die meist ohnehin große und als belastend empfundene Zahl an Betreuungsinstanzen bei chronischer Krankheit noch erhöht wird und Akzeptanzprobleme zu erwarten sind.
- Doch auch als integrale Aufgabe professionellen Handelns – etwa der Pflege – erfordert die Wahrnehmung der Aufgabe *Zeit* und das bedarf hier deshalb der expliziten Betonung, weil alle der befragten Gesundheitsprofessionen unterstrichen haben, wie gering die Zeit für kommunikative und edukative Aufgaben der Patientenbetreuung in ihrem All-

³⁴ Einem laienbasierten Vorgehen (lay-led-approach, vgl. Newbold et al. 2006), wie er im angloamerikanischen Raum seit längerem verfolgt wird, wird hierzulande von professioneller Seite eher mit Skepsis begegnet (s. exemplarisch Lamparter-Lang 1997).

tag ist und wie leicht sie deshalb in Kollision mit den gegebenen finanziellen und institutionellen Möglichkeiten geraten³⁵.

- Adhärenz- und Selbstmanagementförderung umfasst bei genauerer Betrachtung, wie im vorigen Abschnitt zu sehen war, ganz unterschiedlich gelagerte Themen und Aufgaben. Sie bedarf daher *unterschiedlicher Interventionsstrategien*. Neben Wissensvermittlung erfordert sie, Lern- und *Verlern*prozesse bei den Erkrankten zu initiieren (dann etwa, wenn subjektive Krankheitstheorien falsch und ergo auszuräumen bzw. korrekturbedürftig sind oder Informationen falsch verstanden wurden etc.). Des Weiteren gehören Kompetenzförderung und Empowerment zum Spektrum der erforderlichen Interventionsstrategien, ebenso Beratung und Anleitung, wie auch begleitendes Monitoring, Supervision und präventiv ausgerichtete Verlaufsbegleitung. Und schließlich ist notwendig, korrigierend zu intervenieren und auf Modifikation von Verhaltensweisen zu drängen, was sich – wie besonders von der Pflege betont wurde – oft als nicht einfach erweist und auf Widerstand seitens der Erkrankten stoßen kann.
- Für das hier geplante Vorhaben ist all dies in zweierlei Hinsicht relevant. Es bedeutet zum einen, dass Interventionskonzepte zur Adhärenz und Selbstmanagementförderung – didaktisch besehen – auf einem *Methoden- oder Strategiemix* basieren müssen – eine Einschätzung, die auch in der Forschungsliteratur vermehrt vertreten wird (Haynes et al. 2002, 2005; vgl. auch Devine 2003; McGraw/Drennan 2004; Pfingsten 2001; Roter et al. 1998), Zum anderen bedeutet Strategiemix, dass auf professioneller Seite eine *ganze Reihe an Interventionskompetenzen* gegeben sein müssen. Dabei ist zu bedenken, dass die Strategien jeweils unterschiedlichen Interventionslogiken folgen (siehe dazu Schaeffer/Dewe 2006) und spezifischer Kompetenzen bedürfen. So sind etwa Kompetenzen (1) im Bereich der Patienteninformation und -aufklärung sowie der individuell zugeschnittenen Wissensvermittlung erforderlich, ebenso (2) im Bereich der (problemlösenden) Beratung, (3) des Empowerments, der Kompetenzförderung bis hin zur Anleitung sowie schließlich (4) im Bereich der motivierenden (und verhaltenskorrigierenden) Gesprächsführung und der kommunikativen Begleitung. Wie die zurückliegende Analyse, aber auch die Literatur zeigt (Schaeffer/Schmidt-Kaehler 2006b; vgl. auch Thompson 2001; Hurlmann/Leppin 2001a), kann bei keiner der befragten Gesundheitsprofessionen davon ausgegangen werden, dass diese Kompetenzen hinreichend vorhanden sind, auch nicht bei der Pflege.
- Ähnliches gilt auch auf *konzeptioneller Ebene*. Mag Adhärenzförderung noch eine Aufgabe sein, für die sich alle Gesundheitsprofessionen kompetent fühlen, so stellt *Selbstmanagementförderung* ein für sie alle neues Konzept dar, das der vorbereitenden Qualifizierung bedarf, soll es zielkonform umgesetzt werden können. Speziell aufgrund seines quer zu den Routinen liegenden Problemzugriffs und des ihm zugrun-

³⁵ Angemerkt sei hier, dass im angloamerikanischen Raum edukative Aufgaben zwar dem Selbstverständnis nach integraler Bestandteil der professionellen Pflege ist, unter zunehmend restriktiven Bedingungen der Kostenerstattung – so Devine (1998) – jedoch teilweise eine Tendenz zur Priorisierung körperbezogener und instrumenteller Pflegetätigkeiten für die Sicherstellung der „Grundversorgung“ beobachtbar ist.

de liegenden anderen Verständnisses der Patientenrolle ist eine eingehende Auseinandersetzung mit dem Konzept und den ihm innewohnenden Implikationen erforderlich.

- Der Erwähnung bedarf last but not least auch, dass Adhärenz- und Selbstmanagementförderung auf *profundes Wissen* der Problemlagen seiner Adressaten – hier: chronisch Erkrankte im höheren Alter – verwiesen ist. Gefordert sind also (1) umfassende Kenntnisse über *chronische Krankheiten*: Dabei sind neben medizinischem Wissensgrundlagen fundierte Kenntnisse über die sich auf subjektiver Ebene bei chronischer Krankheit stellenden Bewältigungsherausforderungen und -probleme gefragt (Corbin/Strauss 2004; Schaeffer 2004, 2006b; Müller-Mundt 2005), denn ohne ein tief greifendes Verständnis davon, was es heißt chronisch krank zu sein und was es bedeutet, mit einer nicht heilbaren, wohl aber kontrollier- und linderbaren Erkrankung, leben zu müssen, wird schwerlich möglich sein, die Erkrankten bei der Lösung der sich ihnen stellenden Probleme zu unterstützen und ihnen die dazu nötigen Fähigkeiten zu vermitteln. Da hier vornehmlich ältere chronisch Erkrankte als Adressatengruppe anvisiert werden, ist zudem entsprechendes *gerontologisches und geriatrisches Wissen* gefordert. Dies nicht in seiner Bedeutung zu unterschätzen, sei explizit angeraten, denn diverse Expertenkommissionen haben in den vergangenen Jahren das unzureichende gerontologische und geriatrische Wissen der Gesundheitsprofessionen bemängelt (BMFSFJ 2000, 2002; SVR 2000/2001; Landtag NRW 2005).
- Adhärenz- und Selbstmanagementförderung sind außerdem auf ausreichendes Wissen über die anzugehende Problematik – die Bewältigung komplexer Medikamentenregime – verwiesen. Dies bedarf hier deshalb noch einmal der Erwähnung, weil in der zurückliegenden Analyse bei der ambulanten Pflege, die hier als Instanz für die Adhärenz- und Selbstmanagementförderung chronisch erkrankter älterer Menschen anvisiert wird, Qualifikationsdefizite im Bereich der *pharmakologischen und klinischen Kenntnisse* sowie im Bereich der Multimedikation im Alter sichtbar geworden sind. Ohne sie nicht auszugleichen und ohne nicht auch dabei zum Thema zu erheben, was es für die Erkrankten bedeutet, mit einem langfristiges Medikamentenregime und dauerhafter Verwiesenheit auf Arzneimittel leben zu müssen, dürften entsprechende Interventionskonzepte schwerlich umsetzbar sein.
- Abschließend sei ein anders gelagerter Aspekt angesprochen. Damit neue Interventionsstrategien oder aber Modellversuche zielkonform umgesetzt werden können, ist, wie die Erfahrungen in den vergangenen Jahren immer wieder gezeigt haben, erforderlich, dass die Akteure auf der Ebene des direkten Handlungsvollzugs über hinreichendes *Implementationswissen* verfügen. Sie müssen wissen, welche strukturellen Hindernisse sich ihnen entgegen stellen können und wie diese zu umgehen sind, ebenso welche Aversionen und Vorbehalte ihnen seitens anderer Akteure begegnen und wie sie diese ausräumen können. Ebenso müssen sie wissen, welche Widerstände erwartbar sind und wie mit ihnen umzugehen ist. Denn immer stoßen Neuerungen – auch wenn sie allseits befürwortet worden sind – zunächst auf Widerstand und als Reaktion darauf werden sie oft bis zur Unkenntlichkeit klein gearbeitet und nicht selten stranden sie auch dabei, wie die Reform-

geschichte im hiesigen Gesundheitswesen zeigt (Rosewitz/Webber 1990). Daher ist wichtig, sich auf Widerstände und Barrieren vorzubereiten und rechtzeitig Strategien dafür zu entwickeln, wie sie beseitigt werden können. Auch dies und die Vermittlung des dazu nötigen Implementationswissens darf nicht vergessen werden.

Zusammenfassend betrachtet ist also ein ganzes Spektrum an Interventionsvoraussetzungen sichtbar geworden, dass es bei der Konzipierung und Umsetzung eines Interventionsprogramms zur alltagsnahen Förderung der Adhärenz und des Selbstmanagements chronisch Erkrankter mit komplexem Medikamentenregime zu berücksichtigen gilt. Soll es, wie hier intendiert, von der ambulanten Pflege umgesetzt werden, addieren sich dem, wie zuvor herausgearbeitet wurde, einige weitere Bedingungen hinzu. Andere Gesichtspunkte und weitere Hinweise dürften auch hier von der noch ausstehenden abschließenden Analyse der Patientenbefragung zu erwarten sein (Haslbeck i.E). Doch wie immer sie ausfallen, schon jetzt zeichnet sich ab, dass der Erprobung des zu entwickelnden Interventionskonzepts eine sorgfältige Vorbereitung und Qualifizierung der umsetzenden Akteure vorauszuschicken ist. Ebenso zeichnet sich ab – dies als letzte zum Ausgangspunkt dieses Berichts zurückkehrende Bemerkung –, dass die hier aufgegriffene Thematik, wiewohl sie seit langem im hiesigen Gesundheitswesen diskutiert wird, nicht an Aktualität eingebüßt hat und sie nach wie dringend neuer Strategien und Konzepte bedarf.

5. Literatur

- ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (2003): Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten. Berlin
- Abt-Zegelin, A. (2003): Patienten- und Familienedukation in der Pflege. In: Deutscher Verein für Pflegewissenschaft (Hg.): Das Originäre der Pflege entdecken. Frankfurt am Main: Mabuse, 103–115
- Anselm, R. (2003): Partner oder Person? Leistungskraft und Grenzen eines Paradigmas. In: Scheibler, F./Pfaff, H. (Hg.): Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim/München: Juventa, 26-33
- AVVG – Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (2006): Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelverordnung vom 26. April 2006. Bundesgesetzblatt 2006 Teil I, Nr. 21, 984-987
- Baarts, C./Tulinius, C./Reventlow (2000): Reflexivity – a strategy for a patient-centred approach in general practice. *Family Practice* 17, 430-434
- Badura, B. (1981) (Hg.): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Badura, B. (2001): Thesen zur Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. In: von Reibnitz, C./Schnabel, P.-E./Hurrelmann, K. (Hg.): Der mündige Patient. Weinheim/München: Juventa, 61-69
- Barber, N./Parsons, J./Clifford, S./Darracott, R./Horne, R. (2004): Patients' problems with new medication for chronic conditions. *Quality and Safety in Health Care* 13, Nr. 3, 172-175
- Barlow, J./Wright, C./Sheasby, J./Turner, A./Hainsworth, J. (2002): Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling* 48, Nr. 2, 177-187
- Barry, C.A./Stevenson, F.A./Britten, N./Barber, N./Bradley, C.P. (2001): Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Social Science and Medicine* 53, 487-505
- Belgrave, L.L./Wykle, M.L./Cogan, D. (1997): Medical self-care: Compliance with recommended treatment regimes among chronically ill middle-aged and elderly persons. *Research in the Sociology of Health Care* 14, 99-117
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000): Alter und Gesellschaft. Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: BMFSFJ
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: BMFSFJ
- BMGS – Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004): Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Berlin: BMGS. <http://www.bmgs.bund.de/downloads/DritterBerichtPflegeversicherung.pdf> (10.12.2005)
- Bradley, E./Campbell, P./Nolan, P. (2005): Nurse prescribers: who are they and how do they perceive their role? *Journal of Advanced Nursing* 51, Nr. 5, 439-448
- Britten, N./Stevenson, F./Barry, C./Barber, N./Bradley, C. (2000): Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: a qualitative study. *British Medical Journal* 320, 484-488

- Bury, M./Newbould, J./Taylor, D. (2005): A rapid review of the current state of knowledge regarding lay-led self-management of chronic illness. Evidence review. London: National Institute for Health and clinical Excellence (NICE)
- Büscher, A. (2002): Die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf familiäre Pflegesituation. In: Schnepf, W. (Hg.) (2002): Angehörige pflegen. Bern: Huber, 264-281
- Büscher, A. (2007): Negotiating Helpfull Action. A substantive theory on the relationship between formal and informal care (Acta Universitatis Tamperensis 1206). Tampere: Tampere Universitas Press
- Cassel, E.J. (1982): The Nature of Suffering and the Goal of Medicine. New England Journal of Medicine 306, 639-345
- Charles, C./Gafni, A./Whelan, T. (1997): Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). Social Science and Medicine 44, Nr. 5, 681-692
- Cody, W-K. (2001): Interdisciplinarity and Nursing: "Everything Is Everything", or Is It? Nursing Science Quarterly 14, Nr. 4, 274-280
- Conrad, P. (1985): The meaning of medications: Another look at compliance. Social Science and Medicine 20, Nr. 1, 29-37
- Conrad, P. (1987): The Noncompliant Patient in Search of Autonomy. Hasting Center Report 17, 15-17
- Cooper, J. (2004): From Patient to Person: The Living Well Report. London: The Long-term Medical Condition Alliance (LMCA)
- Corbin, J.M./Strauss, A.L. (2004): Weiterleben lernen: Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit (2. Auflage). Bern: Huber
- Coulter, A./Magee, H. (2003): The European Patient of the Future. Maidenhead, Philadelphia: Open University Press
- Cox, K./Stevenson, F./Britten, N./Dundar, Y. (2004): A systematic review of communication between patients and health care professionals about medicine taking and prescribing. London: Medicines Partnership <http://www.medicines-partnership.org> (10.12.2005)
- Devine, E.C. (1998): Patient Education. In: Fitzpatrick, J.J. (Hg.): Encyclopedia of Nursing Research. New York: Springer, 426-428
- Devine, E.C. (2003): Meta-Analysis of the Effect of Psychoeducational Interventions on Pain in Adults With Cancer. Oncology Nursing Forum 30, Nr. 1, 75-88
- Dewe, B. (2006): Transfer, Transformationen oder Relationierung von Wissen. Theoretische Überlegungen zur berufsbezogenen Wissensforschung. In: Schaeffer, D. (Hg.): Wissenstransfer in der Pflege. Ergebnisse eines Expertenworkshops (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P06-133). Bielefeld: IPW, 15-27
- DH – Department of Health (2001): The Expert Patient. A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century. London: DH
- Dierks, M.-L./Schaeffer, D. (2005): Informationen über die Qualität der gesundheitlichen Versorgung – Erwartungen und Forderungen der Patienten. In: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt (Hg.): Krankenhausreport 2004. Schwerpunkt: Qualitätstransparenz – Instrumente und Konsequenzen. Stuttgart: Schattauer, 135-150
- Dierks, M.-L./Diehl, F./Schwartz, F.W. (2003): Stärkung der Patientenkompetenz: Information und Beratung. In: Schwartz, F.W./Badura, B./Busse, R./Leidl, R./Raspe, H.H./Siegrist, J./Walter, U. (Hg.): Das Public Health Buch (2. Auflage). München, Jena: Urban & Fischer, 339-348

- DiMatteo, M.R./Lepper, H.S. (1998): Promoting adherence to courses of treatment: Mutual collaboration in the collaboration in the physician relationship. In: Jackson, L.P./Duffy, B.K. (Hg.): Health Communication Research. Westport, CT: Greenwood Press, 75-86
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004) (Hg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: FH Osnabrück
- Döhler, M. (1997): Regulierung von Professionsgrenzen. Frankfurt am Main: Campus
- Donabedian, A. (1992): Quality assurance in Health Care. Consumers role. Quality in Health Care 1, 247–251
- Dräger, D./Geister C./Kuhlmey, A. (2003): Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Situation pflegender Töchter – Die Rolle der professionellen Pflegedienste. Pflege 16, 342-348
- Dybowski, S. (2005): „Soweit nicht anders verordnet...“ – HIV-positive Frauen im Spannungsfeld zwischen Compliance und Lebensgestaltung. Frankfurt am Main: Mabuse
- Eisenberg, L. (1977): Disease and Illness. Culture, Medicine, and Psychiatry 1, 9-23
- Ernst, J./Schwarz, R./Krauß, O. (2004): Shared decision making bei Tumorpatienten. Ergebnisse einer empirischen Studie. Journal of Public Health 12, 123-131
- Ewers, M. (2001): Klinische Pflegeexperten: das Beispiel der Infusionstherapie. Einführung und Bibliographie (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P01-112). Bielefeld: IPW
- Ewers, M. (2003): High-Tech Home Care – Optionen für die Pflege: Sicht- und Handlungsweisen von Pflegenden in der häuslichen Infusionstherapie. Bern: Huber
- Ewers, M./Schaeffer, D. (1999): Herausforderungen für die ambulante Pflege Schwerstkranker (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P99-107). Bielefeld: IPW
- Ewers, M./Schaeffer, D. (Hg.) (2005): Case Management in Theorie und Praxis (2., ergänzte Auflage). Bern: Huber
- Feuerstein, G. (1994): Schnittstellen im Gesundheitswesen – Zur (Des-)Integration medizinischer Handlungsstrukturen. In: Badura, B./Feuerstein, G.: Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Weinheim/München: Juventa, 211-253
- Feuerstein, G./Kuhlmann, E. (Hg.) (1999): Neopaternalistische Medizin: Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis. Bern: Huber
- Garms-Homolová, V. (Hg.) (1994): Das freundliche Desinteresse der Ärzte an der Pflege. Forum Sozialstation 70, 18-20
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (Hg.) (1998): Kooperation in der ambulanten Versorgung. Wiesbaden: Ullstein Mosby
- Garms-Homolová, V./Maurer, M./Schaeffer, D. (1998): Konzepte und Voraussetzungen der Kooperation. In: Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (Hg.): Medizin und Pflege. Berlin: Ullstein Mosby, 1-6
- Gerhardt, U./Friedrich, H. (1982): Familie und chronische Krankheit – Versuch einer soziologischen Standortbestimmung. In: Angermeyer, M./Freyberger, H. (Hg.): Chronisch kranke Erwachsene in der Familie. Stuttgart: Enke, 2–25
- Glaeske, G. (2003): Arzneimittelversorgungsforschung – Basis für mehr Qualität und Patientenschutz. In: Pfaff, H./Schrappe, M./Lauterbach, K.W./Engel-

- mann, U./Halber, M. (Hg.): Gesundheitsversorgung und Disease-Management. Bern: Huber, 35-40
- Glaeske, G. (2004): Medikamentenkonsument und Verordnungspraxis – Auswirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes. In: Böcken, J./Braun, B./Schnee, M. (Hg.): Gesundheitsmonitor 2004. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 52-63
- Glaeske, G. (2005): Über-, Unter- und Fehlversorgung. Qualitätssicherung in der Arzneimittelversorgung. Dr. med. Mabase 30, Nr. 154, 34-36
- Glaeske, G./Janhsen, K. (2006): GEK-Arzneimittel-Report: Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2004 – 2005. Bremen, Schwäbisch Gmünd: GEK
- Gläsel, J./Laudel, G. (2004): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Basel: VS Verlag für Sozialwissenschaften, UTB
- GMG – GKV-Modernisierungsgesetz (2004): Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14. November 2003 (mit Wirkung zum 1. Januar 2004). Bundesgesetzblatt 2003 Teil I, Nr. 55, 2190-2258
- Gräßel, E.(1998): Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter (Deutsche Hochschulschriften 1134). Egelsbach: Dr. Markus Hänsel-Hohenhausen
- Grypdonck, M. (2004): To lift life above illness: The role of the nurse in the care of chronically ill. Vortrag, gehalten auf dem 3. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung vom 18.-19. Oktober 2004 in Bielefeld (Manuskript)
- Hagström, B./Mattsson, B./Skott, A. (2005): My sickness and me: Men with cardiovascular disease and their perceptions of their illness and medication. The Journal of Men's Health and Gender 2, Nr. 4, 429-435
- Härter, M./Loh, A./Spies, C. (Hg.) (2005): Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Köln: Deutscher Ärzteverlag
- Haslbeck, J. (i. E.): Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischen Erkrankungen – Herausforderungen aus Patientensicht (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld). Bielefeld: IPW
- Haslbeck, J./Schaeffer, D. (i. E.): Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit: Geschichte, Konzept und Herausforderungen. Pflege
- Haynes, R. B. (Hg.) (1986): Compliance-Handbuch (2. Auflage). München: Verlag für Angewandte Wissenschaft
- Haynes, R.B./McDonald, H.P./Garg, A.X. (2002): Helping Patients Follow Prescribed Treatment: Clinical Applications. Journal of the American Medical Association 288, Nr. 22, 2880-2886
- Haynes, R.B./McDonald, H.P./Garg, A.X./Montague, P. (2005): Interventions for Helping Patients to follow prescriptions for medications (Cochrane Review). Chocrane Library 3. Oxford: Update Software
- Hellige, B. (2002): Balanceakt Multiple Sklerose. Leben und Pflege bei chronischer Krankheit. Stuttgart: Kohlhammer
- Helman, C.G. (1990): Culture, Health and Illness (2nd Edition). London: Butterworth
- Himmel, W./Lippert-Urbanke, E./Kochen, M.M. (1997): Are patients more satisfied when they receive a prescription? Scandinavian Journal of Primary Care 15, Nr. 3, 118-122

- Himmel, W./Bardeck, M.A./Kochen, M.M. (2003): Selbstmedikation und die Rolle des Hausarztes – eine Telefonbefragung. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 11, Nr. 4, 325-336
- Hoefert, H.-J. (1995): Berufliche Sozialisation und Zusammenarbeit im Krankenhaus. In: Hoefert, H.-J. (Hg.): *Führung und Management im Krankenhaus*. Göttingen: Hogrefe, 23-48
- Höhmman, U./Müller-Mundt, G./Schulz, B. (1998): *Qualität durch Kooperation. Gesundheitsdienste in der Vernetzung* (3. Auflage). Frankfurt am Main: Mabuse
- Holman, H. (2004): Patient Self-management: A Key to Effectiveness and Efficiency in Care of Chronic Disease. *Public Health Reports* 119, 239-243
- Hurrelmann, K. (2001): Wie lässt sich die Rolle der Patienten stärken? In: von Reibnitz, C./Schnabel, P.-E./Hurrelmann, K. (Hg.): *Der mündige Patient*. Weinheim/München: Juventa, 35-47
- Hurrelmann, K. (2006): *Gesundheitssoziologie: eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung* (6. Auflage). Weinheim/München: Juventa
- Hurrelmann, K./Leppin, A. (Hg.) (2001a): *Moderne Gesundheitskommunikation*. Bern: Huber
- Hurrelmann, K./Leppin, A. (2001b): *Moderne Gesundheitskommunikation – Eine Einführung*. In: Hurrelmann K, Leppin A (Hg.): *Moderne Gesundheitskommunikation*. Bern: Huber, 9-21
- Hurwitz, B./Jarman, C.A./Bajekal, M. (2005): Scientific evaluation of community-based Parkinson's disease nurse specialists on patient outcomes and health care costs. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 11, Nr. 2, 97-110
- Illsley, R./Jamieson, A. (1989): Hindernisse und positive Einflußfaktoren auf die Implementation von Versorgungsprogrammen. In: Baltes, M./Kohli, M./Sames, K. (Hg.): *Erfolgreiches Altern*. Bern: Huber, 155-161
- Jungbauer, J./von Cramon, D.Y./Wilz, G. (2003): Langfristige Lebensveränderungen und Belastungsfolgen bei Ehepartnern von Schlaganfallpatienten. *Nervenarzt* 74, Nr. 12, 1110-1117
- Kennedy, A./Gask, L./Rogers, A. (2005): Training professionals to engage with and promote self-management. *Health Education Research, Advance Access published March 1, 2005* (Health Education Research Advance Access published online on March 1, 2005, doi:10.1093/her/cyh018)
- Kirchner, H. (2005): *Moderne Versorgungskonzepte – Was wurde bei den Disease-Management-Programmen erreicht*. *Zeitschrift für Kardiologie* 94, Nr. 4/Suppl., IV7-IV10
- Koerfer, A./Köhle, K./Obliers, R. (1994): Zur Evaluation von Arzt-Patienten-Kommunikation – Perspektiven einer angewandten Diskursethik in der Medizin. In: Redder, A./ Wiese, I. (Hg.), *Medizinische Kommunikation: Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 55-93
- KrPflG – Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (2003): *Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze vom 16. Juli 2003*. *Bundesgesetzblatt (BGBl) 2003, Teil I (36)*, 1442–1458
- Kuhlmey, A./Winter, M.H.-J. (2000): *Qualifikationsentwicklung in der deutschen Pflege – Ergebnisse einer aktuellen Datenanalyse*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33, Nr. 6, 480-487
- Kyngäs, H. (2003): Patient education: perspective of adolescents with a chronic disease. *Journal of Clinical Nursing* 12, Nr. 5, 744-751

- Lamparter-Lang, R. (1997): Prinzipien der Patientenschulung bei chronischen Erkrankungen. In: Lamparter-Lang, R. (Hg.): Patientenschulung bei chronischen Erkrankungen. Bern: Huber, 9–32
- Landtag Nordrhein-Westfalen (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen: Düsseldorf: Landtag Nordrhein-Westfalen
- London, F. (2003): Informieren, Schulen, Beraten. Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation. Bern: Huber
- Lorig, K. (1996a): Introduction. In: Lorig, K. (Hg.): Patient education (2nd Edition). Thousand Oaks: Sage, XIII–XVI
- Lorig, K. (Hg.) (1996b): Patient education. A Practical Approach (2nd Edition). Thousand Oaks: Sage
- Lorig, K. (2003): Self Management Education. *Annals of Behavioral Medicine* 26, Nr. 1, 2-7
- Lorig, K./Sobel, D.S./Stewart, A.L./Brown, B.W./Ritter, P.L./González, V.M./Laurent, D.D./Holman, H.R. (1999): Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing utilization and costs: A randomized trial. *Medical Care* 37, Nr. 1, 5–14
- Ludwig, A. (2005): Herausforderungen komplexer Medikamentenregime bei chronischen Erkrankungen – Eine Literaturanalyse der Compliance- und Adhärenzdebatte (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P05-130). Bielefeld: IPW
- Lüth, P. (1974): Sprechende und stumme Medizin: Über das Patienten-Arzt-Verhältnis. Frankfurt am Main: Herder & Herder
- McGraw, C./Drennan, V. (2004): Older people and medication management: From compliance to concordance. *Reviews in Clinical Gerontology* 14, Nr. 2, 145-153
- Meuser, M./Nagel, U. (2002): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, A./Littig, B./Menz, W. (Hg.): Das Experteninterview - Theorie, Methode, Anwendung. Opladen: Leske & Budrich, 71-93
- Mishel, M.H. (1999): Uncertainty in Chronic Illness. *Annual Review of Nursing Research* 17, 269–294
- Moers, M. (1994): Anforderungs- und Berufsprofil der Pflege im Wandel. In: Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock (Hg.): Public Health und Pflege. Berlin: Sigma, 159–174
- Moers, M./Schaeffer, D. (1993): Akademisierung und Verwissenschaftlichung der Pflege – Erfahrungen aus den USA. *Argument Sonderband AS 199, Gesundheitsmärkte*, 135-159
- Müller-Mundt, G. (2001): Patientenedukation zur Unterstützung des Selbstmanagements. In: Hurrelmann, K./Leppin, A (Hg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Bern: Huber, 94-106
- Müller-Mundt, G. (2005): Chronischer Schmerz – Herausforderungen für die Versorgungsgestaltung und Patientenedukation. Bern: Huber
- Müller-Mundt, G./Ose, D. (2005): Beratung im Gesundheits- und Sozialwesen in Nordrhein-Westfalen - Strukturen und Schwerpunkte (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld P05-129). Bielefeld: IPW
- Müller-Mundt, G./Schaeffer, D./Pleschberger, S./Brinkhoff, P. (2000): Patientenedukation – (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege? *Pflege und Gesellschaft* 5, Nr. 2, 42-53

- Muthesius, D./Schaeffer, D. (1996): Krankheits- und Versorgungsverläufe aidserkrankter Frauen. Biographische und soziale Probleme der Bewältigung chronisch letaler Krankheit. (WZB Discussion Paper P96-210). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Newbould, J./Taylor, D./Bury, M. (2006): Lay-led self-management in chronic illness: a review of evidence. *Chronic Illness* 2, 249-261
- Palmer, N.D./Appleton, B./Rodrigues, E.A. (2003): Specialist Nurse-Led Intervention in Outpatients with Congestive Heart Failure: Impact on Clinical and Economic Outcomes. *Disease Management and Health Outcomes* 11, Nr. 11, 693-698
- Petermann, F. (Hg.) (1997): Patientenschulung und Patientenberatung (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe
- Petermann, F. (Hg.) (1998): Compliance und Selbstmanagement. Göttingen: Hogrefe
- Petermann, F./Mühlig, S. (1998): Grundlagen und Möglichkeiten der Compliance Verbesserung. In: Petermann, F. (Hg.): Compliance und Selbstmanagement. Göttingen: Hogrefe, 73-102
- Pfaff, H./Schrappe, M./Lauterbach, K.W./Engelmann, U./Halber, M. (Hg.) (2003): Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. Bern: Huber
- Pfingsten, M. (2001): Multimodale Verfahren – auf die Mischung kommt es an. *Der Schmerz* 15, Nr. 6, 492-498
- Pittrow, D./Krappweis, J./Kirch, W. (2002): Arzneimittelanwendung bei Alten- und Pflegeheimbewohnern im Vergleich zu Patienten in ambulanter Pflege bzw. ohne Pflegebedarf. *Deutsche medizinische Wochenschrift* 127, 1995-2000
- Pound, P./Britten, N./Morgan, M./Yardley, L./Pope, C./Daker-White, G./Campbell, R. (2005): Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Social Science and Medicine* 61, Nr. 1, 133-155
- Redman, B. K. (2005): The ethics of self-management preparation for chronic illness. *Nursing Ethics* 12, Nr. 4, 360-369
- Ribbe, M.W. (1998): Weiterbildung für Ärzte. In: Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (Hg.): Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Berlin: Ullstein Mosby, 103-112
- RKI – Robert Koch Institut (2004): Pflege. Schwerpunktbericht zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bearb.: P. Pick/J. Brüggemann/C. Grote/E. Grünhagen/T. Lampert,. Berlin: RKI
- Roberson, M.H.B. (1992): The Meaning of Compliance: Patient Perspectives. *Qualitative Health Research* 2, 7-26
- Rosenbrock, R. (2001): Verbraucher, Versicherte und Patienten als handelnde Subjekte. In: von Reibnitz, C./Schnabel, P.-E./Hurrelmann, K. (Hg.): Der mündige Patient. Weinheim/München: Juventa, 25-33
- Rosewitz, B./Webber, D. (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt am Main: Campus
- Roter, D.L./Hall, J.A./Merisca, R./Nordstrom, B./Cretin, D./Svarstad, B. (1998): Effectiveness of interventions to improve patient compliance: A meta-analysis. *Medical Care* 36, Nr. 8, 1138-1161
- Rudd, P./Miller, N.H./Kaufman, J./Kraemer, H.C./Bandura, A./Greenwald, G./Debusk, R.F. (2004): Nurse management for hypertension: A systems approach. *American Journal of Hypertension* 17, Nr. 10, 921-927

- Ryan, A.A./Chambers, M. (2000): Medication management and older patients: an individualized and systematic approach. *Journal of Clinical Nursing* 9, 732-741
- Sabo, P./Lehmann, M. (2003): Gesundheitliche Aufklärung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung (4. erweiterte und überarbeitete Auflage). Schwabenheim an der Selz: Fachverlag Peter Sabo, 55-57
- Sawicki, P. for the Working Group for the Study of Patient Self-Management of Oral Anti-coagulation (1999): A structured teaching and self-management programme for patients receiving oral anticoagulation – A randomised controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 281, 145-150
- Schaeffer, D. (2006a): Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus. Eine Literaturanalyse. Herausgegeben von der Bertelsmann Stiftung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Schaeffer, D. (2006b): Bewältigung chronischer Erkrankung. Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung und die Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39, Nr. 3, 192-201
- Schaeffer, D. (Hg.) (2006c): Wissenstransfer in der Pflege. Ergebnisse eines Expertenworkshops (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P06-133). Bielefeld: IPW
- Schaeffer, D. (2006d): Wissenstransfer in der Pflege – ein Problemaufriss. In: Schaeffer, D. (Hg.): Wissenstransfer in der Pflege. Ergebnisse eines Expertenworkshops (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P06-133). Bielefeld: IPW, 1-14
- Schaeffer, D. (2005a): Beschleunigung des demographischen Wandels – Konsequenzen für die Pflege. In: Schönberg, F./Naegele, G. (Hg.): Alter hat Zukunft. 15 Jahre gerontologische Forschung in Dortmund. Münster: Lit Verlag, 227-238
- Schaeffer, D. (2005b): Versorgungswirklichkeit in der letzten Lebensphase: Ergebnisse einer Analyse der Nutzerperspektive. In: Ewers, M./Schaeffer, D. (Hg.): Am Ende des Lebens – Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase. Bern: Huber, 69-91
- Schaeffer, D. (2004): Der Patient als Nutzer. Bern: Huber
- Schaeffer, D. (2003): Professionalisierung der Pflege. In: Büssing, A./Glaser, J. (Hg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen: Hogrefe, 227-243
- Schaeffer, D. (2002a): Ambulante Schwerkrankenpflege: Entwicklungen und Herausforderungen in Deutschland. In: Schaeffer, D./Ewers, M. (Hg.): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern: Huber, 17-44
- Schaeffer, D. (2002b): Die Entwicklung von Pflegewissenschaft – internationale Perspektiven. In: Kozon, V./Seidl, E. (Hg.): Pflegewissenschaft – der Gesundheit verpflichtet. Wien: Facultas, 52-65
- Schaeffer, D. (2002c): Kontinuität der Versorgung. In: Meggeneder, O./Noack, H. (Hg.): Integration in der Versorgung und Pflege. Tagungsband der 6. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Gesundheitswissenschaften und Public Health. Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, 69-81
- Schaeffer, D. (2002d): Pflegewissenschaft und -forschung: quo vadis? In: Seidl, E./Walter, I. (Hg.): Pflegeforschung aktuell. Wien: Maudrich, 129-150

- Schaeffer, D. (2001a): Patientenorientierung und -beteiligung in der pflegerischen Versorgung. In: von Reibnitz, C./Schnabel, E.P./Hurrelmann, K. (Hg.) Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentenforschung im Gesundheitswesen. Weinheim/München: Juventa, 49-59
- Schaeffer, D. (2001b): Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten. Ergebnisse einer empirischen Studie. Psychomed – Zeitschrift für Psychologie und Medizin 13, Nr. 4, 242-249
- Schaeffer, D. (1998): Innerprofessionelle Sicht der Kooperation in der ambulanten Versorgung – die Perspektive der Pflege. In: Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (Hg.): Medizin und Pflege. Berlin: Ullstein Mosby, 81-99
- Schaeffer, D. (1992): Tightrope Walking. Handeln zwischen Pädagogik und Therapie. In: Dewe, B./Ferchhoff, W./Radke, O. (Hg.): Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Leverkusen: Leske & Budrich, 200-229
- Schaeffer, D./Dewe, B. (2006): Zur Interventionslogik von Beratung in Differenz zu Information, Aufklärung, Bildung und Therapie. In: Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hg.): Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Huber, 127-152
- Schaeffer, D./Dierks, M.-L. (2006): Patientenberatung in Deutschland. In: Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hg.): Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Huber, 67-90
- Schaeffer, D./Ewers, M. (2002a): Alltägliche Herausforderungen bei der häuslichen Pflege Schwerkranker. In: Schaeffer, D./Ewers, M. (Hg.): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern: Huber, 179-198
- Schaeffer, D./Ewers, M. (2002b): Integration der Versorgung in Zeiten von DRGs – Bedeutung und Konsequenzen für die Pflege. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Nr. 5, 317-323
- Schaeffer, D./Moers, M. (2002): Versorgungspfade und ihre Konsequenzen für die Patienten – Ergebnisse einer strukturanalytischen Untersuchung der Aids-Krankenversorgung. In: Rosenbrock, R./Schaeffer, D. (Hg.): Die Normalisierung von Aids. Berlin: Sigma, 171-184
- Schaeffer, D./Moers, M. (2003): Bewältigung chronischer Krankheit – Aufgaben der Pflege. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft (Studienausgabe). Weinheim/München: Juventa, 447-483
- Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (2006a): Patientenberatung: wachsende Bedeutung und neue Aufgaben. In: Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hg.): Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Huber, 7-16
- Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hg.) (2006b): Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Huber
- Schaeffer, D./Dierks, M.L./Hurrelmann, K./Krause, H./Keller, A./Schmidt-Kaehler, S./Seidel, G. (2005): Evaluation der Modellprojekte zur unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation. Bern: Huber
- Schaeffer, D./Günnewig, J./Ewers, M. (2003a): Versorgung in der letzten Lebensphase. Analyse einzelner Fallverläufe (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P03-120). Bielefeld: IPW
- Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (2003b): Zur Entwicklung von Pflege und Pflegewissenschaft. In: Schwartz, F.W./Badura, B./Busse, R./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J./Walter, U. (Hg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen (2. Auflage). München/Wien/Baltimore: Urban und Schwarzenberg, 216-217
- Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hg.) (1994): Public Health und Pflege. Berlin: Sigma

- Scheibler, F. (2004): Shared Decision-Making: Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. Bern: Huber
- Scheibler, F./Pfaff, H. (Hg.) (2003): Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim/München: Juventa
- Schmidt, C. (1997): „Am Material“: Auswertungstechniken für Leitfadeninterviews. In: Friebertshäuser, B./Prenzel, A. (Hg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim/München: Juventa, 544-568
- Schmidt-Kaehler, S. (2004): Patienteninformation Online. Theoretische Grundlagen, Planung und Entwicklung eines Konzeptes für die Patientenschulung im Internet. Bern: Huber
- Schmidt-Kaehler, S. (2005): Gesundheitsberatung im Internet: Nutzwert, Evaluation und Positionierung internetgestützter Informations- und Beratungsleistungen für Bürger, Versicherte und Patienten in der gesundheitlichen Versorgung (Dissertation). Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
- Schneekloth, U. (2005): Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativbefragung. In: Schneekloth, U./Wahl, H.W. (Hg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). München: TNS Infratest Sozialforschung, 55-99
- Schneekloth, U./Wahl, H.W. (Hg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). München: TNS Infratest Sozialforschung, 55-99
- Schnepf, W. (Hg.) (2002): Angehörige pflegen. Bern: Huber
- Schnepf, W. (2002): Familiäre Sorge in der Gruppe der russlanddeutschen Spätaussiedler: Funktion und Gestaltung. Bern: Huber
- Schwabe, U./Paffrath, D. (Hg.) (2004): Arzneimittelverordnungsreport 2004. Berlin, New York: Springer
- Schwabe, U./Paffrath, D. (Hg.) (2005): Arzneimittelverordnungsreport 2005. Berlin, New York: Springer
- Schwabe, U./Paffrath, D. (Hg.) (2007): Arzneimittelverordnungsreport 2006. Berlin, New York: Springer
- Stein, L. (1967): The doctor-nurse game. Archives of General Psychiatry 16, 699-703
- Stein, L./Watts, D.T./Howell, T. (1990): The doctor-nurse game revisited. New England Journal of Medicine 322, Nr. 8, 546-549
- Steppe, H. (1989): Das Selbstverständnis in der Krankenpflege – historische Entwicklung und heutige Ausprägung. In: Bischoff, C./Botschafter, P./Leibing, C. (Hg.): Dokumentation: Erste Berliner Krankenpflegetage der Gewerkschaft ÖTV. Berlin: ÖTV, 9-25
- Stevenson, F.A. (2003): General practitioners' views on shared decision making: a qualitative analysis. Patient Education and Counseling 50, Nr. 3, 291-293
- Stewart, S./Horowitz, J.D. (2002): Home-based intervention in congestive heart failure long term implications on readmission and survival. Circulation 105, 2861-2866
- Strauss, A. (1994): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. München: Fink
- Strauss, A.L./Glaser, B.G. (1975): Chronic Illness and Quality of Life. St. Louis: Mosby

- Strömberg, A. (2004): Von Pflegepersonen geleitete Herzinsuffizienzambulanzen: Die zehnjährigen Erfahrungen in Schweden. *Pflege* 17, Nr. 4, 237-242
- Strömberg, A. (2005): The crucial role of patient education in heart failure. *European Journal of Heart Failure* 7, 363-369
- SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001 (Ausführliche Zusammenfassung). Bonn: SVR
- SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003. Bonn: SVR
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. Berlin: SVR (s. insbesondere Kapitel 7: Einflussfaktoren auf die Verordnung von Arzneimitteln, 555-759)
- Thompson, T.L. (2001): Beziehung zwischen Patienten und professionellen Dienstleistern. In: Hurrelmann, K./Leppin, A. (Hg.): *Moderne Gesundheitskommunikation*. Bern: Huber, 73-93
- Thorne, S./Paterson, B./Russell, C. (2003): The Structure of Everyday Self-care Decision Making in Chronic Illness. *Qualitative Health Research* 13, Nr. 10, 1337-1352
- Trostle, J.A. (1997): The History and Meaning of Patient Compliance as an Ideology. In: Gochman, D.S. (Hg.): *Handbook of Health Behavior Research II: Provider Determinants*. New York: Plenum Press, 109-212
- Vermeire, E./Hearnshaw, H./van Royen, P./Denekens, J. (2001): Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 26, Nr., 331-342
- von Troschke, J. (2001): *Die Kunst, ein guter Arzt zu werden. Anregungen zum Nach- und Weiterdenken*. Bern: Huber
- von Uexküll, T./Wesiak, W. (1990): *Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Handelns* (2., durchgesehene Auflage). München: Urban & Schwarzenberg
- Wadenpohl, S. (2001): "Aber sie ist doch noch immer meine Mutter": Eine qualitative Studie zur Sichtweise pflegender Angehöriger auf Ressourcen und Probleme bei der Interaktion in demenziell veränderten Beziehungen (Diplomarbeit). Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
- Wadenpohl, S. (2006): *Für einen guten Abschluss sorgen: Resilienz alter Menschen mit demenziell erkrankten Partnern/-innen* (Dissertation). Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
- Warsi, A./Wang, P.S./LaValley, M.P./Avorn, J./Solomon, D.H. (2004): Self-management Education Programs in Chronic Disease: A Systematic Review and Methodological Critique of the Literature. *Archives of Internal Medicine* 164, 1641-1649
- Wasem, J. (1999): *Das Gesundheitssystem in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Wissenschaftliche Analyse und Bewertung einer repräsentativen Bevölkerungsstudie*. Neuss: Janssen-Cilag GmbH
- WHO – World Health Organization (2003): *Adherence to long-term therapies. Evidence in Action*. Genf: WHO

- Wilz, G./Adler, C./Gunzelmann, T. (1996): "Frei fühle ich mich nie" – Frauen pflegen ihren an Demenz erkrankten Ehemann, Vater oder Mutter. Gesundheitswesen 58, Suppl., Nr. 2, 125-131
- Wingenfeld, K. (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Huber
- Wingenfeld, K./Mikula, M./Schaeffer, D. (2000): Kooperation, Vernetzung, integrierte Versorgung (Bibliographie). (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P00-109). Bielefeld: IPW
- Zwarenstein, M./Bryant, W. (2006): Interventions to promote collaboration between nurses and doctors (Cochrane Review 2000, update: 2006). London: Wiley

Bestellschein

An das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)
Sekretariat, Universitätsstr. 25, D-33615 Bielefeld, Tel.: 0521/106-6880

Hiermit bestelle ich folgende Discussion-Paper:

IPW-Paper	Anzahl
P96-100 Domscheit/Wingenfeld: Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen	vergriffen
P98-101 Schaeffer: Pflegewissenschaft in Deutschland	
P98-103 Ewers et al.: Pflegewissenschaftliche Promotionen (Synopsis)	
P98-104 Krajic et al.: Ambulante Versorgung Schwerstkranker	
P99-105 Schaeffer: Nursing Science in Germany	
P99-106 Brömme: Eine neue Kultur des Helfens	
P99-107 Ewers/Schaeffer: Herausforderungen für die ambulante Pflege	
P00-108 Caesar et al.: Community Health Assessment für Bielefeld	
P00-109 Wingenfeld et al.: Kooperation, Vernetzung (Bibliographie)	
P00-110 Lademann: Hospital at Home	
P01-111 Müller-Mundt: Schmerztherapie und Pflege (Literaturanalyse)	
P01-112 Ewers: Klinische Pflegeexperten (Infusionstherapie/Bibliographie)	
P01-113 Pleschberger: Palliative Care	
P01-114 Ewers et al.: Palliativ-pflegerisch tätige Hausbetreuungsdienste	
P01-115 Ewers: Anleitung als Aufgabe der Pflege	
P02-116 Wingenfeld: Innov. Ansätze der Sterbebegleitung von Kindern	
Wingenfeld: Pflegebedarf und Leistungsstruktur (Forschungsbericht)	
P02-117 Röttger-Liepmann/Hopfmüller: „Enquête der Heime“ (Dok.)	
P03-119 Braubach: Wohnumwelt und Pflegebedürftigkeit im Alter	
P03-120 Schaeffer et al.: Versorgung in der letzten Lebensphase (Fallverläufe)	
P03-121 Ewers/Schaeffer: Palliativ-pflegerisch tätige HBDs (Endbericht)	
P03-122 Schmidt-Kaehler: Internetkompetenz für chronisch erkrankte Menschen	
P03-123 Tiesmeyer: Selbstverständnis und Stellenwert der Pflege in der Lebensbegleitung von Menschen mit schwerer Behinderung	
P03-124 Wingenfeld: Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege	
P04-125 Ewers/Badura: Kooperation und Netzwerkbildung der unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation (Teilbericht)	
P04-126 Schmidt-Kaehler: Ergebnisse zur Evaluation der Internetangebote der unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation	
P05-127 Seidel/Dierks: Ergebnisse zur Evaluation der Modellprojekte nach § 65b SGB V (Nutzer-Anfrage-Dokumentation)	
P05-128 Seidel/Dierks: Ergebnisse zur Evaluation der Modellprojekte nach § 65b SGB V (Nutzerbefragung)	
P05-129 Müller-Mundt/Ose: Beratung im Gesundheits- und Sozialwesen in Nordrhein-Westfalen	
P05-130 Anja Ludwig: Herausforderungen komplexer Medikamentenregime bei chronischen Erkrankungen	
P06-131 Lummer: Zugang zu Patientenberatung und Nutzerinformation	
P06-132 Ewers: Palliative Praxis – Sichtweisen von Mitarbeitern der Altenpflege	
P06-133 Schaeffer: Wissenstransfer in der Pflege. Ergebnisse eines Expertenworkshops	
P07-134 Schaeffer/Müller-Mundt/Haslbeck: Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischen Erkrankungen – Herausforderungen aus der Sicht der Gesundheitsprofessionen	

Absender:

Name:

Institution:

Anschrift:

Bitte beachten:

Bestellungen von IPW-Papern können nur bearbeitet werden, wenn Sie diesem Bestellformular einen an Sie selbst adressierten und mit EUR 2,25 (pro Exemplar) frankierten Rückumschlag (DIN A 4) beigelegt haben. Anstelle einer Erstattung für die Druckkosten erbitten wir eine Spende zugunsten der Gesellschaft zur Förderung der Pflegewissenschaft NRW e.V., WestLB, Kto.-Nr. 494 633, BLZ 300 500 00.