

»Pflegebedürftig« in der »Gesundheitsgesellschaft«

Tagung vom 26.–28. März 2009 in Halle (Saale)

**Unterstützung des Selbstmanagements komplexer  
Medikamentenregime bei chronischer Krankheit -  
Potenziale der ambulanten Pflege**

*Gabriele Müller-Mundt, Gunnar Geuter, Jörg Haslbeck und Doris  
Schaeffer*

HERAUSGEBER: JOHANN BEHRENS

REDAKTION & GESTALTUNG: GERO LANGER & MARIA GIRBIG

8. JAHRGANG

ISSN 1610-7268

**30**

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review«-Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihr enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesetzt mit L<sup>A</sup>T<sub>E</sub>X 2<sub>ε</sub> in der Stempel Garamond

Redaktionsschluß: 2. Juli 2009

#### IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens  
Redaktion & Gestaltung: Dr. Gero Langer

Kontakt: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft · German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 8 · 06112 Halle/Saale · Deutschland

Telefon 0345 – 557 4454 · Fax 0345 – 557 4471 · E-Mail [gero.langer@medizin.uni-halle.de](mailto:gero.langer@medizin.uni-halle.de)

Website <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=341>

ISSN 1610–7268

Alle Rechte vorbehalten.

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

## Inhaltsverzeichnis

1	Problemhintergrund und Ziel des Forschungsvorhabens	7
2	Methodisches Vorgehen und Datenbasis	9
3	Ergebnisse: Herausforderungen des Managements komplexer Medikamentenregime, Versorgungsdefizite und Unterstützungsbedarf	11
3.1	Bedeutung und Probleme der Arzneimitteltherapie . . . . .	11
3.2	Expertisierungs- und Unterstützungserfordernisse . . . . .	13
3.3	Mängel der Versorgungspraxis und Hürden . . . . .	14
4	Schlussfolgerungen	17
	Literatur	18

## Zusammenfassung

**Hintergrund und Ziel:** Eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung chronisch erkrankter Menschen mit komplexen Gesundheitseinbußen ist eine der zentralen Herausforderungen der Versorgungsgestaltung. Dies gilt nicht zuletzt für die wachsende Gruppe mehrfacherkrankter älterer Menschen, die dauerhaft auf Arzneimitteltherapien angewiesen sind. Anknüpfend an Konzepte der Selbstmanagementförderung und -unterstützung geht das laufende Forschungsvorhaben der Frage nach, welchen Beitrag professionelle Pflege hier durch eine gezielte Förderung und Unterstützung des (Selbst-)Managements der Krankheit(-sfolgen) und der Arzneimitteltherapie im Alltag im ambulanten Sektor leisten kann.

**Methoden und Datenbasis:** In der ersten Projektphase wurde eine mehrperspektivisch angelegte qualitative Untersuchung der Anforderungen an das Selbstmanagement komplexer Medikamentenregime durchgeführt. Die auf der Basis von 27 Patientenfallstudien und 26 Experteninterviews mit Ärzten, Pflegekräften und Apothekern gewonnenen Erkenntnisse dienten der Entwicklung eines von der ambulanten Pflege getragenen Interventionskonzepts. Dessen Wirksamkeit wird in der zweiten Projektphase in einer prospektiven Kontrollstudie überprüft. Für eine aktive Beteiligung an der seit Frühjahr 2008 laufenden Kontrollstudie (Baselineerhebung) konnten schließlich 54 Pflegefachkräfte aus 27 ambulanten Pflegediensten und rund 100 von ihnen betreute Patientinnen und Patienten gewonnen werden. Sie wurden jeweils hälftig der Interventions- und Kontrollgruppe zugeordnet.

Die **Ergebnisse** der in der ersten Projektphase durchgeführten explorativen Studie unterstreichen, dass dem Bedarf an Selbstmanagementunterstützung der Krankheit(-sfolgen) und Medikamentenregime älterer, mehrfacherkrankter Menschen in der Praxis bislang nur bedingt Rechnung getragen wird. Die ambulante Pflege kann durch eine gezielte Unterstützung des Krankheits- und Therapiemanagements einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität älterer Menschen leisten. Hier angelegte

Potenziale professioneller Pflege liegen im bundesdeutschen Gesundheitssystem jedoch nahezu brach. Oft verhindern bereits Kommunikationsdefizite im ambulanten Sektor die verantwortliche Mitwirkung der ambulanten Pflege an der Unterstützung der Patienten und ihrer Angehörigen bei der Bewältigung der im Krankheitsverlauf zumeist komplexer werdenden Herausforderungen. Hinzu kommt, dass es der ambulanten Pflege an den dafür erforderlichen Kompetenzen mangelt.

Das in der Erprobung befindliche gestufte Interventionskonzept umfasst daher ein vorbereitendes Kompetenztraining für Pflegefachkräfte und einen Praxisleitfaden zur alltagsnahen Förderung und Unterstützung des Krankheits- und Therapiemanagements. Die Schulung dient der Förderung des Fallverstehens und der Beratungskompetenz sowie der Erweiterung geriatrisch-pharmakologischer Fachkompetenz der Pflegefachkräfte. Die Erprobung des Praxisleitfadens wird durch vertiefende Seminare und fallbezogene Supervision über einen Zeitraum von sechs Monaten begleitend unterstützt. Die Evaluation bezieht sich auf den Qualifikationseffekt unter den Pflegefachkräften und die Wirksamkeit der Intervention bei den Patienten auf der Ebene der Selbstmanagementkompetenz und Versorgungsnutzung. Letztere gestaltet sich allerdings aufgrund des fragilen Gesundheitszustands der auf professionelle Pflege angewiesenen Patienten schwierig.

\* Es handelt sich um ein Teilprojekt B2 des Pflegeforschungsbundes NRW (BMBF-Förderkennziffer – Phase I: 01GT0315 / Phase II: 01GT061; Ethikkommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster AZ: 2007-241-f-S).

---

## Self-management support in multiple chronic conditions and medicines – Challenges in home care nursing

### Abstract

**Background and purpose:** Meeting the needs of chronically ill elderly people suffering from multiple health problems is one of the major challenges in health care. This is especially true for the growing number of elderly patients depending on complex medication regimes to control their disease and obtain quality of life. The aim of the study was to explore the challenges inherent in living with chronic illness and multiple medicines, and to assess the potential of professional nursing in German health care system to provide self-management support tailored to needs of chronically ill elderly patients in managing their illness and medication regime in home care.

**Methods and materials:** In the first part of the research project an explorative study was carried out. To explore the patients and professionals view a multi-perspective qualitative research design was adapted, covering semi-structured interviews with 26 health professionals (general practitioners, pharmacists, nurses) and in-depth interviews with 27 chronically ill. Based on the results an interventional concept has been developed integrating self-management support in chronic illness and multiple medicines in home care in a coaching manner. To evaluate the interventional concept a prospective clinical

control study is carried out, in which 54 home care nurses and 100 patients of 27 home care agencies are taking part.

**Result:** The findings of the study stress a high need for self-management support especially in elderly patients suffering from multiple chronic conditions, which is lacking in health care. The data also elucidate, that in contrast to nurses, other health care professionals get little knowledge about the everyday problems experienced by patients. Lacking counseling skills and inter-professional communication in primary care appear to be the main barriers for nurses to provide self-management support and by that contribute to the quality care. Like other health professionals nurses have to be prepared adequately to support the patients and their relatives in coping with the increasing complexity of the challenges in living with chronic illness and multiple medicines. Therefore the interventional concept comprises a qualification training and a practice guideline. It is going to be evaluated in the ongoing second part of the research project

\*) The project is part of the nursing research network »patients' perspectives in chronic illness – new concepts of health care«, funded by the German Federal Ministry of Education and Research 2004 – 2010 (AZ 01GT0315 / 01 GT 0615). The intervention study was approved by the Ethical Committee of the Medical Council Westfalian-Lippe and the Medical School, Wilhelms-University Münster (AZ: 2007-241-f-S).

---

---

## Schlagworte

- chronische Krankheit
- komplexe Medikamentenregime
- Selbstmanagementunterstützung
- Patientenorientierung
- ambulante Pflege
- chronic illness
- multiple medicines
- self-management support
- patient centeredness
- home care nursing

---

---

## Über die Autoren

Dr. Gabriele Müller-Mundt, PH, MA Soz., wissenschaftliche Mitarbeiterin der AG6 Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld; Arbeitsschwerpunkte: Patientenorientierte Pflege und Versorgung (Schwerpunkte: Schmerz- und Symptommanagement, Therapiemanagement im Alltag, Patienten- und Familienedukation, ambulante und klinische Versorgung), interdisziplinäre und sektorenübergreifende Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen, Arbeits- und Belastungssituation der Gesundheitsberufe

Gunnar Geuter, MSc, Dipl.-Berufspäd. (FH), wissenschaftlicher Mitarbeiter der AG 6 Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld; Arbeitsschwerpunkte: Bewältigung von Medikamentenregimen, Informations- und Unterstützungsbedarf chronisch Kranker, Methodik und Didaktik in der beruflichen Bildung

Dr. Jörg Haslbeck, PH, MSc, wissenschaftlicher Mitarbeiter der AG6 Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, zurzeit einjähriger Forschungsaufenthalt in den USA an der Yale University als Stipendiat des Harkness-Fellowship Programms des Commonwealth Funds; Arbeitsgebiete: Selbstmanagement bei chronischer Krankheit, Bewältigung von Medikamentenregimen, End of Life Care, qualitative Methoden; Schreibdidaktik

Prof. Dr. Doris Schaeffer, seit 1997 Professorin für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, Leitung der AG6 Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft und des Instituts für Pflegewissenschaft, u. a. Sprecherin des vom BMBF geförderten NRW-Pflegeforschungsverbands; Arbeitsschwerpunkte: Bewältigung chronischer Krankheit, Patienten- und nutzerorientierte Versorgungsgestaltung, Gesundheitserhaltung im Alter, Professionalisierungsprobleme im Gesundheitswesen, Pflegewissenschaftliche Theorie- und Methodenentwicklung.



## 1 Problemhintergrund und Ziel des Forschungsvorhabens

Die Herausforderungen, die sich im Gesundheitswesen stellen, werden entscheidend bestimmt durch die soziodemografische und die mit ihr verwobene epidemiologische Entwicklung. Angesichts der Dominanz chronischer Erkrankungen gewinnen in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung/Versorgungsintegration und patientenorientierte Versorgungskonzepte an Bedeutung, die wie Konzepte der Selbstmanagementförderung – den Paradigmen von Public Health (Nursing) folgend – auf der Ebene der Ressourcenförderung ansetzen und dem langfristigen Bedarf und den Bedürfnissen der wachsenden Gruppe älterer chronisch erkrankter Menschen an Unterstützung hinreichende Beachtung schenken (Schaeffer 2006).

Die Arzneimittel sind ein zentraler Therapiebaustein bei chronischer Krankheit. Wenn gleich chronisch Erkrankungen durch lebensstilbezogene Aspekte wirksam beeinflusst werden können, sind sie im fortgeschrittenen Krankheitsstadium oft die einzige Option, um ihr Fortschreiten aufzuhalten, das Auftreten von Begleit- und Folgeerkrankungen hinauszuzögern, belastende Symptome zu lindern und damit die Lebensqualität der Erkrankten zu sichern. Vor allem ältere Patienten, die bereits auf langjährige Krankheitsverläufe zurückblicken, sind zur Kontrolle des Krankheitsgeschehens vergleichsweise häufig auf unterschiedliche Medikamente angewiesen. Mit der Dauer der Anwendung und der Anzahl der Medikamente steigt jedoch das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen. Zudem ist die Arzneimitteltherapie im höheren Lebensalter bereits aufgrund von physiologischen Alternsprozessen mit besonderen Risiken verbunden (Thürmann et al. 2007).

Befunde der Compliance- und Adhärenzforschung deuten darauf hin, dass etwa die Hälfte aller chronisch Kranken Schwierigkeiten im Umgang mit ihrem Medikamentenregime haben (Dunbar-Jacob et al. 2000). Schätzungen zufolge verursachen Compliance-Probleme hierzulande jährlich Kosten von rd. 10 Mrd. Euro (SVR 2005). Vor allem die dauerhafte Einhaltung der Medikamentenregime scheint Problem behaftet zu sein. Die Ursachen sind jedoch nicht allein auf Seiten der Patienten zu suchen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass hier Defizite in der Ausgestaltung der Medikamentenregime und Kommunikationsprobleme im Therapiegeschehen zum Tragen kommen. Wie auch das dem Bericht der Weltgesundheitsorganisation zur Adhärenz bei Langzeittherapien zugrunde liegende Modell unterstreicht, werden Therapiemotivation und -treue durch ein komplexes Bündel von sozialen und ökonomischen Faktoren, gesundheitssystem- und akteursbedingten Faktoren, gesundheits- und krankheitsbezogenen Faktoren, therapiebedingten Faktoren und patientenbezogenen Faktoren geprägt (WHO 2003, S. 27). Probleme treten vor allem dann zu Tage, wenn ein komplexes Medikamentenregime aus eigener Kraft in den häuslichen Alltag integriert und dort in den verschiedenen Phasen des Krankheitsverlaufs dauerhaft aufrechterhalten werden soll.

Um die sich hier stellenden Probleme von professioneller Seite angemessen beantworten zu können, bedarf es empirisch abgesicherter Interventionskonzepte, an denen es jedoch mangelt. Zwar liegen seit langem Erkenntnisse über Probleme bei der Bewältigung der Arzneimitteltherapie vor, doch finden in der Versorgungspraxis und -forschung die sub-

jektiven Herausforderungen, die sich den Patienten im Alltag und im Zeitverlauf stellen, vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit.

Die bisher verfolgten Strategien zur Versorgungsoptimierung setzen vorrangig auf der Ebene der Arzneimittelsicherheit sowie der Regulierung des Arzneimittelmarktes und der Verordnungspraxis an und suchen durch Wirtschaftlichkeitsanreize Einsparpotenziale zu erschließen (Glaeske 2004). Die Versorgungsgestaltung bedarf jedoch auch in diesem Bereich weitergehender Veränderungen. Der Blick hierfür wird heute zusehends durch die Konzentration auf Fragen der Kostenkontrolle verstellt. So findet sowohl in der gesundheitspolitischen Reformdebatte als auch in der Forschung bislang wenig Beachtung, dass das langfristige Management komplexer Medikamentenregime eine der zentralen Herausforderungen des Lebens mit chronischer Krankheit und Multimorbidität darstellt.

Eben hier setzt das vorliegende Projekt an, in dem es die mit dem Management komplexer Medikamentenregime verbundenen Herausforderungen und Unterstützungserfordernisse in den Mittelpunkt stellt. Dies geschieht im Bewusstsein dessen, dass das Therapiemanagement nicht isoliert betrachtet werden kann. Wie es vorliegende Studienbefunde zum Leben mit chronischer Krankheit nahe legen, ist vielmehr davon auszugehen, dass das Management der Medikamentenregime bei chronischer Krankheit eng mit dem individuellen Erleben und Management von Symptomen, der Kontur der Krankheitsverlaufskurve und der Bewältigung des Alltagslebens unter den Bedingungen des Lebens mit und trotz chronischer Krankheit und einem komplexen Medikamentenregime verwoben ist (Schaeffer & Moers 2008). Bei alledem hat für die Patienten und ihre Angehörigen das Bestreben nach Aufrechterhaltung von Normalität und Autonomie einen hohen Stellenwert (Strauss & Glaser 1975; Schaeffer 2004).

Durch die Einbeziehung der Patientenperspektive sucht das Forschungsvorhaben einen Beitrag zur Schließung der seit langem kritisierten alltagsweltlichen Lücken der Adhärenzforschung zu schließen. Zudem richtet es den Blick nicht allein auf die Ärzte und Apotheker, sondern auf eine hierzulande nicht nur in der Arzneimittelversorgung noch wenig beachtete Profession: die ambulante Pflege. Gefragt wird nach ihren Potenzialen zur Optimierung der Medikamentenversorgung. Dabei geht es konkret um die Klärung der Frage, ob und wie die ambulante Pflege 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.

Damit wird zugleich ein weiterer Strang der gesundheitswissenschaftlichen und politischen Diskussion aufgegriffen: der Wandel der Patientenrolle. Den begrenzten Therapiemöglichkeiten chronischer Gesundheitseinbußen Rechnung tragend, werden vor allem chronisch Kranke seit geraumer Zeit nicht mehr einzig als passive Empfänger von Versorgungsleistungen betrachtet, sondern als Ko-Produzenten ihrer Gesundheit (Donabedian 1992). Damit verbunden ist die verstärkte Forderung nach Übernahme von mehr Eigenverantwortung und Partizipation am Versorgungsgeschehen. Auf Autonomie, Eigenkompetenz und Aktivierung setzende Konzepte und Versorgungsstrategien haben in den letzten Jahren zwar auf der Ebene des wissenschaftlichen und politischen Diskurses an Bedeutung gewonnen, ein der Abkehr von der traditionellen Patientenrolle gerechtwerdender Kompetenzzuwachs ist jedoch in der Breite noch nicht auszumachen, und zwar



weder auf Seiten der professionellen Akteuren noch auf Seiten der Patienten (Hurrelmann 2001; Rosenbrock 2002; Schaeffer 2004). Trotz diverser Initiativen zur Etablierung von Patientenschulung und -beratung mangelt es auch im Bereich der Arzneimittelversorgung an tragfähigen Konzepten dafür, wie in geeigneter Weise zur nachhaltigen Stärkung der Patientenkompetenz beigetragen werden kann (Dybowski 2005; Haynes et al. 2005; Ludwig 2005; Petermann 1998; Vermeire et al. 2001; WHO 2003).

Eingebettet in den programmatischen Rahmen des Pflegeforschungsverbunds NRW »Patientenorientierte Konzepte in der Pflege« stand daher in der ersten Phase des hier zur Diskussion stehenden Projekts die Erarbeitung empirischer Grundlagen für die Entwicklung eines von der ambulanten Pflege getragenen Interventionskonzepts zur alltagsnahen Förderung des Selbstmanagements komplexer Medikamentenregime im Mittelpunkt, das – im Sinne der Patientenorientierung – den Bedarf und die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen an professioneller Unterstützung bei der Bewältigung des Lebens unter den Bedingungen chronischer Krankheit und komplexer Medikamentenregime adäquater als bisher zu beantworten vermag.

Anknüpfend an den internationalen Stand der Pflegeforschung galt es zugleich Potenziale und Übertragbarkeit international erprobter Konzepte zur Förderung des Selbstmanagements komplexer Medikamentenregime im Alltag durch die Pflege (Haynes et al. 2005; Strömberg 2005) unter den hiesigen Bedingungen auszuloten.

## 2 Methodisches Vorgehen und Datenbasis

Dem Anliegen entsprechend gliedert sich das Forschungsvorhaben in zwei Phasen, und zwar eine explorative Studie zur Erarbeitung der Wissensgrundlagen für ein bedarfs- und bedürfnisgerechtes Interventionskonzept zur Förderung und Unterstützung des Selbstmanagements komplexer Medikamentenregime im Alltag und zur Überprüfung der Potenziale und Übertragbarkeit international erprobter pflegerischer Versorgungskonzepte. Darauf aufbauend steht in der laufenden 2. Projektphase die Entwicklung und Erprobung des Interventionskonzepts auf der Grundlage einer prospektiven Kontrollstudie im Mittelpunkt.

Um die subjektiven Bewältigungserfordernisse und Unterstützungserfordernisse der Patienten zu ergründen, wurde für die empirische Untersuchung eine qualitative methodische Vorgehensweise gewählt, die sich an die erhebungsstrategischen Prinzipien der »Grounded Theory« anlehnt (Glaser & Strauss 1967; Strauss & Corbin 1990). Konstitutiv für das Design war ferner ein mehrperspektivischer Zugriff. Im Mittelpunkt stand die Analyse der Sichtweise der Erkrankten. Ergänzend wurde die Problemsicht professioneller Akteure erhoben. Die Datenerhebung war daher zweischrittig angelegt und umfasste:

- Patienteninterviews in Form von 27 Fallverlaufserhebungen chronisch Erkrankter mit einem komplexen Medikamentenregime und
- 26 Experteninterviews mit professionellen Akteuren im ambulanten Sektor.

Entsprechend den Prinzipien der Grounded Theory erfolgten Datenerhebung und -auswertung parallel mit dem Ziel, induktiv zur Bildung, Überprüfung und Abdichtung von Hypothesen zu gelangen (Strauss & Corbin 1990).

Für die *Ermittlung der Patientenperspektive* wurden Fallverlaufserhebungen auf der Basis narrativ angelegter leitfadenorientierten Patienteninterviews durchgeführt. An ein ausführliches Erstinterview schlossen sich jeweils zwei Folgeinterviews im Abstand von etwa einen halben Jahr an. Um zu einer möglichst umfassenden Ermittlung der Problemsicht der Patienten zu gelangen, wurde bei der Samplebildung kontrastierend vorgegangen. Dabei waren drei Kontrastierungslinien handlungsleitend: das Alter, der lebensweltliche Hintergrund und die Kontur sozialer Ressourcen. Neben der Hauptzielgruppe der älteren chronisch erkrankten Menschen mit einer kardiologischen Hauptdiagnose wurden daher kontrastierend HIV/Aids-Patienten in die Untersuchung einbezogen.

Die Rekrutierung der Patienten erfolgte über (Haus-)Ärzte, Pflegedienste und Selbsthilfeorganisationen. Die Interviews wurden im Lebensumfeld der Patienten durchgeführt. Das Sample umfasst 27 *Patienten*, darunter 13 Männer und 14 Frauen im Alter von 35 bis 81 Jahren. Befragt wurden 21 *ältere Patienten mit einer kardiologischen Hauptdiagnose* und 6 *HIV-/Aids-Patienten unter HAART*. Das Spektrum der (Neben-)Erkrankungen reicht von chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen, über Diabetes mellitus Typ II und chronischer Niereninsuffizienz, Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises bis hin zu Tumorerkrankungen. Je nach Schwere und Anzahl der Erkrankungen variiert der Umfang des Medikamentenregimes zwischen drei und dreizehn Arzneimitteln (Median: 6 Wirkstoffe).

Zur *Ermittlung der Perspektive der professionellen Akteure im ambulanten Sektor* wurden offene leitfadenorientierte Experteninterviews (Meuser & Nagel 2005) durchgeführt. *Ziel* war es, das Erfahrungswissen der professioneller Akteure zum medikamentenbezogenen Selbstmanagement und Adhärenzverhalten der Patienten aus der alltäglichen Versorgungsroutine heraus zu erfassen. Ferner galt es ihre »institutionalisierte Expertise« (Sprondel 1979) für die Entwicklung und Implementationsbedingungen eines pflegerischen Interventionskonzepts nutzbar zu machen.

Einbezogen wurden niedergelassene Allgemein- und Fachärzte mit Hausarztfunktion, im Bereich der öffentlichen Apotheken tätige Apotheker, in der ambulanten Pflege tätige Pflegefachkräfte und in der Patientenberatung tätigen Psychologen bzw. Sozialpädagogen. Befragt wurden:

- 8 *niedergelassene Ärzte* (weiblich n=2), die durchschnittlich über 19 Jahre Erfahrung in der Primärversorgung verfügen,
- 5 *Apotheker* (weiblich n=2) mit einer durchschnittlichen Berufserfahrung im Bereich der öffentlichen Apotheken von 13 Jahren,
- 10 *Pflegefachkräfte* (weiblich n=8) mit einer durchschnittlichen Berufserfahrung von 11 Jahren in der häuslichen Pflege,
- 3 *in der Patientenberatung tätige Sozialpädagogen und Psychologen*, die mit durchschnittlich 19 Jahren über eine langjährige Erfahrung in unabhängigen Beratungseinrichtungen verfügen.

Die in den beiden Untersuchungsschritten erhobenen Daten wurden zunächst getrennt voneinander ausgewertet und analysiert, um die jeweiligen Perspektiven und Relevanzkriterien ausleuchten zu können. In einem zweiten Schritt wurden die Erkenntnisse aus den Patientenfallstudien (Haslbeck 2007, 2008) und der Expertenbefragung (Schaeffer et al. 2007) zusammengeführt, um darauffaufbauend ein *empirisch begründetes Interventionskonzept* für die alltagsnahe Förderung des Selbstmanagements und der Adhärenz von chronisch kranken Patienten mit komplexen Medikamentenregimen zu entwickeln.

Die folgende Darstellung konzentriert sich auf die Ergebnisse der explorativen Studie, die für die im Mittelpunkt der zweiten Projektphase stehende Entwicklung und Implementation des Interventionskonzepts konstitutiv waren (Müller-Mundt et al. 2008a, b; Geuter et al. 2009).

### **3 Ergebnisse: Herausforderungen des Managements komplexer Medikamentenregime, Versorgungsdefizite und Unterstützungsbedarf**

Die Ergebnisse der explorativen Untersuchung unterstreichen die Bedeutung der Arzneimitteltherapie bei chronischer Krankheit und die ihr – speziell bei einer Multimedikation – innewohnende Brisanz. Deutlich wird ferner ein hoher Bedarf an Selbstmanagementunterstützung der Krankheit(-sfolgen) und Medikamentenregime speziell unter der Gruppe der älteren, mehrfacherkrankten Menschen. Dem stehen jedoch erhebliche Defizite in der Versorgungspraxis gegenüber. Sie verhindern oft bereits im Ansatz, dass alltagsweltliche Probleme der Erkrankten im Umgang mit ihrem Medikamentenregime von professioneller Seite hinreichende Beachtung finden.

#### **3.1 Bedeutung und Probleme der Arzneimitteltherapie**

Im Ergebnis wird in der Analyse des vorliegenden Datenmaterials der hohe Stellenwert sichtbar, der der Arzneimitteltherapie bei chronischer Krankheit sowohl von Patienten- als auch von Expertenseite zugeschrieben wird. Ohne die heute verfügbaren Möglichkeiten der medikamentösen Kontrolle chronischer Krankheit – so der Grundtenor der diesbezüglichen Expertenaussagen – wäre die Lebenserwartung vieler Patienten deutlich geringer, oder wie es eine Pflegefachkraft ausdrückt:

»Wenn es diese ganzen Tabletten nicht gäbe, viele (der älteren Patienten) wären schon gar nicht mehr da.« (PF 10/1656 f.)

Die Komplexität der Medikamentenregime korrespondiert – so wird nahezu einhellig betont – mit der zunehmenden Komplexität der gesundheitlichen Problemlagen im Krankheitsverlauf. Im Verlauf chronischer Erkrankungen werden die Gesundheitsprobleme und damit die Medikamentenregime der Patienten nahezu »zwangsläufig« umfangreicher. Vor allem im Alter gesellen sich zu dem Grundleiden weitere gesundheitliche Probleme:

»Jemand mit Polyarthritis, der kriegt irgendwelche Antiphlogistika, der kriegt seine Magenblocker wegen der Antiphlogistika, der kriegt Kortikoide ... dann hat er obendrein noch Bluthochdruck ... ein Sammelsurium ... wie die Smartibox ... viele Medikamente, die funktionieren nicht zusammen.« (PF 01/99 ff.)

Wie in dem Textauszug am Beispiel chronischer Polyarthritits dargelegt, wird bei einer medikamentösen Dauertherapie oft die Gabe zusätzlicher Medikamente zur Prävention der vor allem mit der Langzeitanwendung verbundenen Gefahr iatrogenen Effekte erforderlich. Die Folge ist, dass die Medikamentenregime zunehmen »unüberschaubarer« werden. Zugleich potenzieren sich mit der Anzahl der Medikamente die Probleme des Managements möglicher Wechselwirkungen, ein Problem, das sich insbesondere dann stellt, wenn die Patienten bei mehreren Fachärzten in Behandlung sind.

Das Phänomen der Multimorbidität geht jedoch nicht nur mit einem komplexeren Behandlungsbedarf, sondern auch mit einer Einschränkung der Handlungskapazitäten der Patienten einher. Hinzu kommen bei älteren Patienten altersassoziierte Funktionseinschränkungen und die tendenzielle Ausdünnung des sozialen Netzes, oder wie es ein Experte ausdrückt:

»Chronisch Kranke, das sind ja gehandicappte Menschen ... häufig sind sie allein stehend.« (PF 01/100ff.)

Gerade ältere Patienten müssen nicht nur zunehmende gesundheitliche Einbußen verkraften. Oft sehen sie sich mit dem Verlust nahestehender Menschen konfrontiert. Vor allem der Tod langjähriger Lebensgefährten aber auch ein berufsbedingter »Wegzug« der Kinder bedeutet für sie den Verlust zentraler emotionaler Ressourcen und alltagspraktischer Unterstützung, so auch beim Management des Medikamentenregimes.

Probleme des Therapiemanagements im Alltag – wie sie sich in den Experteninterviews und gleichermaßen in den Patientenfallstudien herauskristallisieren – sind begründet in

- den Krankheits- und Therapievorstellungen der Patienten, die sich zumeist am Modell akuter Erkrankungen orientieren,
- der schwierigen Akzeptanz der Chronizität der Erkrankung und damit verwoben der Akzeptanz der »Dauermedikation«,
- der Ambivalenz des Wirksamkeitserlebens der Medikation sowie
- der Wahrnehmung und Deutung von Symptomlagen und unerwünschten Therapieeffekten.

Dabei zeigt sich einmal mehr, dass es sich bei dem Management chronischer Krankheit und hierauf bezogener Arzneimittelregime um ein komplexes Phänomen handelt. Deutlich wird, dass die im Mainstream der Compliance- und Adhärenzforschung vorzufindende Konzentration auf Probleme der Therapiemotivation zu kurz greift (WHO 2003). Zwar erweisen sich im Einklang mit Befunden der Adhärenzforschung auf Patientenseite subjektive Deutungsmuster der Erkrankung und Symptomlagen (Leventhal et al. 2003), Therapievorstellungen und -erwartungen (Horne 1999), der erfahrene Nutzen der Arzneimittel und nicht zuletzt das Vertrauen in den behandelnden Arzt als wichtige Faktoren, die den Umgang mit der medikamentösen Therapie im Alltag prägen, doch zeigt die Analyse der Patienteninterviews, dass Probleme für die Erkrankten meist erst im Verlauf evident werden und sich in Abhängigkeit vom weiteren Krankheits- und

Therapiegeschehen verändern (Corbin & Strauss 2004; Dybowski 2005; Müller-Mundt 2005; Schaeffer 2004). Zweifel am Nutzen der Therapie treten oft erst mit der Dauer der Therapie auf, und zwar auch dann, wenn der Ausgestaltung der Therapieregime eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung zugrunde lag.

### 3.2 Expertisierungs- und Unterstützungserfordernisse

Wie es sich in der Analyse der Fallverläufe herauskristallisiert verlangt die Bewältigung der Krankheitssituation und der Therapie den Patienten und ihren Angehörigen ein hohes Maß an Expertise und Handlungskompetenz ab, so zur:

- sachgerechten Anwendung und Umsetzung der Medikamentenregime,
- Integration des Medikamentenregimes in den Alltag (vs. Anpassung des Alltags an das Medikamentenregime),
- Bewältigung unangenehmer Begleiterscheinungen der Arzneimittelwirkung,
- Wahrnehmung und Deutung sowie Verlaufsbeobachtung von Symptomen, speziell mit Blick auf potenzielle Neben- und Wechselwirkungen der Arzneimittel sowie
- Kommunikation und Klärung sich wandelnder Symptome und medikamentenbezogener Probleme.

Die Krankheitssituation und die Therapie tagtäglich zu bewältigen, erfordert auf Patientenseite ein hohes Maß an »Health Literacy« und »Medication Literacy«:

»Im Grunde müssen die Patienten mit dieser Erkrankung so leben können, dass Sie eine Verschlechterung sofort durch irgendwie eine Veränderung des Therapieregimes beantworten können.« (AR 06/124ff.)

Wie es auch in der Analyse der Patientenfallstudien sichtbar wird, eignen sich viele Patienten im Verlauf ihrer Krankheits- und Therapiegeschichte – wenn auch oft recht mühselig und ohne adäquate Information, Beratung und Anleitung durch die an der Versorgung beteiligten professionellen Akteure – ein hohes Maß an Eigenexpertise an. Deutlich wird indes auch, dass die zunehmende Komplexität der gesundheitlichen Problemlagen und der Medikation gerade bei älteren Patienten mit einer tendenziellen Überforderung der Selbststeuerungsfähigkeiten einhergeht, etwa dann wenn sich krankheits- und altersassoziierte Problemlagen und Funktionseinbußen verschränken. Hinzu kommt die bereits erwähnte tendenzielle Ausdünnung des primären Netzes der Erkrankten.

In der Summe kristallisieren sich in der Analyse der Patientenfallstudien und der Experteninterviews vielfältige Unterstützungserfordernisse heraus. Sie unterstreichen die Bedeutung, die einer begleitenden fall- und situationsangemessenen Förderung der Selbstmanagementkompetenz und der Unterstützung des Krankheits- und Therapiemanagements im Alltag beizumessen ist. Oder um es in den Worten einer Pflegefachkraft auszudrücken:

»Das Wichtigste ist, am Ball zu bleiben, im Gespräch zu bleiben, nicht zu bevormunden, aber zu handeln.« (PF 04/339 f.)

Gerade bei älteren Patienten ist – sofern vorhanden – auch die Beratung und Anleitung der Angehörigen bedeutsam. Auch an ihr mangelt es jedoch weitgehend, wie in dem nachfolgenden Textauszug am Beispiel des Erkennens von Nebenwirkungen dargelegt wird.

»Wie erkennt man denn Nebenwirkungen? Da müssen sie wissen, ja was steht da im Beipackzettel, ... eine gute Beobachtungsgabe haben. Ja, wer kann das denn? Angehörige? Wenn man sie schult, sicherlich. Aber man schult sie ja nicht.« (PF 01/62 ff.)

Ein Bedarf an und die Bedeutung von Patienten- und Angehörigenschulung wird von den professionellen Akteuren durchaus gesehen. Zugleich kristallisiert sich in der Analyse der Patientenverlaufstudien und der Experteninterviews heraus, dass dieses Problembewusstsein allenfalls bedingt versorgungspraktisch wirksam wird.

### 3.3 Mängel der Versorgungspraxis und Hürden

Im Ergebnis werden in den Patienten- und Experteninterviews vielfältige Mängel in der Versorgungspraxis sichtbar, die einer hinreichenden Förderung und Unterstützung des Selbstmanagements entgegenstehen. In der Summe betrachtet kristallisieren sich vor allem die folgenden Problemdimensionen heraus:

- eine unzureichende Patientenaufklärung, -information und -beratung,
- eine noch weitgehend somatisch verengte Perspektive und damit zusammenhängend die »Alltagsferne« des ärztlichen aber auch des pharmazeutischen Blicks,
- mangelnde kommunikative und kooperative Bezüge der professionellen Akteursgruppen im Gesundheitswesen und
- restriktive Rahmenbedingungen der Leistungserbringung im ambulanten Sektor.

Betont wird von professioneller Seite nahezu durchgängig die Bedeutung von Aufklärung, Information und Beratung der Patienten und ihrer Angehörigen. Es sind indes nicht allein der von den Professionellen immer wieder ins Feld geführte »Zeitfaktor« und im Fall der Apotheken das verkaufsförmige Setting, die einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Information und Beratung der Patienten und ihrer Angehörigen entgegenstehen. Sichtbar wird eine oft somatisch verengte, und primär auf frühe und akute Phasen chronischer Krankheit fokussierte Perspektive und relative »Alltagsferne« des ärztlichen Blicks.

So sollte aus Sicht der Pflege die ärztliche Aufklärung den Patienten stets auch Handlungs- und Rückversicherungsmöglichkeiten aufzeigen:

»Der Arzt müsste sagen, ... passen sie auf, ich verordne ihnen jetzt das Medikament, das hat die und die Wirkungen, es kann aber das und das passieren ... und wenn das und das passiert, müssen sie das und das machen oder rufen sie mich sofort an.« (PF 01/701ff.)

Eine entsprechend umfassende ärztliche Aufklärung hat jedoch Seltenheitswert. Auch wenn nicht mehr durchgängig von einer Drei-Minuten-Medizin, sondern immerhin »von fünf« oder »sieben Minuten« die Rede ist, wird sichtbar, dass der »sprechenden Medizin« in der ärztlichen Praxis enge Grenzen gesetzt sind. Entsprechend gering sind die Kommunikationschancen der Patienten, therapiebezogene Probleme zur Sprache zu bringen, wenn diese von ihnen nicht offensiv angebracht werden.

Hinzu kommt die tendenzielle Alltagsferne des ärztlichen Blicks. So wird insbesondere von Pflegeseite unter den Ärzten bereits das Vermögen vermisst, zu ermessen, was ein diagnostischer Befund für die Patienten im Alltag bedeutet, wie es in dem Textauszug von Pflegeseite am Beispiel neurologischer Befunde erläutert wird:

»... wenn ein Arzt in seiner neurologischen Untersuchung feststellt, der hat einen Tremor, dann weiß er das ... aber das heißt noch nicht, dass dann geklärt ist, wie das dann im Alltag aussieht.« (PF 04/1183ff.)

Entsprechend werden im ärztlichen Therapiesgespräch vorrangig kognitive und instrumentelle Aspekte des Managements der Medikamentenregime adressiert. Aufgrund der Kommstruktur der Arztpraxis und der Apotheke erlangen Apotheker und auch Hausärzte allenfalls rudimentäre Kenntnisse über die Lebenssituation und Alltagsroutinen. Die subjektiven Bewältigungsherausforderungen der Patienten im Umgang mit der Erkrankung und der medikamentösen Therapie im Alltag bleiben daher auch Ärzten zumeist verschlossen. Damit bleibt zugleich das Monitoring der medikamentösen Therapie bruchstückhaft und die »Bereitschaft« bzw. Einsicht in die Notwendigkeit ambulante Pflegedienste unterstützend zur »Sicherstellung« der Versorgung der Patienten einzubeziehen ist eher gering ausgeprägt.

Wie die Ergebnisse unterstreichen, besitzen die ambulant tätigen Pflegekräfte demgegenüber weitergehende Einblicke in die häusliche Lebenssituation, das Unterstützungspotenzial im primären sozialen Netz, in familiäre Beziehungsmuster und Alltagsroutinen, in individuelle Präferenzen und Probleme bei der Medikamenteneinnahme der von ihr betreuten Patienten. Unzureichende kooperative Bezüge verhindern jedoch, dass diese Informationen systematisch ermittelt und kommuniziert werden. Sie können daher auch nur sehr bedingt und nicht gezielt für eine bedarfsgerechte Anpassung der medikamentösen Therapie und die Unterstützung des Krankheits- und Therapiemanagements nutzbar gemacht werden. Von den Pflegenden zwar die Bedeutung des »lebensweltlichen« Bezugs betont, die Analyse der Interviewtexte offenbart jedoch zugleich, dass sich die ambulante Pflege im Rahmen der »Sicherungspflege« (§37 SGB V) in ihren Handlungsvollzügen vorrangig auf die instrumentelle Unterstützung und Kontrolle der Medikamenteneinnahme konzentriert.

Deutlich wird das Verharren in traditionellen Kommunikations- und Interaktionsmustern, und zwar sowohl in der Interaktion der Professionellen mit den Patienten als auch in der Interaktion der Professionellen untereinander. Darin kommt ein eher paternalistisch geprägtes Verständnis der Patientenrolle zum Ausdruck, das wiederum die Sicht auf individuelle Patientenbedürfnisse und alltagsweltliche Probleme versperrt.

Tradierte Kommunikations- und Rollenmuster prägen zugleich die sektoren- und professionsübergreifende Versorgungscoordination. Allseits beklagt wird die sektorale

Trennung zwischen Primär- und Sekundärversorgung, die Separierung von haus- und fachärztlicher Versorgung im primären Sektor und der wiederholt kritisierte Professionsseparatismus. Dabei werden mit wenigen Ausnahmen jeweils vorrangig Defizite der »anderen« Professionen betont und Rollenstereotypen geradezu »gepflegt«:

- *Ärzte* werfen den Apotheker einen unreflektierten, »eigenmächtigen« Umgang mit der Aut-idem-Regelung und ein primär monetäres Interesse vor. Die ambulante Pflege ist aus ärztlicher Sicht eher ein Notbehelf mit fraglicher Qualifikation für pflegebedürftige Patienten, die über kein tragfähiges familiales Netz (mehr) verfügen.
- Aus Sicht der *Apotheker* sind die niedergelassenen Ärzte wenig kooperativ und geradezu beratungsresistent, wenn es um Fragen der Optimierung der Arzneimitteltherapie geht.
- Von der *Pflege* wird vor allem eine hinreichende Kommunikations- und Kooperationsbereitschaft auf (haus-)ärztlicher Seite vermisst.

Im Ergebnis wird sichtbar, wie schwierig die Realisierung multiprofessioneller Kooperation im ambulanten Sektor ist und, dass es hierzu auf Pflegeseite auch der Überwindung von Professionalisierungsdefiziten bedarf. So spiegeln sich in der oft harschen Kritik der Ärzte zugleich Grunddilemmata der Pflege wider: unzureichende Kooperationsstrukturen und traditionelle Muster des Rollenverständnisses wie auch der Aufgabenwahrnehmung der Pflege verhindern eine professionsübergreifende Abstimmung und eine systematische Wahrnehmung edukativer Aufgaben durch die Pflege. Von den Ärzten wird zwar konzidiert, dass die Einschaltung ambulanter Pflegedienste für alleinlebende Patienten oftmals die einzige Möglichkeit der Unterstützung ist, sie wird jedoch von ärztlicher Seite allenfalls als schlechter Ersatz für ein familiales Netz mit zweifelhafter »Qualifikation« der ausführenden Pflegekräfte erachtet.

Unzureichende Kooperationsstrukturen und traditionelle Muster des Rollenverständnisses und der Aufgabenwahrnehmung der Pflege verhindern eine professionsübergreifende Abstimmung und eine systematische Wahrnehmung edukativer Aufgaben durch die Pflege, wie es in der 2003 novellierten Fassung als Kernaufgaben professioneller Pflege definiert werden (§ 3 KrPflG 2003).

Es ist nicht nur die unzureichende Vergütung von kommunikativen Leistungen, wie sie auch von hausärztlicher Seite zurecht beklagt wird. Als Grundproblem erweist sich hier zugleich das auf körperbezogene Versorgungstätigkeiten verengte Pflegeverständnis, wie es bisher faktisch im Leistungskatalog der Pflegeversicherung gesetzlich festgeschrieben ist bzw. war.

»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 10/2041ff.).

Wie in den Textauszug exemplarisch zum Ausdruck gebracht wird, reduziert sich die Mitwirkung der Pflege an der Therapie zur Sicherung der Medikamentenversorgung nach



dem Verständnis der Krankenkassen auf die Verabreichung bzw. Kontrolle der Einnahme der Medikamente.

#### 4 Schlussfolgerungen

Als Fazit bleibt festzuhalten, dass das Management der Arzneimitteltherapieregime eine zentrale und dauerhafte Herausforderung bei chronischer Krankheit ist. Zugleich zeigt sich, dass die Förderung des Selbstmanagements begrenzt, wenn nicht gänzlich inadäquat ist. Die relative Alltagsferne der (Haus-)Ärzte und Apotheker erweist sich gepaart mit der unzureichenden Einbeziehung der ambulanten Pflege in die Steuerung und Bewältigung der Medikamentenregime als Lücke auf der Ebene der erforderlichen alltagsnahen Beratung und Begleitung. Diese gilt es durch geeignete pflegerische Interventionskonzepte und Stärkung der multidisziplinären Kooperation im ambulanten Sektor zu füllen. Die Pflege erscheint als geeignete Instanz für die Wahrnehmung von Aufgaben der therapiebegleitenden Information, Beratung und Anleitung. Hierfür sprechen die Zugehörstruktur ihrer Tätigkeit und ihre alltagsgesättigte Zugriffsweise.

Analyse der Patienten- und Expertensicht zeigt, dass Interventionsprogramme zur Förderung des Selbstmanagements komplexer Medikamentenregime ein breites Themenspektrum abzudecken haben. Auf der inhaltlichen Ebene lassen sich auf der Basis der gewonnenen Erkenntnisse folgende zentrale Elemente festhalten:

- Vermittlung eines hinreichenden Krankheits- und Therapiewissens,
- Vermittlung von Gesundheitskompetenz im Sinne des Vermögens zur Selbstbeobachtung und -steuerung
- Bereitstellung kommunikativer Unterstützung und Anleitung zur Entwicklung von Strategien des Umgangs mit den oft in Widerstreit zueinander geratenen Krankheits- und Alltagsanforderungen.

Selbstmanagement setzt voraus, dass die Erkrankten eine aktive Rolle im Therapiegeschehen einnehmen (können). Daher erscheint hier die Anknüpfung an Interventionskonzepte zur Selbstmanagementförderung und -unterstützung angemessen, die auf Beratung und Anleitung zur Selbstbefähigung (Empowerment) und auf die Förderung und Unterstützung der Eigenaktivität der Patienten ausgerichtet sind (Barlow et al. 2002; Lorig & Holman 2003; Petermann 1998) und international maßgeblich von der Pflege (mit-)getragen werden (Haslbeck & Schaeffer 2007; Haynes et al. 2005; Ryan & Chambers 2000; Strömberg 2005).

Voraussetzung für eine qualifizierte Wahrnehmung von Aufgaben zur Förderung und Unterstützung des Selbstmanagements der medikamentösen Therapie durch die ambulante Pflege ist allerdings, dass sie darauf adäquat vorbereitet wird (WHO 2005). Angesichts des weiterhin bestehenden Professionalisierungsrückstandes erscheinen hier neben der Vermittlung fachlicher und methodischer Kompetenz auch die Reflexion des professionellen Selbst- und Aufgabenverständnisses der ambulanten Pflege, ihrer Positionierung

im Gefüge der Gesundheitsprofessionen und der Kooperation mit anderen Gesundheitsprofessionen als zentrale Themen für ein solches Qualifikationsprogramm. Auch muss die Pflege dazu befähigt werden, sich konstruktiv in dem oft durch Konkurrenz und Separatismus geprägten Kooperationsgefüge der Gesundheitsprofessionen zu bewegen.

Für die Interventionsstudie sind daher zwei miteinander verschränkte Arbeitsschritte grundlegend:

- Eine vorbereitende *Qualifizierung der Pflegekräfte* für die gezielte Wahrnehmung von Aufgaben der Selbstmanagementunterstützung und -förderung, einschließlich einer Praxisbegleitung. Sie dient der Kompetenzerweiterung der Pflegenden und soll die Voraussetzungen für eine wirksame Umsetzung der Intervention in der ambulanten Pflege sicherstellen. Neben der Vertiefung klinischer Fachkompetenz, speziell im Bereich der geriatrischen Pharmakologie, liegen die Schwerpunkte auf der Stärkung des Fallverstehens sowie der kommunikativen und edukativen Kompetenz der Pflegenden.
- Die Implementation bzw. modellhafte Erprobung eines auf der Ebene des Coaching und anwaltschaftlichen Unterstützung ansetzenden *Interventionskonzepts* in der ambulanten Versorgung für eine von der Pflege getragene systematischen und individuell angepassten begleitende nBeratung und Unterstützung der Patienten und Angehörigen bei der Bewältigung komplexer Medikamentenregime und der Integration des Therapiemanagements in den Alltag. Sie wird unterstützt durch einen Praxisleitfaden (Müller-Mundt et al. 2008b).

Das Interventionskonzept wird derzeit in einer prospektiven Kontrollstudie erprobt. Die Evaluation bezieht sich auf den Qualifikationseffekt unter den Pflegefachkräften und die Wirksamkeit der Intervention bei den Patienten auf der Ebene der Selbstmanagementkompetenz und der Versorgungsnutzung.

## Literatur

- 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 (2), 177-187
- Corbin J M, Strauss A L (2004): Weiterleben lernen – Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Huber
- Donabedian A (1992): Quality assurance in health care. Consumers role. *Quality in Health Care* 1 (4), 247–251
- Dunbar-Jacob J, Erlen JA, Schlenk EA, Ryan Christopher M, Sereika Susan M, Doswell WM (2000): Adherence in chronic disease. *Annual Review of Nursing Research* 18, 48-90
- Dybowski S (2005): »Soweit nicht anders verordnet ...« – HIV-positive Frauen im Spannungsfeld zwischen Compliance und Lebensgestaltung. Frankfurt a.M.: Mabuse

- Geuter G, Müller-Mundt G, Panhorst H (2009): Entwicklung eines Qualifikationsprogramms in der ambulanten Pflege als Beitrag zur Erweiterung der Kompetenz von Pflegenden zur Selbstmanagementförderung. In: Nauert A, Walkenhorst U, Bergmann-Tyacke I, Marzinzik K (Hg.): Kompetenzentwicklung im Gesundheits- und Sozialbereich. Bielefeld: UniversitätsVerlagWebler, 157-168
- Glaeske G (2004): Medikamentenkonsum und Verordnungspraxis – Auswirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes. In: Böcken J, Braun, B, Schnee M (Hg.): Gesundheitsmonitor 2004. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 52-63
- Glaser BG, Strauss AL (1967): The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine
- Haslbeck, J. (2007): Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischen Erkrankungen – Herausforderungen aus Sicht chronisch Kranker (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P07-136). Bielefeld: IPW
- Haslbeck, J. (2008): Medikamentenmanagement aus der Sicht chronisch Erkrankter. Unterstützungserfordernisse und Konsequenzen für Selbstmanagementförderung im Krankheitsverlauf (Dissertation). Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld.
- Haslbeck J, Schaeffer D (2007): Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit: Geschichte, Konzept und Herausforderungen. *Pflege* 20 (2), 82-92
- Haynes RB, McDonald HP, Garg AX, Montague P (2005): Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications (Cochrane Review). *Cochrane Library* 3. Oxford: Update Software
- Horne R (1999): Patients' beliefs about treatment: The hidden determinant of treatment outcome? *Journal of Psychosomatic Research* 47 (6), 491-495
- 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: Juventa, 35-47
- Leventhal H, Brissette I, Leventhal E A, (2003): The common sense model of self-regulation of health and illness. In: Cameron L HD, Leventhal H (Eds.): The self-regulation of health and illness behaviour. New Yrk: Routledge, 42-65
- 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
- Lorig K R, Holman H (2003): Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine* 26 (1), 1-7
- Ludwig, A. (2005): Herausforderungen komplexer Medikamentenregime bei chronischen Erkrankungen (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft, P05-130). Bielefeld: IPW
- Petermann F (Hg.) (1998): Compliance und Selbstmanagement. Göttingen: Hogrefe

- Meuser M, Nagel U (2005): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. In: Bogner A, Littig B, Menz W (Hg.): Das Experteninterview. (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag, 71-94
- Müller-Mundt G (2005): Chronischer Schmerz – Herausforderungen für die Versorgungsgestaltung und Patientenedukation. Bern: Huber
- Müller-Mundt G, Hanke F, Geuter G. (2008a): Mitwirkung an der Arzneimitteltherapie und Unterstützung des (Selbst-)Managements komplexer Medikamentenregime. Praxisleitfaden für die ambulante Pflege. BMBF-Projekt B2: Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischer Krankheit (Phase II). Pflegeforschungsverbund NRW. Bielefeld: Universität Bielefeld
- Müller-Mundt G, Schaeffer D, Haslbeck J (2008b): Bewältigung komplexer Medikamentenregime. Erfordernisse der Selbstmanagementunterstützung. In: Schaeffer, D, Behrens J, Görres S (Hg.): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Weinheim: Juventa, 30-55
- Ryan AA, Chambers M (2000): Medication management and older patients. *Journal of Nursing Reserach* 9 (5), 732-741
- Rosenbrock R (2001): Verbraucher, Versicherte und Patienten als handelnde Subjekte. In: von Reibnitz C, Schnabel P-E, Hurrelmann K (Hg.): Der mündige Patient. Weinheim: Juventa, 25-33
- Schaeffer D (2006): Bewältigung chronischer Erkrankung. Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung und die Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39 (3), 192-201
- Schaeffer D (2004): Der Patient als Nutzer. Bern: Huber
- Schaeffer D, Moers M (2008): Überlebensstrategien – ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter. *Pflege und Gesellschaft* 13 (1), 6-31
- Schaeffer D, Müller-Mundt G, Haslbeck J (2007): Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischer Krankheit aus der Sicht der Gesundheitsprofessionen (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P07-134). Bielefeld: IPW
- Sprondel W (1979): »Experte und Laie.« In: Sprondel W, Grathoff R (Hg.): Alfred Schütz und die Idee des Alltags in den Sozialwissenschaften, Stuttgart: Lucius & Lucius, 140-154
- Strauss AL, Corbin J (1990): Basics of qualitative research. Newbury Park: Sage
- Strauss AL, Glaser BG (1975): Chronic illness and quality of life. St. Louis: Mosby
- Strömberg A (2005): The crucial role of patient education in heart failure. *European Journal of Heart Failure* 7 (3), 363-369
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005.. Berlin: SVR.

- Thürmann PA, Werner U, Hanke F, Schmiedl S, Drewelow B, Hippus M, Reimann IR, Siegmund W, Hasford J (2007): Arzneimittelrisiken bei hochbetagten Patienten: Ergebnisse deutscher Studien. In: BÄK (Hg.): Fortschritt und Fortbildung in der Medizin (Band 31) Köln: Deutscher Ärzte Verlag; 216-224
- Vermeire E, Hearnshaw H, van Royen P, Denekens J.. (2001): Patient adherence to treatment: three decades of research. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 26 (5), 331-342
- WHO – World Health Organization (2003): Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Genf: WHO
- WHO – World Health Organization (2005): Preparing a health care workforce for the 21st century. The challenge of chronic conditions. Genf: WHO