

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

ISSN 1435-408X

P05-130

**Herausforderungen komplexer Medikamenten-
regime bei chronischen Erkrankungen**

- Eine Literaturanalyse der Compliance-
und Adhärenzdebatte -

Anja Ludwig

Bielefeld, Oktober 2005

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

Pharmakotherapien haben sich in Zeiten eines veränderten Krankheitspanoramas, in dem chronische und psychische Erkrankungen zunehmen und die Zahl älterer Menschen weiter steigt, als unverzichtbare therapeutische Maßnahme erwiesen. Die spezifischen Verläufe chronischer Erkrankungen erzwingen oft die lebenslange Anwendung mehrerer Medikamente gleichzeitig. Die Komplexität solcher Therapien und deren Integration in den Lebensalltag, stellt die Patienten vor mannigfaltige Herausforderungen und Probleme, denen sie aus unterschiedlichsten Gründen nicht immer gerecht werden können und mitunter auch nicht wollen. Unzureichende oder fehlende Adhärenz kann jedoch den Gesundheitszustand der Patienten in hohem Maße bedrohen.

Seit mehr als vier Jahrzehnten werden innerhalb der Compliance- und später der Adhärenzforschung Studien durchgeführt, um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, welche Faktoren sich in welcher Art und Weise auf die Bewältigung der Medikamententherapien auswirken und um Ansatzpunkte für die Verbesserung der Compliance zu erhalten. In dem Wissen um eine seit Jahrzehnten bis heute anhaltende Kritik am Begriff der Compliance wie auch an den Grenzen der Complianceforschung, basiert die hier vorgelegte Arbeit auf den aus ihr hervorgegangen Studienbefunden. Sie zielt darauf ab, die vielfältigen Faktoren, die (non-)compliantes oder (non-)adhärentes Verhalten begünstigen, herauszuarbeiten.

Inhalt

1. Bedeutung und Probleme der Pharmakotherapie bei chronischer Krankheit	2
2. Erschließung der Literatur und Forschungsstand	6
2.1 Erschließung der Literatur zur medikamentenbezogenen Compliance und Adhärenz	6
2.2 Entwicklungslinien und Begrenzungen der Compliance- und Adhärenzforschung	9
3. Bedingungsfaktoren des Adhärenzverhaltens und Probleme der Bewältigung von Medikamentenregimen	15
3.1 Soziodemographische Faktoren – Die Illusion von der eindeutigen Vorhersagbarkeit nonadhärenten Verhaltens	15
3.2 Die Arzt-Patienten-Interaktion und Versorgungskoordination – strukturelle Erschwernisfaktoren bei der Bewältigung von Medikamentenregimen	22
3.3 Krankheits- und funktionsbedingte Faktoren - Potentielle Quellen für absinkende Adhärenzwerte	27
3.4 Medikamentenbedingte Faktoren – Gefahren und Nutzen der Pharmakotherapien und ihre Auswirkungen auf die Therapiemotivation	32
3.5 Personenbedingte Faktoren – Der Einfluss von Einstellungen und Erfahrungen auf das Adhärenzverhalten	36
3.6 Soziale Unterstützung – Die Bedeutung informeller Hilferessourcen für die Bewältigung krankheitsbedingter Anforderungen	43
4. Adhärenz als multifaktorielles Geschehen - Herausforderungen für die Versorgungsgestaltung	46
5. Ausblick	52
6. Literatur	55

1. Einleitung: Bedeutung und Probleme der Pharmakotherapie bei chronischer Krankheit

Medikamentenverordnungen gehören in Deutschland zu den von Ärzten am häufigsten durchgeführten therapeutischen Maßnahmen (ABDA 2003; SVR 2005). Speziell die Verordnungen von Allgemeinmedizinern und Internisten machen einen Anteil von 73,2 % aller durch die GKV refinanzierten verordnungspflichtigen Medikamente aus (SVR 2005, S. 591). Die Anzahl von Diagnosen und einzunehmenden Arzneimitteln korrespondiert mit der Frequenz der Arztbesuche – rein statistisch betrachtet wird in Deutschland pro Arztbesuch ein Rezept ausgestellt (Hessel et al. 2000). Im Jahre 2003 wurden jedem Versicherten der GKV durchschnittlich 10,6 Arzneimittelpackungen verordnet (SVR 2005, S. 659).

Die Verordnungshäufigkeit wirkt sich bereits seit Jahren gravierend auf den Ausgabenanteil für Arzneimittel innerhalb der GKV aus. So beliefen sich die Ausgaben für Medikamente im Jahre 2002 auf 23,4 Mrd. €, was einen prozentualen Anteil der GKV-Gesamtausgaben von 17,0 % betrug (SVR 2005). Während sich durch das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG), das Reformen auf dem Arzneimittelmarkt vorantrieb, im Jahre 2004 kurzweilig Einsparungseffekte erzielen ließen, und die Ausgaben des Vorjahres von 24,2 Mrd. € auf 21,8 Mrd. € gesenkt werden konnten, hat sich die Tendenz steigender Arzneimittelausgaben im ersten Quartal 2005 wieder verschärft. Nach aktuellen Schätzungen der BKK könnte das Ausgabenvolumen für Arzneimittel in der GKV im Jahre 2005 auf 25 Mrd. € klettern, was einem Anteil an den Gesamtausgaben der GKV von 19 % entspricht (BKK 2005). Ein Großteil der Arzneimittelausgaben ergibt sich aus der Behandlung chronischer und multimorbider Krankheitsverläufe, deren Prävalenz mit steigendem Alter zunimmt (Kruse et al. 2003)¹.

Der Verordnungshäufigkeit von Arzneimitteln und dem damit allein für die GKV verbundenen Kostenaufwand stehen jedoch etwa 4000 Tonnen Medikamente gegenüber, die jährlich auf deutschen Mülldeponien landen (BMGS 2004, S.13 ff). Die Gesamtkosten, die durch mangelnde Compliance oder Non-Compliance (Abweichen/Nicht-Befolgung von ärztlichen An-

¹ Nink et al. halten in einer Analyse zur altersspezifischen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hierzu fest, dass im Jahr 2000 rund 54 % des GKV-Fertig-Arzneimittelumsatzes auf die Gruppe der über 60jährigen GKV-Versicherten, deren Anteil an den Mitgliedern der GKV bei rund 25 % lag, entfielen (Nink et al. 2001). Anhaltspunkte für die Ausprägung des Phänomens der Multimedikation bietet eine auf das Jahr 2000 bezogene Analyse von Kuhlmeier et al., in der Leistungsdaten von 73 454 Versicherten einer Betriebskrankenkasse im norddeutschen Raum im Alter von über 60 Jahren ausgewertet wurden. Demnach wurden den Versicherten dieser Altersgruppe rund 1,4 Mio. Arzneimittel verordnet, was in etwa der Verordnung von 19 Arzneimitteln pro Person und Jahr entspricht. Deutlich wurde ferner, dass 15 % der über 60jährigen Versicherten 44,6 % der auf diese Altersgruppe entfallenen Arzneimittelverordnungen erhielten, d. h. ihnen wurden im Verlauf des Jahres durchschnittlich 57 Arzneimittel verordnet. Zudem zeigte sich, dass allein für 5 % der älteren Frauen und Männer ein Fünftel des gesamten Verschreibungsvolumens an Arzneimitteln (21,5 %) aufgewendet wurde. Von ihnen erhielt jeder Versicherte mit rund 81 Arzneimitteln pro Jahr, die dreifache Menge der durchschnittlichen Anzahl an Arzneimittelverordnungen, was mehr als das Fünffache des Verbrauchs der Mehrheit der Versicherten (95 %) entspricht, der bei 15,7 Arzneimittelverordnungen pro Person und Jahr lag (Kuhlmeier 2003, S. 233, 237 ff.).

ordnungen)² verursacht werden und sich aus direkten und indirekten Kosten zusammensetzen, belaufen sich jährlich auf schätzungsweise 10 Mrd. € (ABDA 2003; SVR 2000/2001; Volmer/Kilhorn 1998). Die Kosten für vermeidbare Krankenhauseinweisungen, Notfallbehandlungen oder Pflegeheimweisungen betragen jährlich 3,7 Mrd. € (Volmer/Kilhorn 1998). Es ist allerdings zu bezweifeln, ob die genannten Summen tatsächlich allein auf eine mangelnde Bereitschaft der Patienten zur Einnahme verordneter Medikamente zurückgeführt werden kann. Leventhal und Cameron (1987) bemerkten schon in einer Frühphase der Complianceforschung, dass das Complianceverhalten der Ärzte grundsätzlich nicht besser als das der Patienten zu bewerten sei. Denn der Begriff der Compliance bezieht sich ebenso auf das Verhalten des Arztes, insbesondere auf seine Bereitschaft, therapeutische Anweisungen und Strategien auf die Möglichkeiten und Wünsche des Patienten abzustimmen.

Medikamente sollen dazu beitragen, Krankheiten zu lindern, zu heilen, oder ihr Voranschreiten hinauszuzögern. Sie gelten als die wirksamsten Heilmittel (SVR 2005, S. 557 ff) und haben zweifelsohne für die Mehrheit der Patienten einen lebensverbessernden oder -erhaltenden Charakter. Hierbei bleibt jedoch zu bedenken, dass sich positive Effekte einer Pharmakotherapie jeweils nur dann entfalten können, wenn Patienten die Arzneimittel sachgerecht anwenden. Grundvoraussetzung hierfür ist, dass die verordnenden Ärzte deren Gefahren und Risiken richtig einzuschätzen wissen. Dass letzteres nicht immer der Fall ist, zeigt sich darin, dass jährlich mehr Menschen an falsch verordneten oder falsch dosierten Medikamenten sterben als durch Verkehrsunfälle. Bisher ging man in nationalen Schätzungen, die sich auf freiwillige Meldungen der behandelnden Ärzte stützten, bundesweit von jährlich 8000 bis 16 000 Todesfällen durch unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) aus (Schönhöfer 1999). Im Jahre 2003 wurden ausgehend, von einer breit angelegten norwegischen Studie Berechnungen vorgelegt, wonach allein auf internistischen Abteilungen hierzulande jährlich rund 58 000 Menschen an UAE's versterben (Schnurrer/Frölich 2003). Auch wenn diese Zahlen bereits mit Blick auf die Frage der Übertragbarkeit der Berechnungsgrundlagen in Fachkreisen berechtigte Zweifel hervorriefen, haben sie die öffentliche Diskussion über die potenziellen und tatsächlichen Gefahren medikamentöser Therapien stimuliert. So wurde verstärkt die Frage nach den Ursachen für UAE und durch sie bedingte vermeidbare Todesfälle aufgeworfen.

Die häufigsten Anwendungsfehler von Arzneimitteln resultieren aus Fehlkalkulationen der individuell angezeigten Wirkstoffmenge, und zwar insbesondere aufgrund der Nichtberücksichtigung gestörter Nieren- und Leberfunktionen (Kruse 1994; Kiewel 2000; Schnurrer/Frölich 2003; Grand et al. 2005). Gerade bei alten Menschen, die am stärksten von Multimedikation (Verordnung von mindestens fünf gleichzeitig einzuneh-

² Dierks et al. verweisen darauf, dass mangelnde Compliance bzw. Non-Compliance als Verstoß gegen ungeschriebene Regeln einer gesunden Arzt-Patienten-Beziehung gesehen und formal rechtlich als sanktionswürdig erachtet werden (Dierks et al. 2001, S.11). Das Sozialgesetzbuch (SGB) sieht eine generelle Mitwirkungspflicht der Empfänger von Leistungen des Systems der sozialen Sicherung vor. Die Mitwirkungspflicht, bezogen auf Krankenbehandlung und Rehabilitation, wird in den §§ 62 und 63 SGB I näher erläutert. Bei fehlender Bereitschaft des Patienten zur Mitwirkung kann per Gesetz die beantragte oder bewilligte Leistung bis auf weiteres versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I) (SGB 1998).

menden Arzneimitteln) betroffen sind, liegen häufig Insuffizienzen dieser Organe vor. Hinzu kommen altersbedingte Veränderungen der Pharmakokinetik und -dynamik (Kruse 1994; Phillips et al. 2001; Grand et al. 2005). Konkrete Angaben über die Gesamtkosten, die aus den Folgewirkungen von Fehlmedikationen resultieren – bspw. vermeidbare Akut- und Rehabilitationsbehandlungen oder irreversible Langzeitschäden mit der Folge von Behinderungen und Pflegebedürftigkeit – liegen in Deutschland bisher nicht vor. Für das U.S.-amerikanische Gesundheitssystem werden die Folgekosten von Fehlmedikationen auf eine jährliche Summe von 76 bis 136 Milliarden US-Dollar geschätzt (Phillips et al. 2001). Als ein weiteres grundlegendes Problem erweist sich zudem, dass auch randomisierte klinische Studien zum Wirksamkeitsnachweis allenfalls bedingt Rückschlüsse auf die Arzneimittelwirkung unter „Realbedingungen“ zulassen. Dies betrifft die Arzneimittelanwendung bei Kindern, Frauen und im besonderen Maße die Wirkungsweise von Medikamenten bei multiplen Gesundheitsbeeinträchtigungen und mögliche Interaktionseffekte bei Multimedikation, von denen ältere und vor allem hochaltrige Menschen betroffen sind (vgl. als Übersicht auch SVR 2005: 596 ff.).

Als grundlegendes Problem erweist sich zudem, dass das Wissen der verschreibenden Ärzte über Medikamente einseitig herstellerrdominiert einzustufen ist (Kiewel 2000), Produktinformationen der Industrie jedoch kaum eine hinreichende Wissensbasis für eine effektive Arzneimitteltherapie bieten. So wurde vom Sachverständigenrat auch und gerade mit Blick auf die Pharmakotherapie wiederholt die Notwendigkeit der Sicherstellung einer „nicht interessengeleiteter“ Aus-, Fort- und Weiterbildung betont (SVR 2005: 636 ff.; vgl. auch SVR 2001, Bd. II, Kapitel 1.1). Wie auch neuere empirische Befunde belegen, bergen falsche oder unterschlagene Informationen der Pharmafirmen erhebliche Gefahren für die Patienten. Kaiser et al. (2004) zeigen in ihrer Analyse auf, dass in Werbeprospekten für Pharmaprodukte Nebenwirkungen verharmlost, der Indikationsbereich durch eine ungenaue oder sogar falsche Beschreibung der untersuchten Patientengruppe ausgeweitet und positive therapeutische Effekte besonders herausgestellt werden, während für eine Risikoabwägung wesentliche Studienergebnisse keine Erwähnung finden. Darüber hinaus finden sich Indizien dafür, dass Studienergebnisse mit Blick auf das Risikopotenzial der Arzneimittel manipuliert wurden. Arzneimittel wurden nur in Tierversuchen getestet. Die Formulierungen erweckten jedoch den Anschein, dass es sich um Studien an Menschen handelte. Nutzerangaben für Populationen wurden beschrieben, ohne dass ein Nutzernachweis aufgeführt wurde (Kaiser et al. 2004). Nicht allein in Werbeprospekten, sondern auch in Forschungsberichten zu den von Herstellerseite getragenen Studien findet sich das Phänomen des „selektiven Publizierens ‚günstiger‘ Untersuchungsergebnisse“ (SVR 2005: 653, Hervorhebung im Original).

Die hier nur exkursorisch dargelegten Fakten und Zahlen sprechen für sich und zeigen auf, welche Brisanz sich – besonders in Anbetracht des weiteren Anstiegs von chronischen Erkrankungen und der Zunahme der Altenbevölkerung für das deutsche Gesundheitssystem – hinter der Thematik verbirgt. Dies ist umso nachhaltiger zu betonen, als die Bewältigung von Medikamentenregimen bei chronischer Krankheit ein hochkomplexes Geschehen darstellt, das hohe Anforderungen an die Patienten stellt und nicht eben selten auch Überforderungen birgt. Damit die Gefahren non-

adhärenten Verhaltens für die Patienten minimiert werden können, wird es notwendig sein, ihnen zukünftig mehr gezielte und individuelle Unterstützung in Form von Aufklärung, Beratung, Schulung und Begleitung angedeihen zu lassen. Die immer knapper werdenden Zeitkontingente für die Arzt-Patienten-Interaktion werden prospektiv die mannigfaltigen Schwierigkeiten und Herausforderungen, die komplexen Medikamentenregimen immanent sind, kaum adäquat abfedern können. Es ist deshalb zwingend erforderlich, Berufsgruppen wie die Pflege an den genannten Aufgaben zu beteiligen, denn aufgrund der Nähe der Pflegearbeit zum Lebensalltag der Patienten, haben Pflegenden einen unmittelbaren Einblick in die Problematik der Balancefindung zwischen den Anforderungen der Krankheit und des Alltags der Patienten (Schaeffer/Moers 2003). Die erfolgreiche Bewältigung von komplexen Medikamentenregimen im Alltag basiert auf eben dieser Balancefindung.

Anliegen und Aufbau des Berichts

In den nachfolgenden Kapiteln soll auf der Grundlage einer Literaturanalyse zum Thema Compliance und Adhärenz die Vielschichtigkeit der Einflussfaktoren auf die Adhärenz dargestellt und der Frage nachgegangen werden, welche Herausforderungen und Probleme das Management komplexer Medikamententherapien im Lebensalltag für chronisch erkrankte Menschen – insbesondere im höheren Lebensalter – aufwirft, und welche Bedingungsfaktoren die Bewältigung erleichtern oder erschweren.

Zunächst werden die Strategien zur Erschließung der Literatur und Entwicklungslinien der Compliance- und Adhärenzforschung umrissen (Kapitel 2). Dem schließt sich die Darstellung von Forschungsergebnissen zur Bedeutung unterschiedlicher Bedingungsfaktoren von Compliance/Adhärenz bei chronischer Krankheit im Umgang mit der medikamentösen Therapie an (Kapitel 3). In der zusammenfassenden Diskussion werden Herausforderungen und Handlungsoptionen für eine Verbesserung der Medikamentenversorgung und Förderung der Adhärenz chronisch erkrankter Menschen mit multiplen Problemlagen erörtert (Kapitel 4). Abschließend wird im Sinne eines Ausblicks der Frage nachgegangen, welchen Beitrag speziell die professionelle Pflege hierzu leisten kann (Kapitel 5).

2. Erschließung der Literatur und Forschungsstand

Der vorliegende Bericht knüpft – neben den am IPW erfolgten Arbeiten zu chronischer Krankheit – an Ergebnisse einer Literaturanalyse an, die im Rahmen der Vorbereitung des Projektantrags zu dem seit Mai 2004 als Teilprojekt des Pflegeforschungsverbunds NRW vom BMBF geförderten Forschungsvorhaben „Alltagsnahe Förderung des Selbstmanagements und der Adhärenz von chronisch kranken und multimorbiden Patienten unter komplexem Medikamentenregime durch die ambulante Pflege“ durchgeführt worden war (s. Schaeffer et al. 2003). Wertvolle Hinweise für die ergänzende Literaturanalyse bot zudem das 2004 abgeschlossene Promotionsprojekt zu Bewältigungsherausforderungen und Compliance HIV-positiver Frauen im Umgang mit der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) von Sandra Dybowski (2005).

2.1 Erschließung der Literatur zur medikamentenbezogenen Compliance und Adhärenz

Neben der Aktualisierung des Forschungsstands zur Compliance und Adhärenz lag der Ende 2003 begonnenen Literaturrecherche die Intention zu Grunde, empirische Befunde zu besonderen Problemkonstellationen, die sich speziell beim Management komplexer Medikamentenregime für chronisch erkrankte Menschen stellen, zu beleuchten. Ausgehend von der Bedeutung, die der sozialen Unterstützung im Kontext der Bewältigung chronischer Krankheit beigemessen wird (Schwarzer/Leppin 1989; Badura et al. 1992; Schaeffer/Moers 2003) und der tendenziellen Erosion sozialer Netzwerke im Alter, lag ein besonderes Augenmerk auf Forschungsarbeiten, die speziell die Situation alleinlebender älterer Menschen in den Blick nehmen. Auf eine zeitliche Eingrenzung der Literaturrecherche wurde daher verzichtet, um zu den speziell in den Blick genommenen Aspekten die wissenschaftliche Diskussion im Zeitverlauf verfolgen zu können.

Vorauszuschicken ist, dass seit den 1970er-Jahren eine kaum mehr überschaubare Fülle an Beiträgen zum Themenbereich Compliance und Adhärenz publiziert wurde. Verwies Trostle (1988) auf über 4000 wissenschaftliche Publikationen zum Problem der Compliance, so weist die Datenbank „Medline“ bei einer Abfrage allein mit der Stichwortkombination „Compliance/Medication“ heute weit über 8000 Beiträge und bei einer Abfrage mit der Stichwortkombination „Adherence/Medication“ rund 2500 Beiträge aus. Im „CINAHL – Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature“ finden sich bei einer entsprechenden Stichwortabfrage rund 2200 bzw. 800 Beiträge. Für die Literaturanalyse erwies sich die Recherche in den Datenbanken Medline (Pubmed), CINAHL, GEROLIT, Psyn dex, Social Sciences Citation Index (SSCI) und Sociological Abstracts (Sociofile) mit der Kombination der folgenden Stichworte am ertragsreichsten:

- Compliance, Non-Compliance; Adherence, Non-Adherence, Concordance
- Medication, Medicines, Polypharmacy
- Chronic Illness, Multi-/Polymorbidity
- (Old) Age, Elderly, Single living

- Social Support, Isolation, Loneliness
- Depression.

Die Auswahl und Kombination der Suchbegriffe resultierte vorwiegend aus den Ergebnissen der bereits am IPW vorliegenden Übersichtsarbeiten (Schaeffer/Moers 2003; Schaeffer et al. 2003; Schaeffer 2004a; Dybowski 2005), so beispielsweise die Annahme, dass die Wahrscheinlichkeit von Multimedikation bei chronischer Krankheit und Multimorbidität steigt und dass die Bewältigung von Medikamentenregimen durch eine steigende Anzahl einzunehmender Arzneimittel erschwert wird. Die Rechercheergebnisse hierzu strukturierten nach dem Prinzip des Schneeballverfahrens die weiteren Suchschritte vor. Die Stichworte „(Old)Age“ und „Elderly“ wurden ausgewählt, da in der dritten und speziell in der vierten Lebensphase in erhöhtem Maße Multimorbidität und eine damit häufig einhergehende Multimedikation auftritt. Aus diesem Grunde konnte vermutet werden, dass Probleme der Arzneimitteltherapie und der Compliance/Adhärenz bei geriatrischen Patienten einen besonderen Forschungsschwerpunkt bilden. Da sich mit steigendem Alter das Risiko von Funktionseinschränkungen und -verlusten erhöht, war davon auszugehen, dass die Bewältigung von komplexen Medikamentenregime älteren Menschen zunehmend schwerer fällt und sich hierdurch spezifische Problemkonstellationen und Unterstützungsbedarfe ergeben. Die Sichtung der Beiträge zu diesem Themenbereich zeigte, dass unzureichende soziale Unterstützung, insbesondere alleinlebender älterer Menschen, die in der Gefahr zunehmender sozialer Isolation stehen, wie auch das Auftreten psychischer Komorbidität, so insbesondere von (Alters-)Depression, die Risiken nonadhärenten Verhaltens erhöhen. Deshalb wurden die letztgenannten Faktoren in Verbindung mit Compliance und Adhärenz als weitere Schlagwortkombinationen für die Literaturrecherche genutzt. Mit Hilfe dieser Suchbegriffe wurde eine Vielzahl von Studien ermittelt, anhand derer aufgezeigt werden kann, welche besonderen Herausforderungen gerade die langfristige Anwendung von komplexen Medikamentenregimen bei chronischer Krankheit aufwirft.

Ergänzend zu der in den Vorarbeiten am IPW bereits erschlossenen Literatur, darunter maßgebliche Sammelbände und Übersichtsarbeiten (z. B. Haynes et al. 1979a; Kruse 1994; Petermann 1998a; Dunbar-Jacob et al. 2000) wurden im Rahmen der vertiefenden Literaturrecherche rund 270 Artikel in den Datenbanken Medline (Pubmed), CINAHL, GEROLIT, Psyn-dex, SSCI und Sociofile recherchiert. Nach einer ersten Sichtung wurden 220 Beiträge aus wissenschaftlichen Zeitschriften zur weiteren Bearbeitung extrahiert und schließlich ca. 200 Beiträge als geeignet für die weitere Analyse eingestuft, darunter – neben Originalbeiträgen zu Forschungsarbeiten – Reviewartikel, die Ergebnisse der Compliance- und Adhärenzforschung zu unterschiedlichen Fragestellungen zusammenführen und beleuchten. Hervorzuheben sind hier Übersichtsartikel zu methodischen Fragen (z. B. Rand 1993; Farmer 1999; Mühlig 2004); zur Bedeutung sozialer Unterstützung (z. B. Levy 1983) und der Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation für die „Herstellung“ und „Aufrechterhaltung“ von Compliance (z. B. Stewart 1995), zu Compliance-Problemen im Umgang mit der Pharmakotherapie bei speziellen Krankheitsbildern, wie Tuberkulose (z. B. Sumartojo 1993), HIV/Aids (z. B. Bartlett 2002) sowie zu Compliance-Problemen von geriatrischen Patienten (z. B. Steuernagel/Döring 2002).

Von den ca. 200 Originalbeiträgen zu Forschungsarbeiten beziehen sich gut 70 % auf empirische Studien, die unter Nutzung quantitativer Methoden durchgeführt wurden. Die übrigen Artikel zu empirischen Studien basieren auf qualitativen Untersuchungen, in denen überwiegend Interviews und Beobachtungsverfahren zur Ergründung unterschiedlicher Aspekte des Adhärenzverhaltens und speziell des Umgangs mit Medikamentenregimen im Kontext chronischer Krankheit zur Anwendung kamen. In fast allen Studien wurde (Non-)Compliance oder (Non-)Adhärenz am Beispiel einzelner chronischer Krankheitsbilder untersucht und dabei eine spezifische Altersgruppe, teilweise unter Einbeziehung von Kontrastgruppen unterschiedlichen Alters, in den Blick genommen.

Bezogen auf die hier im Mittelpunkt der Betrachtung stehenden Herausforderungen und Probleme der Compliance und Adhärenz im Umgang mit medikamentösen Therapieregimen bei chronischer Krankheit erwies sich der Ende des Jahres 2003 publizierte Bericht der WHO „Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action“ als richtungsweisend. Er bietet einen umfassenden Überblick über den Stand der Forschung. Ausgehend von einer Synopse vorliegender Forschungsergebnisse werden in dem Bericht am Beispiel der weltweit sozioepidemiologisch bedeutsamsten chronischen Krankheiten und der in diesem Kontext als zentral erachteten Handlungsfelder der Gesundheitsversorgung, die besonderen Problematiken bei und Einflussfaktoren der Ausprägung von (Non-)Adhärenz dargelegt und Herausforderungen für die Gesundheitssysteme auf internationaler Ebene abgeleitet. Die Expertise diente als Anregung für die weitere Recherche und inhaltliche Strukturierung. Sie bestätigte die sich im Rahmen der vorangegangenen Recherche bereits abzeichnende Dominanz von Forschungsarbeiten zum Themenbereich Compliance und Adhärenz im angelsächsischen Raum und hier insbesondere in den USA: Etwa drei Viertel der im WHO-Bericht berücksichtigten Primärquellen und Übersichtsarbeiten entstammen dem angloamerikanischen Raum und rund ein Viertel aus anderen Ländern.

Bei der Analyse der Literatur wurde in Orientierung an der konzeptionellen Anlage der unter Regie der WHO (2003) erstellten Synopse zwischen drei Inhaltsebenen unterschieden. Die erste Ebene, die als grobe Rahmung der zu bearbeitenden Thematik zu verstehen ist, beinhaltete pharmakologische Aspekte, Kosten- und Effektivitätsanalysen hinsichtlich der Verordnung und Einnahme von Medikamenten und gesundheitsystembedingte Spezifika. Ihre Analyse diente der Annäherung an das Thema und der Klärung der Einbettung des Problems im gesellschaftlichen Kontext. Die meisten Artikel aus dem deutschsprachigen Raum beziehen sich auf Aspekte dieses Themenschwerpunktes. Die Texte, die der zweiten Inhaltsebene zugeordnet sind, dienten der Klärung der Begriffe (Non-)Compliance und (Non-)Adhärenz, befassten sich mit der Entwicklung der Forschung auf diesem Gebiet; boten Einblick in Theorien und Modelle der Compliance- und Adhärenzforschung sowie in die Bewältigung von Therapieregimen bei chronischer Krankheit. Die trichterförmige Verdichtung dieser beiden Inhaltsebenen mündete schließlich in der Analyse von Studien der dritten Ebene. Diese widmeten sich den eigentlichen Herausforderungen für das Individuum im Umgang mit komplexen Medikamentenregimen bei chronischer Krankheit.

2.2 Entwicklungslinien und Begrenzungen der Compliance- und Adhärenzforschung

Die Analyse der einschlägigen Literatur zeigt, dass in dem zu untersuchenden Themenfeld quantitative Studien dominieren, die das Phänomen der medikamentenbezogenen Compliance und Adhärenz anhand objektiver Parameter zu erfassen und zu erklären suchen. Gemessen daran sind in der Tradition der verstehenden Soziologie zu verortende Untersuchungen weiterhin eher selten, wenngleich bereits in den 1980er-Jahren einige auch aus heutiger Sicht maßgebliche qualitative Studien zum Phänomen der Compliance durchgeführt wurden (z. B. Conrad 1985) und ihre Anzahl in den letzten Jahren – wie auch in anderen Bereichen der Versorgungsforschung einen deutlichen Aufschwung genommen hat (Pound et al. 2005). In der überwiegenden Anzahl empirischer Untersuchungen im Bereich der Compliance- und Adhärenzforschung steht indes nicht die Frage im Mittelpunkt, weshalb Patienten ihre Medikamentenregime nicht bewältigen. Die Mehrzahl der vorliegenden Studien sucht Antworten auf die Frage, welche Kriterien und Merkmale auf eine potenzielle Non-Compliance der Patienten hindeuten oder wie diese am besten nachgewiesen bzw. gemessen werden kann. Diesem Erkenntnisinteresse lag und liegt die Annahme zugrunde, dass die Ursache für das Versagen von medikamentösen Therapieregimen primär auf Seiten der Patienten zu suchen ist. Doch statt diesen die Möglichkeit einzuräumen, aus ihrer Perspektive darzulegen, weshalb eine Bewältigung komplexer Therapieregime in dem Lebensalltag nicht gelingt und welche Probleme sie aufwirft, wird den Patienten in den Untersuchungen zumeist eine passive Rolle im Versorgungsprozess zugeschrieben (Leventhal/Cameron 1987). Sie werden bisher überwiegend als unberechenbare Größe bezüglich der erfolgreichen Wirkung von Arzneimitteltherapien identifiziert. Wie lässt sich aber diese doch eher als einseitig zu bezeichnende wissenschaftliche Ausrichtung in der Complianceforschung, die sich im Kern auch in der Adhärenzforschung neueren Datums weiterhin findet, erklären?

Dominanz des naturwissenschaftlichen Paradigmas in der Compliance- und Adhärenzforschung

Die Erforschung des Umgangs mit Medikamenten hat eine lange wissenschaftliche Tradition, die überwiegend durch die Medizin und Pharmakologie geprägt wurde (Trostle 1988). Beide Fachdisziplinen folgen einem naturwissenschaftlichen Paradigma, das von kausalen und eindeutigen Ursache- und Wirkungszusammenhängen ausgeht. Demzufolge beinhaltet die rational begründete Diagnostizierung und Behandlung eines gesundheitlichen Problems grundsätzlich auch die Möglichkeit dessen Behebung. Hierin drückt sich das oberste Gebot der medizinisch-wissenschaftlichen Denktradition aus, Heilung wieder „herzustellen“. Bei einer Vielzahl akuter und somatischer Krankheiten mag sich diese Intention als richtig und erfolgversprechend erweisen. Doch stellt die weltweit zunehmende Zahl an chronisch und mehrfach erkrankten Menschen sowie von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen die Medizin seit geraumer Zeit vor neue Herausforderungen. Chronische Erkrankungen, die in ihrem zumeist progredienten Verlauf mit zahlreichen

sozialen Begleiterscheinungen oder gar Ko-Morbiditäten einhergehen, entziehen sich in der Regel einem so definierten Verständnis von „Heilung“ (SAMW 2000; Siebolds et al. 2001). Die Möglichkeiten medizinischer Interventionen beschränken sich dann vorwiegend auf die Linderung von Leiden, die Kontrolle von Symptomen, die Vermeidung von Krisen und Stabilisierung des Gesundheitsstatus und auf die Ermöglichung der Gestaltung eines Lebens mit der Krankheit. Letzteres wird jedoch von der Mehrheit der Ärzte nicht als primäre Aufgabe ihrer Profession betrachtet, da das Hinnehmen einer nicht wieder herstellbaren Gesundheit noch immer mit professionellem Versagen assoziiert wird (Strauss/Glaser 1975). Da sich chronische Krankheiten dem traditionell verankerten und identitätsbildenden Auftrag der Ärzte, der da heißt Heilung herzustellen, entziehen, müssen sie bei einem ausbleibenden Paradigmenwechsel fortwährend als Quelle von Versagensempfindungen und Frustration eingestuft werden (Siebolds et al. 2001).

Doch nicht nur Ärzte, auch andere Berufsgruppen im deutschen Gesundheitssystem haben diese Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit adaptiert. Dies mag vielleicht auch erklären, weshalb das Gesundheitssystem, entgegen aller epidemiologischen Befunde, bis heute primär auf die Behandlung akuter gesundheitlicher Beeinträchtigungen ausgerichtet ist (Schaeffer/Moers 2003; Schaeffer 2004a).

Auch der im Zusammenhang mit der Forschung zum Umgang mit Medikamenten verwendete Begriff der Compliance ist mit dem oben beschriebenen biomedizinischen Krankheitsverständnis assoziiert bzw. hat in diesem seinen Ursprung. Besonders Parsons Abhandlung zur Struktur und Funktion der modernen Medizin verdeutlicht, dass der Arzt im Behandlungsprozess auf die Mitwirkung, ja sogar Ko-Produktion des Patienten, im Sinne der Umsetzung ärztlicher Anordnungen und Behandlungsvorstellungen angewiesen ist, wenn eine Heilung oder Stabilisierung der Erkrankung erreicht werden soll (Parsons 1965, vgl. hierzu auch Petermann 1998b und Schaeffer/Moers 2003). Insofern ist das Zusammenspiel von medizinischer Intervention und der Befolgung ärztlicher Anordnungen durch den Patienten Garant für das Gelingen der Therapie, das sich in der Wiederherstellung von Gesundheit zeigt. Dieser Logik liegt die Auffassung zugrunde, dass dem Arzt die alleinige Definitionsmacht obliegt, wie Heilung erzielt werden kann und er Kenntnis darüber besitzt, was gut und richtig für den Patienten ist (DiMatteo/DiNicola 1982; Donovan/Blake 1992; Haynes et al. 1979a; Demyttenaere 1998; Dierks et al. 2001). Deshalb wird das Ausbleiben des angestrebten ärztlichen Ziels bis heute in medizinischen Fachkreisen – und nicht nur dort – überwiegend auf die fehlende, falsche oder unzureichende Mitarbeit der Patienten im Behandlungsgeschehen zurückgeführt (Parsons 1965; Donovan/Blake 1992).

Die Problematik, die sich aus dem paternalistisch³ geprägten Verständnis der Beziehung zwischen Arzt und Patient ergibt, zeigt sich u. a. in der Widersprüchlichkeit zwischen der notwendigen Kooperation von beiden als „Partner“ im Behandlungsprozess, bei gleichzeitig vorausgesetzter und erwarteter Passivität der erkrankten Person. Zugleich aber wird dem Patient die alleinige Verantwortung für die Umsetzung und damit auch für das Versagen der Therapie im Sinne eines schuldhaften Handelns zugeschrieben und unterstellt, dass Arzt und Patient der Behandlung die gleiche Bedeutung beimessen (Donnovan/Blake 1992). In einer so gelagerten Beziehung kann der Patient, wenn überhaupt, nur in begrenztem Umfang für seine Genesung Verantwortung übernehmen (Dierks et al. 2001). Paternalistische Beziehungen behindern die Ressourcen und Potenziale des Patienten im Krankheitsverlauf, was die eigenständige Bewältigung der Krankheit und des Medikamentenregimes deutlich erschweren kann (Lumme-Sandt/Virtanen 2002). Der Patient entwickelt im Laufe seiner Krankheit eigene Vorstellungen über die Krankheit sowie eigene Strategien und Relevanzkriterien, die nicht zwangsläufig mit den Vorstellungen des Arztes kompatibel sein müssen (Donnovan/Blake 1992; Schaeffer 2004a, 2004c). Doch bleiben die Vorstellungen des Patienten von Seiten der behandelnden Ärzte oft unberücksichtigt. Paternalistische Arzt-Patienten-Beziehungen provozieren die Rückdelegation der Verantwortung für den Krankheitsverlauf an den Arzt und erhöhen somit die Abhängigkeit des Patienten sowie dessen Kontrollverlust über die Krankheit und die damit einhergehenden Bewältigungserfordernisse (Trostle 1988; Dowell/Hudson 1997).

Angesichts dessen ist es wenig verwunderlich, dass sich die meisten Studien zur Compliance in den vergangenen Jahrzehnten vorwiegend auf die Nachweis- und Vorhersagbarkeit noncomplianten Verhaltens von Patienten unter Anwendung quantitativer Verfahren des Monitorings, biochemischer Messwertanalysen oder auf die Klassifizierung von Risikopopulationen nach soziodemographischen Merkmalen konzentrierten (Trostle 1988; Cramer/Mattson 1991; Rand 1993; Farmer 1999; Bovet et al. 2002). Die durch die genannten Verfahren gewonnenen Daten dienten u. a. der Entwicklung von Interventionskonzepten und Schulungsprogrammen, deren Erfolge in der Regel jedoch hinter der erhofften Verbesserung der Patientencompliance zurückblieben (Mazzuca 1982; Becker/Rosenstock 1984; Buck et al. 1997; Johnson et al. 1999; Weinstein 2000). Es ist zu vermuten, dass die geringe Wirksamkeit dieser Konzepte auf die Perspektivenverengung und den weitestgehenden Ausschluss der Nutzerperspektive zurückzuführen ist (Johnson et al. 1999).

³ Dierks et al. halten hierzu fest „...Das Modell des benevolenten Paternalismus, das bis in die 1960er Jahre das gesellschaftliche Bild der Beziehung der Akteure im Gesundheitswesen geprägt hat, wurde erst im Zuge der Demokratisierungsdebatten in den 1970er-Jahren von einem partnerschaftlichen Leitbild – zumindest theoretisch – abgelöst. Der gesellschaftliche Status und das bereits im 19. Jahrhundert begründete hohe Standesbewusstsein der Ärzte machte eine auch nur annähernd gleichberechtigte Arzt-Patienten-Beziehung undenkbar. Der benevolente Paternalismus ist durch ein hohes Maß an Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Beziehung gekennzeichnet. Das Autoritätsgefälle, das dieser Asymmetrie zugrunde liegt, hatte seine Wurzeln im Wissensmonopol der Ärzteschaft und gewährleistete dem Arzt die ausschließliche Entscheidungsmacht über Indikation und Intervention, während sich der Patient diesen Entscheidungen als im Wortsinne erduldernder, unmündiger und passiv leidender Kranker zu fügen hatte“ (Dierks et al. 2001, S. 7-8).

Auch wenn seit den 1970er Jahren immer wieder über die Notwendigkeit einer veränderten Rollenaufteilung zwischen Arzt und Patient diskutiert wird, muss konstatiert werden, dass diese Diskussion vielfach nicht über das Maß theoretischer Anmahnungen hinausgetreten ist und bisher wenig Einfluss auf die Praxis genommen hat. Kritiker gehen sogar davon aus, dass sich lediglich ein Formwandel des Paternalismus hin zum Neo-Paternalismus vollzogen hat. Dieser These liegt die Auffassung zugrunde, dass die autonome Entscheidung des Patienten in hohem Maße von ärztlichen Informationen beeinflusst wird, diese aber selektiv ausgewählt sein können und eine ärztliche Informationspolitik widerspiegeln, die neben dem Wohl des Patienten auch durchaus anderen Motiven folgen kann (Feuerstein/Kuhlmann 1999). Diese Annahme wird von der Tatsache bestärkt, dass seit längerer Zeit in der Forschung zwar ein Austausch des Begriffs „Compliance“ (Therapietreue) durch den Begriff der „Adhärenz“⁴ (Therapiemotivation)“ stattgefunden hat und in jüngerer Zeit durch den Begriff der „Concordance“⁵ und Konzepte, wie „Informed consent“ und des „Shared decision makings“⁶ entwickelt wurden, d. h. Konzepte, die die Mitwirkung und Eigenverantwortung des Patienten stärker betonen, den Behandlungsprozess als Aushandlungsgeschehen verstehen und für neue Rollenmuster sowie eine neue Arbeitsteilung zwischen Arzt und Patient plädieren. Bei näherer Beschäftigung mit den einzelnen Begriffen, so bspw. mit den ihnen anhängigen Definitionen, zeigt sich nicht nur, dass es den Begriffen an einer klaren Trennschärfe mangelt. Auch in ihrer Anwendung wird erkennbar, dass dieser Begriffswandel im Kern eher eine Neuetikettierung als ein Zeichen für einen sich tatsächlich vollziehenden Paradigmenwechsel in der Versorgungspraxis darstellt (Donnovan/Blake 1992; Scheibler 2004). Ein Blick in die Forschungsliteratur bestätigt allzu oft diese Annahme, denn auch in der Adhärenzforschung findet sich eine Vielzahl von Studien, die sich bezüglich ihrer Fragestellung, ihrer Erhebungsverfahren und Inhalte kaum von denen der herkömmlichen „Compliance“-Forschung unterscheiden (Scheibler 2004).

Als vorläufiges Fazit gilt festzuhalten, dass die Einführung neuer Begriffe bisher nur wenige Veränderungen in der Forschungs- und Versorgungsrealität nach sich gezogen haben. Eine Ausnahme stellt die HIV/Aids-Forschung dar. Das Auftreten der Immunschwächekrankheit und die hoch riskanten und komplexen Behandlungsverläufe bei HIV/Aids lösten eine Erweiterung der wissenschaftlichen Perspektive aus. Das große öffentliche Interesse an der Eindämmung der Erkrankung durch Weiterentwicklung zuverlässiger Pharmakotherapien und die allein zur Vermeidung von To-

⁴ Adhärenz kann als Modell einer partnerschaftlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient, in deren Zentrum die Therapiemotivation steht, verstanden werden. Die Therapiemotivation beinhaltet die Möglichkeit einer freien Wahl und die Anerkennung einer mit dem Therapeuten auf Gegenseitigkeit beruhenden Beziehung bei der Planung und Durchführung der Behandlung (Meichenbaum/Turk 1987).

⁵ Partizipative Entscheidungsfindung ist ein interaktiver Prozess zwischen Patient und Arzt mit dem Ziel, unter gleichberechtigter und annähernd gleichgewichtiger Beteiligung beider und auf der Basis geteilter Informationen zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen. Die so gewonnene Übereinkunft wird als *Concordance* (Konkordanz) bezeichnet (Klemperer 2003).

⁶ Shared decision making setzt einen schrittweisen Prozess der Information, des Diskurses und der Vertrauensbildung, der Arzt und Patient in die Lage versetzt, Therapieziele gemeinsam zu definieren, zu erreichen und zu verantworten. Die partnerschaftliche Kommunikation und Aushandlung zwischen beiden steht im Mittelpunkt des Modells (Charles et al. 1997; Scheibler 2004).

desfolgen und Resistenzbildung zwingend notwendige Therapietreue bei der Anwendung der komplexen Kombinationspräparate stimulierte Wissenschaftler, dem Einfluss psychosozialer Aspekte und der Patientenperspektive im Zusammenhang mit der Medikamentenanwendung höhere Aufmerksamkeit zu schenken (Schaeffer/Moers 1992; Gordillo/del Amo 1999; Linkens/Neugebauer 1999; Stone 2001; Roberts 2000; Roberts 2002; Roberts/Mann 2003). Im Zuge dieser Entwicklung rückten solche Einflussfaktoren und die Erforschung der Patientensicht auch im Falle anderer Erkrankungen stärker in den Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses.

Nicht zuletzt der Ende 2003 erschienene Bericht der WHO „Adherence to long-term therapies“, unterstreicht, dass die Adhärenzproblematik angesichts der weltweiten Zunahme chronischer Erkrankungen heute international betrachtet – wenn auch in unterschiedlicher Konturierung – eine immense Herausforderung für die Gesundheitssysteme der unterschiedlichen Staaten darstellt. Die Ergebnisse dieser zusammenfassenden Analyse lassen erkennen, dass das Phänomen der Adhärenz weitaus vielschichtiger ist, als die überwiegende Anzahl an vorliegenden Studien belegen kann. Zudem zeigt der Adhärenz-Bericht der WHO (2003) anhand der Synopse der vorliegenden Forschungsbefunde Ansätze auf, welche die Tradition der Complianceforschung, wenn auch nicht in Frage stellen, so doch als unzureichend werten, da bspw. der Perspektive der Patienten, soziale Einflussfaktoren oder gesundheitssystembedingte Faktoren dort zu wenig Beachtung geschenkt wurde.

Wie komplex sich das Bedingungsgefüge der Ausprägung von Adhärenz auch und gerade mit Blick auf die Pharmakotherapie bei chronischer Krankheit darstellt, verdeutlicht die im WHO-Bericht vorgenommene Kategorisierung von fünf übergeordneten Bereichen, die in sich selbst Einzelsysteme mit einer Vielzahl miteinander verwobener Einflussfaktoren darstellen. Das Phänomen der Adhärenz wird demnach durch die folgenden Faktoren geprägt:

1. soziale und ökonomische Faktoren,
2. gesundheitssystem- und akteursbedingte Faktoren,
3. gesundheits- und krankheitsbezogene Faktoren,
4. therapiebedingte Faktoren und
5. patientenbezogene Faktoren

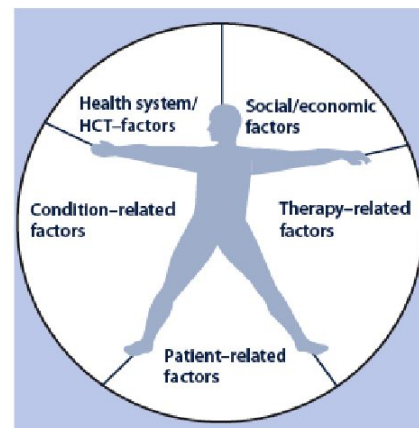


Abbildung 1: WHO 2003, S.27

Bereits Stockwell-Morris und Schulz (1993) arbeiteten heraus, dass mehr als zweihundert Variablen identifiziert wurden, die im Zusammenhang mit Non-Compliance oder Non-Adhärenz eine Rolle spielen und damit die alltägliche Bewältigung von Medikamentenregimen beeinflussen. Nachfolgend sollen Forschungsbefunde zum Einfluss einiger zentraler Faktoren in ihrem spezifischen Wirkungsgefüge umrissen werden.

3. Bedingungsfaktoren des Adhärenzverhaltens und Probleme der Bewältigung von Medikamentenregimen bei chronischer Krankheit

In den letzten Jahrzehnten gewonnene Erkenntnisse der Compliance- und Adhärenzforschung über Probleme bei der Bewältigung komplexer Pharmakotherapien sollen in diesem Abschnitt präsentiert werden. Hierbei wurden jene Aspekte herausgefiltert, die am häufigsten Erwähnung in der einschlägigen Literatur finden und sich am deutlichsten auf die Bewältigung der Pharmakotherapien im Lebensalltag der Patienten auswirken.

3.1 Soziodemographische Faktoren - Die Illusion von der eindeutigen Vorhersagbarkeit nonadhärenten Verhaltens

Die Erhebung soziodemographischer Merkmale, die nahezu durchgängig in allen Compliance- und Adhärenzstudien vorgenommen wurde, stellt in der sozialepidemiologischen Forschung eine wichtige Messgröße dar. Sie wurzelt in einer sozialwissenschaftlichen Tradition, die Bezüge zwischen sozialen und demographischen Merkmalen, und der spezifischen Lebenssituation – und damit auch der Gesundheitssituation – einzelner Kohorten zu ergründen sucht. Die Herstellung und Analyse solcher Bezüge dient u. a. der Sichtbarmachung von sozialer Ungleichheit und damit auch der Sichtbarmachung von strukturell bedingten Phänomenen der Unter-, Über- und Fehlversorgung im Gesundheitssystem (Mielck 2000). Die Erhebung soziodemografischer Merkmale dient in der sozialepidemiologischen Forschung der Bestimmung und Klassifizierung von Risikopopulationen.

Die Analyse der in unterschiedlichen empirischen Untersuchungen ermittelten Ergebnissen offenbart aber, dass kaum einheitliche Befunde vorliegen, die auf einen direkten Zusammenhang zwischen soziodemografischen Merkmalen und der medikamentenbezogenen Compliance/Adhärenz bei chronischer Krankheit schließen lassen. Kaum eine Untersuchung weist in diesem Bereich eindeutige Ergebnisse aus. Im Bericht der WHO (2003) wird dazu angemerkt, dass es den „typischen“ nonadhärenten bzw. adhären Patienten nicht gibt. Es lassen sich keine homogenen Gruppenmerkmale nachweisen, die die Annahme nahe legen, dass spezifische personenbezogene Merkmale, wie die soziale Schichtzugehörigkeit bzw. Lage, der ethnische und soziokulturelle (Migrations-)Hintergrund, Alter oder Geschlecht nonadhärentes Verhalten erklären können oder dessen Vorhersagbarkeit ermöglichen (Leventhal et al. 1984; Chesney et al. 1999). Deutlich wird in der Zusammenschau der Ergebnisse vielmehr, dass es sich bei Adhärenz um ein multifaktoriell geprägtes Phänomen handelt, bei dem sich unterschiedlichste Faktoren wechselseitig bedingen. Ein statistisch signifikanter Einfluss soziodemografischer Merkmale auf die Ausprägung der Adhärenz konnte nur in Kombination mit weiteren Faktoren gefunden werden (vgl. auch Delaney 1998).

Auch wenn sich soziodemographische Faktoren als Einzelvariablen in keinen signifikanten Zusammenhang mit Nonadhärenz stellen lassen, können sie jedoch in Verbindung mit weiteren Bedingungsfaktoren Einfluss

auf die Bewältigung komplexer Medikamentenregime nehmen. In der Compliance- und Adhärenzforschung wurden in diesem Kontext vor allem spezifische altersbezogene Problemkonstellationen und sozioökonomische Faktoren untersucht, darunter insbesondere das Haushaltseinkommen, das Bildungsniveau und der soziokulturelle Hintergrund.

Alter

Mehrheitlich deuten die vorliegenden Forschungsbefunde daraufhin, dass ältere Patienten eine höhere Bereitschaft zur Adhärenz aufweisen als Jüngere. Jüngere Patienten sind stärker in das gesellschaftliche Leben eingebunden (Arbeit, Freizeit usw.), weniger auf den Gesundheitszustand fixiert, verweigern sich oft deutlicher der Krankheitsanerkennung und entwickeln in höherem Maße eigene Managementstrategien im Umgang mit der Erkrankung und der Medikamenteneinnahme als ältere Patienten (Aldwin 1991). Für Letztere haben ärztliche Anordnungen zumeist eine größere Bedeutung als für Jüngere (Lumme-Sandt/Virtanen 2002). Das Alter erwies sich in keiner der vorliegenden Studien als verlässlicher Indikator oder Prädiktor für Noncompliance, was gleichsam durch die Befunde des WHO-Berichts untermauert wird (WHO 2003: 28 ff).

So wurde zwar in einigen Studien eine mit dem Alter der Patienten korrespondierende Zunahme der Adhärenz nachgewiesen, sie ist allerdings auch mit einem gleichzeitigen Anstieg sozialer Unterstützung durch informelle Netzwerke assoziiert (Brandstaedt et al. 1996). Dabei gilt es zu bedenken, dass beispielsweise das Angewiesensein auf Hilfestellung bei der Medikamenteneinnahme durch Angehörige aufgrund zunehmender krankheits- und/oder altersbedingter Funktionseinbußen stets auch das Moment der Kontrolle impliziert.

Zudem sind jüngere Patienten offenbar eher bereit über noncompliantes Verhalten zu berichten als ältere Menschen. Die Bereitschaft zur Adhärenz kann indes nicht automatisch mit tatsächlicher Adhärenz gleichgesetzt werden. Hinzu tritt das Phänomen der nicht-intendierten, d. h. unbeabsichtigten bzw. unbewussten Non-Adhärenz. So können beispielsweise die Auswirkungen von kognitiven und/oder körperlichen Funktionseinbußen im Alter (CMAG 2004, Kap. 8) die bereits seit Jahrzehnten andauernde Einnahme der Medikamente, in deren Verlauf Fehlanwendungen zur Routine geworden sind und daher nicht mehr hinterfragt werden, oder ein unzureichendes Verständnis gegenüber den Therapieanweisungen dazu führen, dass die Patienten in dem Glauben leben, sich adhärenz zu verhalten, ohne dass dies jedoch faktisch der Fall ist (WHO 2003: 50; CMAG 2004, Kap. 8). Diese Tatsache wird durch die Ergebnisse der australischen Studie von Chan et al. (2001) bestätigt. Demnach gehen 25 % aller Krankenseinweisungen bei den über 75-Jährigen auf mangelhafte Medikamentencompliance zurück. Die mit zunehmendem Alter steigenden funktionellen Einschränkungen und Behinderungen können sich zu eindeutigen Erschwernisfaktoren bei der Bewältigung der komplexen Medikamentenregime entwickeln. So kann eine wachsende Immobilität bspw. die Beschaffung der Medikamente, oder aber das Aufsuchen des Arztes, ohne das Vorhandensein eines sozialen Unterstützungsnetzwerkes unmöglich machen. Die Folge: Medikamente können nicht nach Verordnung ange-

wendet werden (The National Pharmaceutical Association 1998). Darüber hinaus bestehen bei einem nicht geringen Teil älterer Menschen Hör- und Sehprobleme, was die Bewältigung von Medikamentenregimen erschwert. Beipackzettel oder Aufschriften auf Medikamentenpackungen können hierdurch schwer entziffert werden. Hörprobleme können zu Missverständnissen der ärztlichen Anordnungen führen (The National Pharmaceutical Association 1998). In einer Untersuchung von Cline et al. (1999) konnte ebenfalls nachgewiesen werden, dass ein hoher Prozentsatz der älteren befragten Patienten sich schon kurz nach Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus nicht mehr an dort erläuterte Verordnungshinweise, wie an die Dosierung der Medikamente oder an die Einnahmezeitpunkte erinnern konnten. In einer anderen Studie kannten die älteren Probanden und Probandinnen zum Befragungszeitpunkt nicht den Grund der medikamentösen Therapie und weniger als 6 % waren sich über mögliche Nebenwirkungen ihrer verordneten Medikamente bewusst (Barat et al. 2001).

Den zunehmenden Funktionseinschränkungen steht eine ebenfalls oft mit steigendem Alter assoziierte Multimedikation und damit ein komplexes Medikamentenregime gegenüber. Aus der Verknüpfung dieser beiden Aspekte können sich Überforderungen für die Betroffenen ergeben, die sich in geringen Adhärenzwerten mit schwerwiegenden gesundheitlichen Schäden niederschlagen können (Kazis/Friedmann 1988).

Die Vielzahl einzunehmender Medikamente in Kombination mit einer veränderten – und oft von Medizinern zu wenig berücksichtigten – Pharmakokinetik und Pharmakodynamik, erhöht speziell im Alter die Wahrscheinlichkeit des Auftretens gefährlicher Wechsel- und Nebenwirkungen. Diese, wie noch in Kapitel 3.4 genauer nachzulesen ist, vermindern die Therapiemotivation und damit die Bereitschaft zu adhärentem Verhalten (Kruse et al. 1987; Kruse 1994; Wood/Gray 2000).

Als weitere Gefahrenquelle für ein adäquates Medikamentenmanagement im Alter werden Gefühle von Einsamkeit eingestuft. Nicht selten sind sie der Grund für oder das Ergebnis von Depressionen. Diese sind, wie durch eine große Fülle von Studien belegt werden konnte, mit niedriger oder fehlender Adhärenz assoziiert (siehe Kapitel 3.3). Gefühle von Einsamkeit müssen nicht zwangsläufig auf soziale Isolation hindeuten. Soziale Isolation, die aufgrund einer Menge an unterschiedlichsten Faktoren (Ausdünnung des sozialen Netzwerkes durch den Tod Gleichaltriger, Kinderlosigkeit, eingeschränkte Mobilität usw.) mit dem Alter steigt (Kettler/Hamer 1989), kann ebenfalls die Adhärenz der Patienten deutlich reduzieren (The National Pharmaceutical Association 1998) (Zur Bedeutung der sozialen Integration und Unterstützung siehe Kap 3.6).

Geschlecht

Die Bewältigung von komplexen Medikamentenregimen ist stark geprägt durch geschlechtsspezifische und damit durch sozialisierte Bewältigungsmechanismen. Nach Auswertung der vorliegenden Studien erwies sich diese Variable überraschenderweise nicht als konsistent in ihrem Bezug zu Compliance. Auch hier dominieren widersprüchliche Befunde. Dieser Sachverhalt erklärt sich möglicherweise, wie auch bei anderen sozio-

demographischen Merkmalen dadurch, dass sich die Variable erst in Verbindung mit weiteren Faktoren in ihrer Wirkung entfaltet. Die wenigen Befunde sollen hier jedoch kurz skizziert werden.

Wie später noch genauer auszuführen sein wird (siehe Kap. 3.4), resultiert Non-Compliance vielfach aus der Angst vor und/oder dem Erleben von Nebenwirkungen. Insofern dürfte die Anmerkung des Sachverständigenrates im Gutachten des Jahres 2005 von Interesse sein, wenn dort darauf verwiesen wird, dass bei Frauen eine höhere Rate von Fehlmedikationen zu verzeichnen ist und UAE's bei ihnen häufiger auftreten als bei Männern (SVR 2005: 659). Wie eingangs erwähnt nimmt die Zahl der verordneten Medikamente mit der Frequenz der Arztbesuche statistisch betrachtet zu. Die Untersuchung von Hessel et al. belegt in diesem Zusammenhang, dass Frauen, die über 60 Jahre alt sind, deutlich häufiger Arztkontakte haben als dies bei ihrem gegengeschlechtlichen Pendant der Fall ist. Auch wenn die Anzahl einzunehmender Medikamente jenseits des achtzigsten Lebensjahres bei Frauen im Verhältnis zu Männern geringer ist, liegt sie jedoch vor diesem Alterszeitraum über denen der Männer (RKI 2003). Je komplexer und umfangreicher Medikamentenregime ausfallen, umso schwieriger wird deren Bewältigung, und umso mehr wächst die Wahrscheinlichkeit der Non-Adhärenz (Hessel et al. 2000).

Durch eine Fülle von Studien aus dem Bereich der Bewältigungsforschung konnte nachgewiesen werden, dass soziale Unterstützung positive Effekte auf die Verarbeitung von gesundheitlichen Krisen hat. Krankheit und die aus ihr hervorgehenden Anforderungen, wie die Bewältigung von Medikamententherapien, können dort besser bewältigt werden, wo informelle Unterstützung aktiv wird (Kaplan/Hartwell 1987; Katapodi et al. 2002; Gallant 2003) (siehe auch Kap. 3.6). Frauen messen der Unterstützung aus informellen Netzwerken eine höhere Bedeutung zu, erhalten diese jedoch seltener als Männer (Nestmann/Schmerl 1991). Dies wiegt umso schwerer, da soziale Unterstützung bei Frauen interne Kontrollüberzeugungen, die das Selbstvertrauen, die Anforderungen der Erkrankung selber bewerkstelligen zu können und Kontrolle über die Krankheit auszuüben, stärken. Bei Männern schwächt soziale Unterstützung den Anteil der internalen Kontrollüberzeugung eher ab, da hiermit ihr Bestreben, unabhängig von anderen Probleme zu lösen, konterkariert wird. Ein zu geringes Maß an internaler Kontrollüberzeugung, die eher Frauen als Männern nachgewiesen wurde (Ferrini et al. 1994), führt zu Passivität im Krankheitsgeschehen und stimuliert die Ablehnung von Verantwortungsübernahme im Behandlungsprozess. Diese Passivität steht einer effektiven Bewältigung eines Medikamentenregimes häufig konträr entgegen (Kraus/Keith 1989) (siehe auch Kapitel 3.2).

Um ihre sozialen Rollen auch bei Krankheit weiter ausüben und funktionsstüchtig bleiben zu können, greifen Frauen wesentlich schneller und häufiger als Männer zur Tablette (Glaeske 1991; MFJFG 2000; Sußmann 2001). Letztere kompensieren Angst, Stress und Alltagsprobleme eher mit Alkohol (SVR 2005: 661). Die Einnahme von Tabletten, die gesellschaftlich legitimiert ist, ermöglicht Frauen ihre Rolle weiter auszuüben und den Ansprüchen anderer und denen an sich selbst gerecht zu werden (MFJFG 2000; Sußmann 2001). Die Tablette wird hierdurch schnell zum „Heilsbringer“, der in seinen gefährlichen Wirkungen unterschätzt wird. Nicht

selten werden verordnete Medikamente höher dosiert oder mit weiteren Medikamenten ergänzt, um Beschwerden zu kaschieren. Auch dieses Verhalten muss als non-adhärentes verstanden werden, aus denen mitunter schwerwiegende gesundheitliche Schäden resultieren können. Die Ergänzung von verordneten durch selbstbeschaffte Medikamente und deren parallele Anwendung konnte nach Auswertungsergebnissen des Bundesgesundheits surveys von 1998 eher bei Angehörigen der Mittel- und Unterschicht nachgewiesen werden (RKI 2003, Abschnitt 4.3.6.3, Tabelle 11).

Die verinnerlichte Eigenschaft, die häufig bei Frauen vorzufinden ist, „für andere da zu sein“, führt nicht selten dazu, dass wichtige Belange, die die eigene Person betreffen, vernachlässigt werden. So konnte in der Untersuchung von Halkitis et al. (2003) bei PatientInnen, die an HIV/Aids erkrankt waren, nachgewiesen werden, dass Frauen, die Kinder haben, die Einnahme ihrer Medikamente häufiger dann vergaßen, wenn Probleme in der Kinderversorgung vorlagen (siehe auch Roberts/Mann 2000).

Haushaltseinkommen

Das Haushaltseinkommen spielt mit Blick auf die Einhaltung medikamentöser Therapieregime vorwiegend dort eine Rolle, wo die Bevölkerungsgesundheit nicht oder nur unzureichend durch sozialstaatliche (Versicherungs-)Leistungen abgesichert ist. Betroffen sind hiervon im Krankheitsfall vorwiegend Angehörige der unteren sozialer Schichten bzw. Milieus. So findet in den meisten U.S.-amerikanischen Studien zur Compliance die Überprüfung des Einflusses des Schichtgradienten auf die Compliance eine besondere Beachtung. Das Einkommen spielt speziell dann eine Rolle, wenn eine medikamentöse Therapie teuer und auf Dauer angelegt ist und/oder wenn – wie im Falle von Multimorbidität – eine Vielzahl von Medikamenten regelmäßig zu finanzieren ist (Demyttenaere 1998; Johnson et al. 1999; DiMatteo et al. 2000; WHO 2003). Bei einem geringen Einkommen kann sich dieser Sachverhalt negativ auf das Adhärenzverhalten der Patienten auswirken. So zeigte Salzmann (1995) in seiner Studie auf, dass ältere Patienten mit begrenztem Einkommen bzw. geringer Rente aus Kostengründen dahingehend strategische Entscheidungen treffen, welche Medikamente sie sich leisten können und welche nicht (vgl. auch Stockwell/Schulz 1992). Ebenso konnte in Untersuchungen belegt werden, dass die hohen Kosten für Medikamente dazu führen, dass ältere Patienten diese in geringeren als verordneten Dosen einnahmen, um auf diese Weise die Kosten für Arzneimittel zu reduzieren (CMAG 2004, Kap. 8). Nicht nur das Vorhandensein finanzieller Mittel ist entscheidend für eine erfolgreiche Pharmakotherapie, sondern auch die Bereitschaft für Medikamente diese auch auszugeben (Garnett 2000).

Hinsichtlich benachteiligter Einkommensgruppen wird wiederholt auf die Vulnerabilität arbeitsloser und wohnungsloser Personen (Myers 1999; Wright et al. 2000; Gilmer et al. 2004), wie auch auf solche, bei denen eine Substanzabhängigkeit (wie bei Alkohol oder Heroin) (Chesney 1997; Johnson et al. 2000) vorliegt, verwiesen. Das geringe Einkommen in Kombination mit den Folgen einer so gearteten prekären Lebenssituation, stellt ein Risiko für Adhärenz dar (vgl. auch Saounatsou 2001). Nicht nur

die Kosten für Medikamente, sondern auch fehlende finanzielle Mittel, um den Transport zum Arzt, in eine Apotheke o. a. zu bezahlen, können sich als Adhärenz verringernde Faktoren erweisen (Lanier 1989). In einer anderen Studie wird aufgezeigt, dass Patienten oberer sozialer Schichten mit höherem Haushaltseinkommen eher in der Lage sind Gesundheitsrisiken einzuschätzen und zu vermeiden. Hierzu zählt auch die Kenntnis über die potentiellen Gefahren von Medikamenten und deren inadäquater Anwendung. Sie weisen ebenfalls ein höheres Maß an sozialen Kontakten auf als Personen niedrigerer sozialer Schichten (Sumartojo 1993) (siehe hierzu Kap. 3.6). Was das Ausmaß der Sozialkontakte in verschiedenen Schichtgruppen angeht, lassen sich jedoch kaum einheitliche Ergebnisse beim Vergleich der Studien ausmachen.

Es steht zu vermuten, dass die Schichtzugehörigkeit und insbesondere das Haushaltseinkommen der Patienten im Zusammenhang mit der Bewältigung komplexer Medikamentenregime zunehmend auch in Deutschland an Bedeutung gewinnen werden. Die mit dem GMG eingeführten bzw. erhöhten Zuzahlungen der Patienten bei Arztkonsultationen (Praxisgebühr), Transportkosten und Medikamenten, stellen schon heute vor allem chronisch- und mehrfacherkrankte Menschen vor das Problem der Bezahlbarkeit dieser Leistungen, auch wenn für sie Sonderregelungen getroffen wurden. Werden aus Sorge um entstehende Kosten Rezepte nicht mehr eingefordert oder in der Apotheke eingelöst und Arzttermine nicht mehr wahrgenommen, können durch die Nichteinnahme der Medikamente gesundheitliche Beeinträchtigungen und/oder unerwünschte Arzneimittelreaktionen kaum noch frühzeitig erkannt werden. Auch die Möglichkeiten der kontinuierlichen Kontrolle und Bestärkung durch den Arzt sowie der Austausch über Schwierigkeiten mit dem Arzneimittelregime könnten dadurch reduziert werden (Richter 2004; Martens 2004).

Bildungsniveau

Auch das Bildungsniveau kann – entgegen vieler Vorannahmen – nur wenigen Studienergebnissen zufolge eindeutig mit (Non-)Adhärenz assoziiert werden (Sumartojo 1993). In der Untersuchung von Stone (2001) erwies sich die Krankheitseinsicht und die Bereitschaft zu gesundheitsfördernden Verhaltensänderungen – so auch die Einhaltung ärztlicher Anordnungen bei medikamentösen Therapien – unter Personen mit höherem Bildungsstatus als ausgeprägter als bei solchen mit niedrigem Bildungsstatus (vgl. auch Golin et al. 2002). Auch wenn die meisten Studien zeigen, dass Bildung kein oder nur ein sehr schwacher Indikator für (Non-)Adhärenz darstellt (WHO 2003), wird in diesem Kontext auf das Problem des (faktischen) Analphabetismus verwiesen (Mitchell et al. 2000; Stone 2001): Werden schriftliche Anweisungen des Arztes, Hinweise in Beipackzetteln oder auf der Packung nicht hinreichend verstanden, kann es zur falschen Anwendung der Arzneimittel kommen. Analphabetismus stellt sich auch bei der Beschaffung von Literatur über die Krankheit und die Medikamente als problematisch dar. Die fehlende Lesefähigkeit kann die Eigeninitiative im Krankheitsprozess und damit die Fähigkeit zum Selbstmanagement deutlich negativ tangieren. Wie Gazmararian et al. (2003) in einer Untersuchung bei über 65-jährigen Patienten nachweisen konnten, erhöht eine unzureichende Lesefähigkeit die Wahrscheinlichkeit von

Hospitalisierungen. Allgemein kann festgehalten werden, dass ein niedriger Bildungsgrad und Analphabetismus mit mangelndem Verständnis über Gesundheitsrisiken und die potentiellen Konsequenzen einer inadäquaten Medikamentenadhärenz assoziiert ist (CMAG 2004, Kap.8). Ebenso ist bei Patienten ohne ausreichende Lesefähigkeit die Wahrscheinlichkeit, die Medikamente in falscher Dosis anzuwenden und unter Depressionen zu leiden, höher als bei denen, die über diese Fähigkeit verfügen (Kalichman et al. 1999).

Kulturelle Zugehörigkeit

Ein niedriger Bildungsstand korreliert häufig mit einem ethnischen Minderheitenstatus. In einer Untersuchung bei 85 an HIV/Aids erkrankten Amerikanern afrikanischer Abstammung, waren 29 % Analphabeten oder hatten eine Schulbildung von weniger als 12 Jahren (CMAG 2004, Kap.8).

Bei Patienten mit Migrationshintergrund, die die landesübliche Sprache nur wenig bis gar nicht beherrschen, stellt sich das Verstehen von schriftlichen Anweisungen zur Medikamentenanwendung als problematisch dar. Hierdurch bedingte Kommunikations- und Verständigungsschwierigkeiten mit dem Arzt führen häufiger zu Missverständnissen und diese wiederum verstärken Stigmatisierungsgefühle der erkrankten Personen (Sumartojo 1993). Hier kommen teilweise auch soziokulturell geprägte Einstellungsmuster zum Tragen, auf die in Kapitel 3.5 näher eingegangen wird.

Insgesamt zeichnet sich in Studien zur Compliance und Adhärenz, die den Aspekt der kulturellen Zugehörigkeit oder die sich speziell Problemen der Gesundheitsversorgung von ethnischen Minderheiten widmen, ab, dass Migranten im Verhältnis zu einheimischen Bevölkerungsgruppen wesentlich seltener Ärzte aufsuchen und weniger Medikamente einnehmen, aber wiederum mehr soziale Unterstützung aus informellen Netzwerken erhalten. Die Angst vor dem Gesundheitssystem allgemein und das Misstrauen in die verordneten Therapien, so konnte in einigen Studien gezeigt werden, vermindern die Bereitschaft zur Befolgung ärztlicher Anordnungen (Lanier 1989). In einer Untersuchung von Collins glaubten bspw. 15 % von 100 befragten African Americans, die an HIV-Aids erkrankt waren, dass sie eine bessere medizinische Versorgung erhalten hätten, wenn sie einer anderen Rasse oder Ethnie angehört hätten. Untersuchungen an derselben Kohorte zeigten, dass die befragten Personen seltener und wenn doch, weniger gut krankenversichert waren als weiße Amerikaner (Collins et al. 2002).

Die Soziale Unterstützung, die als Ressource maßgeblichen Einfluss auf (non-)adhärentes Verhalten hat (s. auch Kapitel 3.6), ist unter Migranten und bei Personen, die nicht dauerhaft an einem Ort sesshaft sind oder erst seit kurzem dort leben, geringer ausgeprägt als bei Personen, die bereits längere Zeit an einem Ort heimisch sind (WHO 2003).

3.2 Die Arzt-Patienten Interaktion und Versorgungskoordination – strukturelle Erschwernisfaktoren bei der Bewältigung von Medikamentenregimen

Da die Verordnung von Medikamenten in Deutschland in die Aufgabenhoheit von Ärzten fällt, und der Erforschung der Arzt-Patienten-Interaktion im Zusammenhang mit der Bewältigung von Medikamentenregimen in den letzten Jahrzehnten besondere Aufmerksamkeit geschenkt wurde, soll dieser Punkt nun genauer beleuchtet werden.

Die ärztliche Behandlung ist im Gegensatz zu vielen anderen Dienstleistungen an die Mitarbeit des Patienten gekoppelt. Ohne die gegenseitige Aushandlung und Kooperation im Behandlungsprozess ist die Erreichung von Behandlungszielen in der Regel nicht möglich (Hörl 1992). Chronisch kranke Menschen sind oft Experten ihres eigenen Leidens und haben sich im Verlauf der Erkrankung nicht selten hohe Expertise über ihre Krankheit und bereits angewendete Pharmakotherapien erworben. Beziehen Ärzte diese Kompetenzen und Erfahrungen in ihre medizinischen Überlegungen ein, achten die spezifischen gesundheitlichen Probleme des Patienten, versuchen darüber hinaus die Lebenssituation der Betroffenen zu berücksichtigen, um das Therapieziel und den Behandlungsplan mit ihm daran individuell auszurichten und nehmen sich hierfür die entsprechende Zeit, kann – wie die Ergebnisse mehrerer Studien zeigen – eine erhöhte Therapiemotivation der Patienten erreicht werden (Mazucca 1982; Stewart 1995; Brandstaedt et al. 1996; Buck et al. 1997; Petermann 1998b; Gaul/Dornaus 2001). Auch die Untersuchungen des Forschungsteams um Albright (2001) belegen, dass Patienten, die gemeinsam mit dem Arzt ihren Therapieplan aushandeln und dabei eigene Vorstellungen, Erfahrungen und Skepsis einbringen können, höhere Befolgungsraten als solche aufweisen, bei denen der Arzt wenig bis gar nicht auf ihre Bedürfnisse und Bedenken eingeht. Die Therapiemotivation verbessert sich also dann, wenn fachliche und menschliche Fähigkeiten des Arztes positiv eingeschätzt und die Patientenerwartungen erfüllt werden (Becker/Rosenstock 1984).

Eine effektive Kommunikation zwischen Arzt und Patient kann mit einem positiven Einfluss auf die emotionale Gesundheit verbunden sein und eine Symptomreduktion im Bereich des funktionalen und psychischen Status sowie auf die Schmerzkontrolle bewirken (Stewart 1995). Dementsprechend hoch ist das Risiko, dass Kommunikationsstörungen zwischen Arzt und Patient, die sich auf unterschiedlichen Ebenen manifestieren können, negative Entwicklungen auf den Behandlungsprozess nehmen. So werden beispielsweise Kommunikationsstörungen auf emotionaler Ebene von Becker und Rosenstock (1984) mit einer niedrigeren Therapiemotivation und Complianceversagen gegenüber ärztlichen Anordnungen in Verbindung gebracht. Stewart (1995) wiederum konnte in seiner Untersuchung nachweisen, dass sich Arzt und Patient in 50 % aller Arztkonsultationen nicht auf das Hauptproblem einigen können, was auf Seiten der Patienten zur erhöhten Unzufriedenheit führt, welche wiederum die Bereitschaft zur Medikamenteneinnahme empfindlich beeinträchtigen kann.

Wie eingangs bereits aufgezeigt, liegt der Arzt-Patienten-Beziehung oft eine hierarchisch geprägte Struktur zugrunde, die das Abhängigkeitsver-

hältnis des Patienten gegenüber dem Arzt fördert (Stewart 1995; Garnett 2000). Vorliegende Forschungsbefunde lassen darauf schließen, dass eben diese Abhängigkeit die Stärkung des für die Krankheitskontrolle notwendigen Selbstbewusstseins des Patienten verhindert, das zugleich einen wesentlichen Motivationsfaktor für adhärentes Verhalten darstellt (Stewart 1995; Brandstaedt et al. 1996; Dowell/Hudson 1997). Eine paternalistische Grundhaltung von Ärzten kann bei Patienten das Gefühl von Autonomieverlust erzeugen, dessen Resultat entweder Misstrauen und die Nichtbefolgung der Medikamentenverordnung sein kann oder eine vollständige Verantwortungsdelegation an den Arzt zur Folge haben kann (Dowell/Hudson 1997; Garnett 2000).

Die vielfach von Medizinerinnen ausgeblendeten Erfahrungen der Patienten mit Arzneimitteltherapien, führen besonders in den Fällen der sogenannten intelligenten Non-Compliance zur bewussten Verweigerung des vom Arzt vorgegebenen Behandlungsplans. Der Patient greift dann eher auf seine eigenen Erfahrungen als auf die Ratschläge des Arztes zurück (Dowell/Hudson 1997; Donovan/Blake 1992). Die aktive Rolle des Patienten beim Management der Therapie wie auch im Behandlungsprozess kann in einer paternalistisch geprägten Beziehung im Laufe der Zeit Konflikte mit dem betreuenden Therapeuten heraufbeschwören (Becker/Rosenstock 1984; Buck et al. 1997).

Hierarchisch geprägte Beziehungen zwischen Arzt und Patient sind im Übrigen eine Erklärung dafür, weshalb viele Patienten ihrem Arzt gegenüber Schwierigkeiten im Umgang mit Medikamenten und eigenständig geänderten Anordnungen verschweigen und Ärzte wiederum die Adhärenz ihrer Patienten in der Regel weit überschätzen. Das Verschweigen kann als Strategie der Konfliktvermeidung gewertet werden, denn Ärzte haben zumeist kein Verständnis für falsche oder fehlende Befolgungen ihrer Anordnungen (Buck et al. 1997). Brandstaedt et al. (1996) vertreten die Auffassung, dass auch Ärzte das Problem der Noncompliance selten ansprechen um Konflikte zu vermeiden. Diese können zur Folge haben, dass der Patient den Arzt wechselt. Auch die Angst vor der Sichtbarwerdung von Funktionseinbußen und einem möglicherweise damit verbundenen Autonomieverlust kann das Verschweigen von Problemen besonders bei älteren Menschen begründen (Garms-Homolova/Schaeffer 1992; Schaeffer/ Moers 2003).

Becker und Rosenstock (1984) machen darauf aufmerksam, dass non-adhärentes Verhalten von Patienten auch sinnvoll sein kann (intelligente Non-Compliance). Manchmal schützen sich die Betroffenen dadurch vor falschen Diagnosen, ungeeigneten Medikamenten oder gravierenden Nebenwirkungen. Dennoch wird das Problem der Nichtbewältigung von Medikamentenregimen noch immer unterschätzt, was dazu führt, dass sich Patienten oft nicht ernst genommen und allein gelassen fühlen. Das fördert das Frustrationserleben und das wiederum schlägt sich in geringer Bereitschaft zur Adhärenz nieder (WHO 2003).

Häufigkeit (Frequenz) der Arzt-Patienten-Interaktion

In mehreren wissenschaftlichen Diskussionen wird hervorgehoben, dass kurze Intervalle zwischen den Arztterminen eine höhere Adhärenz fördern. Sie vermitteln dem Patienten mehr Sicherheit im Umgang mit der Medikamenteneinnahme und bieten beiden Akteuren ein höheres Maß an Kontrolle (Gaul/Dornaus 2001). Auch Becker und Rosenstock (1984) stellten fest, dass die Kooperation der Patienten mit der Frequenz der Arztbesuche zunimmt. Zu lange Intervalle verhindern häufig das frühzeitige Erkennen von medikationsbedingten Veränderungen und unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW), die nicht selten erst durch Krankenhausweisungen oder andere Akutbehandlungen das bewusst oder unbewusst nonadhärente Verhalten der Patienten offensichtlich werden lassen (Rubinstein et al. 1992; Walley/Scott 1995; Schneitman-McIntire et al. 1996). Durch eine Kurzintervallsetzung der Kontakte zum Arzt kann auch der nachweisbar abnehmenden Nonadhärenz im Zeitverlauf adäquat begegnet werden (Buck et al. 1997).

Wenn regelmäßige Arztkontakte zur Verbesserung der Adhärenz beitragen können, implizieren mangelnde Ressourcen, um die gerade bei einer Langzeittherapie angezeigten regelmäßigen Konsultationen wahrzunehmen, die Gefahr abnehmender Adhärenz oder fehlerhaften Medikamenteneinnahmen (Leduc et al. 1998; Anderson et al. 2000). Als Hürden, die die Einhaltung von Behandlungsterminen erschweren oder verhindern können, sind bei eingeschränktem Gesundheitszustand die Angewiesenheit auf Begleitpersonen, unzureichende Transportmöglichkeiten und ein geringes Einkommen in Betracht zu ziehen. Gerade ältere Menschen mit niedrigem Einkommen bzw. Rente und generell sozial benachteiligte Menschen dürften hiervon in negativer Weise betroffenen sein (Martens 2004).

Bedeutung von Information, Aufklärung, Beratung und Schulung

Zur Bewältigung komplexer Medikamentenregimen im Lebensalltag benötigen Patienten eine angemessene Information und Aufklärung, Beratung und Schulung. Als primäre Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen und Fragen kommt dem Arzt dabei eine Schlüsselrolle zu (Dierks/Schaeffer 2004). Die klare und einfache Darstellung von Anordnungen, die Aufklärung über die Krankheit, über das Behandlungsziel und den Behandlungsverlauf sowie über die zu erwartenden Ergebnisse und Risiken werden als Compliance fördernd verstanden (Gaul/Dornaus 2001). Dabei zu bedenken sei, dass zwischen dem subjektiven Empfinden des Patienten, sich gut informiert zu fühlen, und des tatsächlich optimalen Informationserhalts unterschieden werden muss (Dierks et al. 2001).

In mehreren Untersuchungen zeichnete sich ab, dass die Patienten oftmals nur sehr unzureichend über ihr Krankheitsbild, über die einzunehmenden Medikamente, über Kontrollmöglichkeiten und mögliche Folgen noncomplianten Verhaltens durch Ärzte aufgeklärt sind (Brandstaedt 1996; McLean/Lo 1998; Gaul/Dornaus 2001). Im Resultat schlägt sich dies in geringen Adhärenzwerten oder in einem absolut nonadhärenten Verhalten nieder. Viele Patienten verstehen die ärztlichen Instruktionen

nicht, was u. a. in unverständlichen Erklärungen des Arztes, in Kommunikationsproblemen und Missverständnissen oder in fehlenden kognitiven Fähigkeiten der Patienten seine Ursachen hat (Garnett 2000). Stewart (1995) empfiehlt auf der Grundlage seiner Untersuchungsergebnisse, dass Arzt und Patient sich vor der Anwendung von Schulungsprogrammen auf das Hauptproblem einigen sollten. Neben medizinischen und praktischen Aspekten muss auch die soziale Lebenssituation der Patienten einbezogen werden. Mazzuca (1982), der verschiedene Ansätze der Patientenedukation untersuchte, kommt zu dem Ergebnis, dass Patienten weniger Wissen über die Pathophysiologie ihrer Krankheit benötigen als vielmehr über die Integration der Anforderungen in ihre täglichen Routinen, wodurch ihre Selbstmanagementkompetenz gestärkt wird (vgl. hierzu auch Buck et al. 1997; Johnson et al. 1999). Eldred et al. (1998) verweisen darauf, dass Kenntnisse über die Krankheit und die Therapie ein schwacher Prädiktor für gesundheitsbewusstes Verhalten und eine erhöhte Bereitschaft zur Befolgung ärztlicher Anordnungen ist (auch Becker/Rosenstock 1984). Auch Weinstein (2000) verdeutlicht auf der Grundlage seiner Studienergebnisse, dass Patientenschulungsprogramme allein noch kein Garant dafür sind, dass Patienten ihre Medikamente einnehmen. Steuernagel und Doering (2002) merken an, dass die überwiegende Zahl von Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance speziell für pharmakologische Langzeittherapien ungeeignet erscheinen und zudem unverhältnismäßig teuer sind.

Unzureichende Kooperation und Koordination der professionellen Akteure im Gesundheitswesen

Der Erfolg von Arzneimitteltherapien ist in nicht zu unterschätzendem Maße von der Behandlungskontinuität abhängig. Um sie zu gewährleisten, ist eine intensive und lückenlose Kommunikation zwischen den Beteiligten erforderlich (Kruse 1994). Sie verbessert – wie Leduc et al. (1998) nachweisen konnten – die Compliance der Patienten.

Gerade chronisch- und mehrfacherkrankte Patienten sind oft Leidtragende der mangelhaften Kommunikation und Kooperation im hiesigen Gesundheitssystem (Zeppetella 1999). Hinzu kommt, dass ihre Behandlung wie auch die Verordnung von Medikamenten durch mehrere Fachärzte erfolgt (Leduc et al. 1998) und vielfach unkoordiniert verläuft (Aufseeser-Weiss/Ondeck 2001). Selten informieren sich Ärzte darüber, welche Arzneimittel bereits eingenommen werden und stimmen das Medikamentenregime aufeinander ab. Das Fehlen eines regelmäßigen Abgleichs der Medikamente kann nicht nur zu einer stetig steigenden Zahl von Arzneimitteln, sondern auch zu paradoxen und/oder gefährlichen Interaktionen der verschiedenen Wirkstoffe untereinander führen (Kruse et al. 1987; Kruse 1994; Brummel-Smith 1998). Das Wechselspiel zwischen differierenden pharmakologischen Wirkstoffen kann die Wirkung bestimmter Medikamente aufheben, mit der Folge, dass der Patient das Medikament ablehnt, da er keine Änderung wahrnimmt. Wechselwirkungen können auch als bedrohliche Nebenwirkungen zu Tage treten und mit erhöhter Gesundheitsschädigung und Lebensgefahr verbunden sein (Kruse 1994). Erlebte Nebenwirkungen aber gehören zu den häufigsten Gründen, weshalb Patienten die weitere Einnahme der Medikamente ablehnen.

Besonders dann, wenn die Kooperation und Kommunikation der Akteure rudimentär ist, bedarf es in besonderem Maße der Weiterleitung von Informationen durch den Patienten selbst (Garnett 2000). Doch nicht alle Patienten können und wollen in diesem Sinne selbstverantwortlich agieren. Sind sie zur selbständigen Weiterleitung notwendiger Informationen nicht in der Lage, gewinnen Unterstützungsleistungen aus informellen Netzwerken oder von professioneller Seite an Bedeutung, um schwer wiegende Komplikationen zu vermeiden (Centre for the Advancement of Health 1999; HMO Workgroup on Care Management 2002).

An den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, speziell nach Krankenhausaufenthalt, ergibt sich häufig eine Vielzahl von Änderungen des Medikamentenregimes. Medikamente werden ausgetauscht, Arzneimittel werden hinzugefügt oder verringert. In einer Verlaufstudie von 15 Monaten wurde bei 130 stationär aufgenommenen Patienten ca. die Hälfte der verordneten Arzneimittel geändert. Zwar wurde ein Drittel der Verordnungen abgesetzt, dafür erhielten die Patienten jedoch 18 % mehr Arzneimittel als vor dem Krankenhausaufenthalt (Himmel et al. 1996; Bernsteiner 2005).

Diese Modifikationen können Ergebnis bewusster Therapieentscheidungen sein, sie sind jedoch nicht selten auch Folge unabsichtlicher Änderungen des Therapieplans. Diese Tatsache scheint insofern von Bedeutung, da solche unabsichtlichen Änderungen weder für den Patienten, noch für die nachbehandelnden Ärzte logisch nachvollziehbar sind (Himmel et al. 1996). Hinzu kommt, dass zwischen den Versorgungsbereichen viele Informationen verloren gehen, die für die effektive ambulante Medikamententherapie erforderlich bzw. hilfreich sind (Kruse 1994). So zeigte eine holländische Studie, dass bei 61 % von 304 Patienten ein oder mehrere Fehler in der Arzneimittelanamnese aufgetreten sind. 26 % der von den Patienten eingenommenen 1606 Medikamenten wurden dabei gar nicht erfasst (Lau et al. 2000). Um eine Arzneimittelanamnese lückenlos erstellen zu können, sind die behandelnden Krankenhausärzte auf die Informationen des Patienten angewiesen. Besonders ältere Patienten, bei denen eher passive Verordnungsbefolgungen vorzufinden sind, können jedoch oft nur unzureichende Angaben machen (Alibhai et al. 1999).

Brüche und Versorgungsdiskontinuitäten, die beim Wechsel zwischen stationärer und ambulanter Versorgung häufig anzutreffen sind, können – wie eine Vielzahl von Studien zeigen – den gesundheitlichen Status negativ beeinträchtigen (siehe exempl. Leduc et al. 1998; Schaeffer 2004a). Die Informationsweitergabe, die Weiterleitung der Medikamente zwischen den unterschiedlichen Settings und die Abstimmung und Koordination unter den weiterversorgenden Instanzen stellt noch immer ein großes Problem im fragmentierten deutschen Gesundheitssystem dar (vgl. auch Kruse 1994; Zeppetella 1999; Schaeffer 2004a, b, c). Die negativen Folgen unzureichender Kooperation der unterschiedlichen Versorgungsbereiche werden durch die Ergebnisse einer britischen Langzeitstudie unter geriatrischen Patienten bestätigt. So zeigte sich, dass bereits sechs Wochen nach der Krankenhauserlassung bei 90 % der 50 hier untersuchten Patienten Unterbrechungen und Veränderungen in der Arzneimitteltherapie festzustellen waren. 20 % von ihnen nahmen eines oder mehrere der im Krankenhaus verordneten Arzneimittel nicht mehr ein (Cochrane et al.

1992). Die Brüche in der Arzneimitteltherapie und deren Misserfolge lassen sich aber nicht nur auf eine mangelnde Kommunikation und Zusammenarbeit der professionellen Akteure in unterschiedlichen Versorgungsektoren zurückführen. All zu oft erhalten die Patienten bei der Entlassung aus der Klinik keine angemessene Information und Beratung über ihre medikamentöse Therapie (Cochrane et al. 1992; Himmel et al. 1996). U. a. resultiert hieraus, dass sie auf Nachfragen, welche Arzneimittel sie einnehmen, nicht antworten können und auch keine Kenntnis der wichtigsten Nebenwirkungen ihrer Medikamente haben (vgl. auch Alibhai et al. 1999). Die sich hieraus ergebenden Irritationen und Verunsicherungen des Patienten begünstigen eine niedrige Adhärenzquote und hohe, vermeidbare Gesundheitsrisiken (Zeppetella 1999; WHO 2003).

3.3 Krankheits- und funktionsbedingte Faktoren - Potentielle Quellen für absinkende Adhärenzwerte

Die vorliegenden Studien zu (Non-)Adhärenz bzw. (Non-)Compliance konzentrieren sich fast durchgängig auf einzelne Krankheitsbilder. Obschon ein Teil der auf dieser Grundlage gewonnenen Erkenntnisse generalisierbar ist und damit über verschiedenen Krankheitsgruppen hinweg ausgelegt werden kann, muss hervorgehoben werden, dass sich nicht nur Unterschiede bei einzelnen Krankheitsbildern und verschiedenen Behandlungsarten zeigen. Differenzierungen im Adhärenzverhalten ergeben sich auch innerhalb einer Erkrankungsart, so durch den Schweregrad der Erkrankung, deren Symptomausprägung oder durch das jeweils individuelle Krankheitserleben eines Patienten (Zeppetella 1999; Thorne/Paterson 2000, 2003; WHO 2003). Es stellt sich die Frage, ob das Erleben von schwerwiegenden Symptomen oder krankheitsbedingter Lebensbedrohung als Indikator zur Bestimmung, ob sich ein Patient adhärent oder nicht-adhärent verhalten wird, ausreicht. Beispielsweise wissen an Aids erkrankte Patienten, dass ihre antiretrovirale Therapie oft die einzige Chance ist, ihr Leben zu erhalten und ein unsachgemäßer Umgang mit der komplexen Therapie zur Resistenz führen kann. Dennoch vernachlässigen auch viele von ihnen die Medikamenteneinnahme oder setzen sie zeitweise aus (Dybowski 2005). Andererseits gibt es Patienten, deren Erkrankungen weit weniger schwerwiegend und deren Medikamentenregime deutlich harmlosere Wirkung aufweisen wie im Falle der Aids-Therapie, sie aber trotz allem sehr diszipliniert dem Behandlungsplan folgen. Dies verdeutlicht nochmals, dass das komplexe Phänomen der (Non-)Adhärenz nicht durch die isolierte Betrachtung einzelner Parameter erklärt werden kann (WHO 2003: 27 ff).

Die Bedeutung von Funktionseinbußen

Chronische Krankheiten können in ihrem Verlauf mit zunehmenden Funktionseinbußen einhergehen. Von ihnen sind nicht nur – aber im besonderen Maße – ältere Patienten im fortgeschrittenen Stadium chronischer Erkrankungen betroffen (CMAG 2004, Kap.8). Krankheits- und funktionsbedingte Einschränkungen sind oft schwer abgrenzbar. Um die komplexe Medikamententherapie erfolgreich anwenden zu können, benötigen die Betroffenen eine Vielzahl von Fähigkeiten. Kidd und Altman (2000)

verweisen auf folgende körperliche und geistige Erfordernisse: Sehfähigkeit, Geschmackssinn, Tastsinn, Feinmotorik, Beweglichkeit, kognitive Fähigkeiten, Koordinations- und Lesefähigkeit, Erinnerungsvermögen und intellektuelles Verstehen. Ohne diese Fähigkeiten, kann die Herausforderung zur Bewältigung des Medikamentenregimes schnell zur riskanten Überforderung werden.

Verschiedene Autoren betonen die Gefahren von Funktionseinbußen, wie die Verminderung des Kurzzeitgedächtnisses (Kazis/Friedmann 1988; Hargrave/Remler 1996), multiple mentale Beeinträchtigungen (Kazis/Friedmann 1988; Garnett 2000) oder die Verringerung der Sehfähigkeit im Zusammenhang mit der selbstständigen Bewältigung der Medikamententherapie (Brandstaedt et al. 1996; Esmail/Brazil 2000). Im Verlauf chronischer Erkrankungen kann es zum plötzlichen oder allmählichen Verlust notwendiger Fähigkeiten kommen, die zur eigenständigen Bewältigung des Alltags zwingend erforderlich sind. Gerade bei schubhaften Verschlechterungen des Gesundheitszustandes gehen diese Fähigkeiten oft von einem auf den anderen Moment, zumindest zeitweise, verloren (Schaeffer/Moers 2003). Beispielhaft ist hier auf rheumatische Schübe zu verweisen, die zur beträchtlichen Einschränkung haptischen Vermögens führen und damit die selbstständige Handhabung der Medikamente oft deutlich erschweren. So können Kindersicherungen bei Medikamentenverpackungen durch eine vorliegende Arthritis zum Hindernis für die Compliance der Patienten werden (Gryfe/Gryfe 1984; The National Pharmaceutical Association 1998). Auch durch Einbußen der Feinmotorik können speziell im Alter wichtige Verordnungsanweisungen, wie das Teilen von Tabletten oft nicht mehr ordnungsgemäß befolgt werden (Gryfe/Gryfe 1984). Dadurch werden Unter- oder Überdosierungen der Medikamenteneinnahme begünstigt.

Oft stellen sich Funktionseinbußen eher schleichend ein und werden von den Patienten häufig nicht erkannt, unterschätzt, bagatellisiert oder verdrängt (CMAG 2004, Kap.8). Führt dies dazu, dass Medikamente vergessen oder verwechselt, ihre Notwendigkeit oder die Einnahmemodalitäten nicht verstanden werden, oder ihre (ordnungsgemäße) Anwendung aus anderen Gründen nicht mehr gegeben ist, kann das Risiko der (bewussten und unbewussten) Nonadhärenz steigen (Johnson et al. 1999; Kidd/Altman 2000; Steuernagel/Doering 2002). Über- oder Falschdosierungen, sowie das vollständige Auslassen der Medikamente als Folge solcher Verluste, führen wiederum zu einem schlechteren Gesundheitszustand, der die Patienten lebensbedrohlich gefährden kann. Die Studienergebnisse von Devor et al. (1994) muten daher auf den ersten Blick überraschend an. Ihnen zufolge steigt die Compliance mit sinkendem, funktionellem und kognitivem Status. Wie bereits hervorgehoben wurde, können die Gründe dafür in einer wachsenden sozialen Unterstützung und Hilfestellung bei der Medikamenteneinnahme durch Angehörige bei zunehmenden Funktionseinbußen liegen. Ein weiterer Grund wird von Gordis (1982) auf das Bestreben der Patienten verwiesen, Funktionseinbußen nach außen hin geheim zu halten oder zu verdrängen, was die Betroffenen zur möglichst genauen Einhaltung der Therapiepläne bewegen kann.

Die Auswirkungen psychischer Erkrankungen und Psychischer Komorbidität auf die Compliance

Nicht nur körperliche Funktionseinbußen, auch psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen und Begleiterkrankungen wie beispielsweise Depressionen, können sich – wie zahlreiche Studien gezeigt haben – als erschwerender Faktor für die Bewältigung komplexer Pharmakotherapien erweisen. In einer Fülle wissenschaftlicher Publikationen wird bestätigt, dass psychische Erkrankungen wie Schizophrenie oder Depressionen zu einem der bedeutsamsten Faktoren für Non-Adhärenz zählen (Melfi et al. 1998; Lacro et al. 2002; Keller et al. 2002; Gilmer et al. 2004). Chronische Erkrankungen sind, zumindest phasenweise, oftmals mit psychischen Begleiterscheinungen wie Angstzuständen und depressiver Stimmungslage verbunden, wie es bei Diabetes und Epilepsie relativ häufig nachgewiesen wurde (WHO 2003, Kap. X und XI). Sie können sich unter Umständen zu manifesten psychischen Krankheiten entwickeln (Ciechanowski et al. 2000; Finzen 2001). Angstzustände und depressive Verstimmungen sind mit einer zusätzlichen Verringerung der Lebensqualität assoziiert (DiMatteo et al. 2000; Ciechanowski et al. 2000) und treten häufiger bei Frauen auf (Lustman et al. 1998). Depressionen sind nachweislich mit einer Erhöhung der Inanspruchnahme des Versorgungssystems verbunden, leisten funktionellen Behinderungen Vorschub und verstärken die Morbidität und Mortalität (Lustman et al. 1998; Anderson et al. 2001). Hinzu kommt gerade bei älteren Patienten das Phänomen der so genannten Altersdepression.

Der Glaube an den Nutzen der Therapie ist elementar für die adäquate Anwendung der Medikamente. Kennzeichnend für depressive Stimmungslagen, die häufig im Verlauf chronischer Krankheit auftreten, sind Gefühle der Hoffnungslosigkeit, fehlenden Optimismus, Antriebsarmut, Schlaflosigkeit und Motivationsverlust. Vor allem Motivationsverlust wird in der Adhärenzforschung heute als ein wesentlicher Grund für das Absinken der Therapiemotivation eingestuft. So zeigte sich in einer Reihe von Studien, dass sowohl die selbstberichtete Adhärenz wie auch die beobachtete und gemessene Adhärenz (Nachweis durch Arzneimittelschwund oder durch biochemische Parameter) bei depressiven Patienten deutlich geringer ausfällt als bei nicht-depressiven Patienten (Sumartojo 1993; Demyttenaere 1998; Lustman et al. 1998; Garnett 2000; DiMatteo et al. 2000; Ciechanowski et al. 2000; Stone 2001; Gaul/Dornaus 2001; WHO 2003). In der Folge einer Depression kann es zur Reduktion kognitiver und körperlicher Funktionen kommen (nicht-intendierte Noncompliance). Diese behindern beispielsweise das Erinnern an die Medikamenteneinnahme (Demyttenaere 1998; DiMatteo et al. 2000; Ciechanowski et al. 2000; Anderson et al. 2001).

Depressionen können die Symptomatik und den Verlauf organisch begründeter Erkrankungen verstärken. Die aus unbehandelten Depressionen resultierenden zusätzlichen Folgekosten sind bisher kaum belegt (Ciechanowski et al. 2000). An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass eine Depression auch Folgewirkung einzelner Medikamente oder Wirkstoffinteraktionen sein kann. Besonders gefährdet für das Auftreten solche Nebenwirkungen sind ältere Patienten, die eine Vielzahl von Arzneimitteln einzunehmen haben (Tom/Cummings 1998; Hegerl/Möller 2000). Das recht-

zeitige Erkennen der Manifestation einer Depression und ihre angemessene Behandlung, die nicht nur in Form von Medikamentenverordnungen erfolgen sollte, kann daher auch und gerade bei chronischen Krankheiten einen bedeutenden Beitrag zur Verbesserung der Adhärenz leisten (Lustman et al. 1998; Ciechanowski et al. 2000). Da die meisten chronisch kranken Patienten immer wiederkehrende depressive Episoden durchleben, reichen Kurzzeitbehandlungen zumeist nicht aus (Peveler/Kendrick 2001). Nicht nur aber insbesondere in akuten depressiven Phasen sollte zudem die Dosis und Frequenz der Medikamenteneinnahme so gering wie möglich gehalten werden, um Überforderungen zu vermeiden (Lustman et al. 1998). Als schwierig für die Behandlung von Depressionen dürfte sich erweisen, dass gerade bei älteren Menschen Depressionen oft als normale Begleiterscheinung des Alters eingestuft werden. Dies betrifft nicht nur die Wahrnehmung vieler Älterer selbst, sondern spiegelt auch das Denken vieler Therapeuten wieder (CMAG 2004, Kap.8)

Wie es u. a. Anderson et al. (2001) betonen, sollte eines der primären Ziele der Behandlung chronischer Erkrankungen die Minimierung der Gefahren von Ko-Morbidität sein (vgl. auch Lustman et al. 1998). Einige Krankheitsbilder wie Epilepsie, Morbus Parkinson oder Diabetes können kognitive Abbauprozesse nach sich ziehen, die sich beispielsweise in verzögerten Reaktionen oder Vergesslichkeit niederschlagen und dadurch das Adhärenzverhalten beeinträchtigen können (Garnett 2000; WHO 2003). Besondere Probleme bei der selbstständigen Bewältigung der Medikamententherapie stellen sich im Fall von Demenzerkrankungen (The National Pharmaceutical Association 1998). Sie werden im Anfangsstadium von den Patienten und/oder ihren Angehörigen häufig nicht erkannt oder verdrängt. Auch Ärzte registrieren die spezifischen Krankheitszeichen oft zu spät, woraus resultiert, dass die Demenz lange Zeit unbehandelt bleibt. Die medikamentöse Behandlung bereits zuvor bestehender chronischer Erkrankungen kann durch den zunehmenden Verlust des Erinnerungsvermögens erheblich beeinträchtigt werden, wenn aus Vergesslichkeit Medikamente entweder ausgelassen oder mehr als verordnet eingenommen werden (Kazis/Friedmann 1988).

Die Behandlung von Psychosen ist an dieser Stelle noch gesondert hervorzuheben. In den Phasen ausgeprägter Wahnvorstellungen lehnen die Patienten Medikamente sehr häufig ab (Van Putten 1974). In diesen Phasen sind die Betroffenen oft nicht in der Lage die Anforderungen des täglichen Lebens und denen, die aus der Krankheit erwachsen, zu bewältigen. Ebenso ist Feindseligkeit und Argwohn, die symptomatischer Ausdruck psychotischer Phasen sind, ein bedeutsamer Faktor für eine niedrige Adhärenz (Marder et al. 1983). Cuffel et al. (1996) fanden in ihrer Untersuchung heraus, dass Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen dazu tendierten über eine höhere Adhärenz zu berichten, als dies objektiv der Fall war.

Symptomfreiheit

Im Verlauf chronischer Erkrankungen erfahren die Patienten neben krisenhaften Zuständen auch Zeiten, in denen sich die Krankheit und die mit ihr verbundenen Symptombelastungen auf einem stabilen Niveau einpen-

delt und sie mitunter kaum Beschwerden erleben. Das Ausbleiben von Symptomen und ein vom Individuum „subjektiv“ als „gut“ eingestuftes Gesundheitsstatus ist allerdings mit niedriger Adhärenz assoziiert (Sumartojo 1993; Dowell/Hudson 1997; McLean/Lo 1998; Hessel et al. 2000; Gaul/Dornaus 2001). Die Symptommfreiheit kann durch die Einnahme eines Medikamentes erreicht worden sein, sie kann sich aber auch unabhängig von einer Arzneimitteltherapie entwickelt haben. Die Medikamenteneinnahme steht symbolisch für die Bekämpfung eines Zustandes, der abgewendet werden soll. Fühlt sich der Patient wohl und ist frei von psychischen und körperlichen Leiden, so scheint die Medikamenteneinnahme für ihn ohne ersichtlichen Sinn (Sumartojo 1993; Dowell/Hudson 1997; Johnson et al. 1999; Garnett 2000; WHO 2003; Müller-Mundt 2005). Eine solche Logik bzw. Handlungsweise kann sich jedoch als fatal erweisen. Die Therapien sind in der Regel auf Dauer angelegt und können ihre zielgerichteten Effekte oft nur auf der Basis eines notwendigen Wirkstoffspiegels erfolgreich entfalten. Das frühzeitige Absetzen oder Unterbrechen der Einnahme kann den Erfolg der gesamten Behandlung gefährden (WHO 2003). Nicht selten nehmen die Patienten nach einer Unterbrechung der Medikamentenanwendung die Therapie dann wieder auf, wenn sich Verschlechterungen der gesundheitlichen Situation bemerkbar machen (Brandstaedt et al. 1996). Ist die Therapiemotivation der Patienten also nur auf die Symptomreduzierung oder -beseitigung begrenzt, besteht das Risiko die Medikamenteneinnahme dann einzustellen, wenn das Ziel der Symptomkontrolle erreicht ist oder sich keine Symptombefreiung einstellt (Horne 1999; WHO 2003).

Ganz damit im Einklang zeigen Studien, dass vorrangig Patienten, deren Erkrankung kaum oder keine spürbaren Symptome verursacht (z. B. Bluthochdruck), die sich, wie die Epilepsie, durch teilweise nur in größeren Zeitintervallen auftretende „anfallsartige“ Krisen auszeichnen oder solche, die präventiv behandelt werden, eine eher geringe Bereitschaft zur regelmäßigen Medikamenteneinnahme aufweisen (Brandstaedt et al. 1996; Bloom 2001; WHO 2003; CMAG 2004, Kap. 8). Besonders problematisch stellt sich dieses Problem bei der Behandlung von Psychosen dar. Die Erinnerung an die Einnahme der Medikamente fällt schwer, da keine physischen Veränderungen wie bspw. Schmerz erlebt werden. In den symptomfreien Zeiten wird häufig die Medikamentendosis verringert oder komplett eingestellt, da sich die Patienten ohne Medikamente besser fühlen (Marder 2003). Speziell bei psychischen Erkrankungen wie der Schizophrenie trifft man deshalb das Phänomen der „partiellen Compliance“ ausgesprochen häufig an (Marder 2003). Bei einigen Pharmakotherapien wie im Falle der Hypertonie- oder Schizophreniebehandlung, setzen von den Patienten als belastend und einschränkend erlebte Symptome sogar meist erst mit Beginn der Arzneimittelanwendung ein (Bloom 2001). Vielfach verstehen die Patienten dann die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der Therapie nicht, da ihnen die hierfür erforderliche Krankheitseinsicht fehlt bzw. sich ihr subjektives Wohlbefinden durch die Medikamenteneinnahme spürbar verschlechtert (Brandstaedt et al. 1996; Bloom 2001; WHO 2003). Damit sind bereits in der Wirkung der Arzneimittel begründete Faktoren angesprochen, die die Adhärenz beeinträchtigen können.

3.4 Medikamentenbedingte Faktoren - Gefahren und Nutzen der Pharmakotherapien und ihre Auswirkungen auf die Therapiemotivation

Eine Fülle von Herausforderungen und Problemen bei der Bewältigung von Medikamentenregimen ergibt sich – wie im vorangegangenen Abschnitt bereits sichtbar wurde – durch die Wirkungsweise der Arzneimittel und ihre Anwendung bzw. Applikationsform. Nachfolgend werden die laut Literatur bedeutendsten Aspekte dargestellt.

Merkmale medikamentöse Therapien bei chronischer Krankheit

Grundsätzlich weisen Arzneimitteltherapien bei chronischen Erkrankungen die Besonderheit auf, dass sie in den seltensten Fällen zur tatsächlichen Heilung führen und sie nur bedingt und/oder zeitweise eine Linderung von Beschwerden bzw. Stabilisierung des Gesundheitszustandes bewirken können (Petermann 1998b). Der meist progrediente Verlauf dieser Erkrankungen und die ständig wechselnden gesundheitlichen Befindlichkeiten (Schaeffer/Moers 2003; Corbin/Strauss 2004), die vielfach gesundheitliche Rückschläge auch bei adäquater Medikamentenanwendung implizieren, wirken sich nicht fördernd auf die in der Regel notwendige lebenslange Bereitschaft zur Medikamenteneinnahme aus (WHO 2003). Die Pharmakotherapien müssen wiederkehrend ausgerichtet oder geändert werden, so dass sich die Patienten wiederholt modifizierten Behandlungsplänen unterziehen müssen. Solche Anpassungsleistungen können – bedenkt man die Bedeutung von alltäglichen Routinen und Ritualen bei der Bewältigung von Arzneimittelregimen – eine nicht zu unterschätzende Wirkung auf den Lebensalltag der Patienten ausüben (Schaeffer/Moers 2003, WHO 2003, Corbin/Strauss 2004). Diese Besonderheit kann als motivationsverringender Faktor im Zusammenhang mit der Compliance oder Adhärenz der Betroffenen gesehen werden.

Das Erleben von Nebenwirkungen oder Unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW)

Eine Vielzahl von Medikamenten, die bei chronischen Erkrankungen zum Einsatz kommen, deren Dosierung, die dauerhafte Einnahme und nicht zuletzt Multimedikation erhöhen das Risiko des Auftretens von Nebenwirkungen, von UAE's, von Resistenzen und Interaktionseffekten. Untersuchungen haben gezeigt, dass das Erleben von Nebenwirkungen und UAE's zu den häufigsten Ursachen für den Abbruch oder das Aussetzen der Medikamententherapie zählt (Brandstaedt et al. 1996; Buck et al. 1997; Zeppetella 1999; Garnett 2000; DiMatteo et al. 2000; Bloom 2001). Das Auftreten von Nebenwirkungen mindert das in die Therapie gesetzte Vertrauen und verstärkt die Sorge der Patienten, sich durch die dauerhafte Arzneimittelanwendung der Gefahr zusätzlicher und unter Umständen irreversibler Gesundheitsbeeinträchtigungen auszusetzen (Donovan/Blake 1992; Garnett 2000; Stone 2001).

Nicht nur das Erleben von Nebenwirkungen, sondern auch die Angst vor ihnen gilt als Ursache für nonadhärentes Verhalten. Die Patienten mi-

nimieren bewusst die Einnahme, um die gesundheitliche Schäden, die durch das Medikament entstehen können, möglichst gering zu halten (Horne/Weinman 1999). Dementsprechend ist unter Patienten, die keine Nebenwirkungen erleben oder angeben, keine Angst vor diesen zu haben, auch die Bereitschaft zur Einnahme der Medikamente stärker ausgeprägt (Garnett 2000; Stone 2001). Diese Ängste müssen nicht zwangsläufig in direkter Verbindung mit dem Auftreten von Nebenwirkungen im Rahmen der aktuellen Arzneimitteltherapie stehen. Sie können auch in vorangegangenen eigenen (Leventhal/Cameron 1987; Sumartojo 1993) oder den Therapieerfahrungen von Personen des sozialen Umfeldes begründet sein oder auch durch entsprechende Medienberichte hervorgerufen werden (Becker/Rosenstock 1984; Brandstaedt et al. 1996; Lumme-Sandt/Virtanen 2002). Das Wissen um die potenzielle Gefahr des Auftretens von UAE's genügt mitunter, um die Sorge vor Nebenwirkungen auf sich selbst und auch auf andere Medikamente zu übertragen.

Hinzu kommt, dass die Patienten Nebenwirkungen von Medikamenten teilweise einschränkender und belastender erleben als den „normalen“ Krankheitsstatus vor der Aufnahme der medikamentösen Therapie. Dies zeigt sich vor allem dann, wenn die Arzneimittelwirkung wesentliche Aspekte der Lebensqualität wie den Erhalt der Selbstständigkeit, die Selbstkontrolle und damit das Gefühl von Autonomie beeinträchtigt (Gaul/Dornaus 2001). Wesens- und Wahrnehmungsveränderungen oder funktionelle körperliche Beeinträchtigungen als Nebenwirkung bestimmter Medikamente können sich zu einem gravierenden Störfaktor im sozialen Leben der Patienten entwickeln (Buck et al. 1997; Delaney 1998). In der geriatrischen Forschung konnte beispielsweise nachgewiesen werden, dass die Folgewirkungen und Interaktionseffekte von Multimedikation oftmals eine Ursache für die Manifestation von Urininkontinenz im Alter darstellt. Urininkontinenz ist für die davon betroffenen Patienten oft in einem hohen Maße mit Scham behaftet und mündet nicht selten in sozialem Rückzug und damit in sozialer Isolation. Diese wiederum begünstigt häufig das Entstehen von Depressionen, die – wie in Kapitel 3.3 bereits dargelegt – oftmals kontraproduktive Wirkungen auf die Bewältigung der Medikamententherapie entfalten können (Steffens 1998). Ebenso können Medikamente sexuelle Dysfunktionen, wie dies bspw. bei Psychopharmaka und Tranquilizern der Fall ist, hervorrufen. Die Störung der sexuellen Aktivität durch das anzuwendende Medikament erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass eine Ablehnung desselben hervorgerufen wird (Nurnberg/George 2001).

Wenn Patienten solche Prozesse bei sich wahrnehmen, besteht die Gefahr, dass das Medikament, als realer oder vermeintlicher Verursacher der persönlichen Veränderung, eigenmächtig abgesetzt wird. Eine umfassende Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen durch den Arzt ist deshalb unabdingbar, damit der Patient unerwünschte Arzneimittelreaktionen richtig einschätzen kann, negative Veränderungen durch das Medikament frühzeitig erkennt und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient nicht nachhaltig gestört wird (Brandstaedt et al. 1996; Garnett 2000). Eine unzureichende Aufklärung über Nebenwirkungen fördert nachweislich das Misstrauen der Patienten gegenüber der Therapie und gegenüber dem betreuenden Arzt, was im Ergebnis wiederum das Risiko der Nonadhärenz erhöht (Garnett 2000).

Auf Dauer angelegte Pharmakotherapien verstärken die Gefahr des Auftretens von Nebenwirkungen und potenziellen Langzeitschäden, was sich wiederum auf die ordnungsgemäße Einnahme der Medikamente auswirken kann. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW), die mit Symptomen wie Schwindel, Verwirrheitszuständen und Schläfrigkeit einhergehen oder zu Funktionseinbußen führen, können sich auf die Bewältigung der Medikamententherapie hemmend auswirken (HMO Workgroup on Care Management 1999; Kidd/Altmann 2000). Mehr noch, sie können in ihrer Folge beispielsweise gerade bei älteren Menschen Stürze provozieren, die sehr oft in dauerhafter Pflegebedürftigkeit oder Behinderung münden (Renteln-Kruse et al. 1998). Speziell bei älteren Menschen werden aufgrund inadäquater Medikamentenanwendungen und UAE's besonders häufig Notfallbehandlungen und/oder Einweisungen in Langzeitpflegeeinrichtungen erforderlich (CMAG 2004, Kap. 8).

Angst vor der Medikamentenabhängigkeit

Von Nonadhärenz oder niedrigen Adhärenzwerten wird zumeist dann gesprochen, wenn Patienten die Medikamenteneinnahme komplett aussetzen oder die Dosis selbstständig verringern. Häufig wird dabei vergessen, dass auch die Abhängigkeit von Medikamenten, die oft mit übermäßigen Einnahmen verbunden ist, als Nichtbewältigung von Medikamentenregimen eingestuft werden muss. Diese Form der Nonadhärenz ist mit dem zunehmenden Risiko von Vergiftungserscheinungen durch Überdosierungen verbunden, die nicht selten lebensgefährliche Folgen für die Betroffenen nach sich ziehen (WHO 2003).

Die Angst vor Medikamentenabhängigkeit, die als ein Indikator für nonadhärentes Verhalten gilt, ist besonders dann ausgeprägt, wenn Arzneimittel – wie im Fall von chronischen Krankheiten – bis zum Lebensende angewendet werden müssen (Buck et al. 1997; Demyttenaere 1998). Langzeitschädigungen, die durch die oft jahrelange Behandlung mit bestimmten Wirkstoffen auftreten können, sind häufig mit der Angst vor schwerwiegenden und/oder dauerhaften Einschränkungen im Bereich der Lebensqualität verbunden (Demyttenaere 1998).

Bei chronisch oder mehrfach erkrankten Menschen weisen Langzeitbehandlungen mit Medikamenten eine besondere Diskrepanz auf. Einerseits ermöglicht ihnen das Medikament ein Leben mit der Krankheit. Andererseits stellt es eine permanente Erinnerung dar, dass ein Leben ohne Arzneimitteltherapie nicht mehr gewährleistet ist. Diese Form der Abhängigkeit wird mit der Macht des Medikaments über die eigene Person, ja über das eigene Leben, in Verbindung gebracht. Die Gewissheit, dass das eigene Leben bzw. die Lebensqualität von einem oder mehreren pharmakologischen Präparaten abhängt, kann von den Betroffenen als bedrohlich erlebt werden (Demyttenaere 1998). Das Gefühl von Ohnmacht und Ausgeliefertsein, welches sich nicht nur auf die Abhängigkeit von Arzneimitteln bezieht, sondern auf Ärzte und Pflegekräfte oder das Medizinsystem als solches ausweiten kann (Dowell/Hudson 1997; Warschburger 1998; Horne/Weinman 1999) bedarf einer bewussten Auseinandersetzung, in der die Patienten emotionale, psychische und fachliche Unterstützung sowie Begleitung benötigen. Das Abhängigkeitserleben kann ebenfalls kontra-

produktive Wirkmechanismen entfalten, die in nonadhärenten Verhalten der Patienten münden (Dowell/ Hudson 1997). Beispielhaft hierfür steht das Phänomen der so genannten „Drug-Holidays“ (Düsing 2003). Dabei handelt es sich um zeitweiliges Absetzen der Medikamente ohne Rücksprache mit dem Arzt, in denen die Patienten prüfen, ob ein Leben ohne Medikament noch oder wieder möglich ist, bzw. ob die Medikamenteneinnahme insbesondere bei einer symptomatischen Therapie überhaupt noch nötig ist (Müller-Mundt 2005). Es handelt sich dabei u. a. um einen Versuch die „Macht“ des Medikamentes zu mindern und die eigene Unabhängigkeit von den Arzneimitteln zumindest ein Stückweit zu wahren (WHO 2003).

Abneigung gegen bestimmte Medikamente und Applikationsformen

Die Sorge um mögliche Entwicklung von Medikamentenabhängigkeit ist nicht mit der Abneigung gegen Medikamente gleichzusetzen. Zudem findet sich in der Compliance- und Adhärenzforschung eine Vielzahl von Hinweisen dafür, dass die Applikationsform oder die Art und Konsistenz der pharmakologischen Produkte bis hin zur Verweigerung der Anwendung der Arzneimittel führen können (Macdonald/Macdonald 1992). Eine Studie unter insulinabhängigen Typ II Diabetikern zeigt beispielsweise, dass insbesondere Patientinnen, welche ihre Angst und Abneigung gegen „die Insulinspritze“ nicht überwinden können, weniger adhärent sind als diejenigen Patienten, bei denen keine Aversion gegen das Injizieren des Insulins vorlag. Da die betreffenden Patientinnen trotz dieser Abneigung zur täglichen Injektion gezwungen waren, wurde ihr Wohlbefinden hierdurch nachweisbar beeinträchtigt: Sie signalisierten ein hohes Maß an emotionalem Stress und wiesen eine verstärkte Tendenz zur Entwicklung depressiver Symptome auf (Mollema et al. 2001). Analog zu diesen Befunden stellte Delaney (1998) in einer Untersuchung unter psychisch erkrankten Menschen fest, dass Patienten, die ihre Medikamente spritzen, niedrigere Adhärenzquoten aufweisen als solche, die ihre Arzneimittel oral einnehmen. Auch der Geschmack, der Geruch, die Konsistenz oder die Größe von Tabletten kann Aversionen gegenüber den Medikamenten hervorrufen und dementsprechend die Adhärenz beeinträchtigen (Acharya/Acharya 2003; Doty et al. 2003). Depotmedikamente werden häufig bei den Patienten verordnet, von denen bekannt ist, dass sie sich in der Vergangenheit schon häufiger noncompliant verhalten haben (Marder 2003).

Dosen und Dosierung der Medikamente und Komplexität der Regime

In einer Vielzahl von Studien wurde nachgewiesen, dass die Adhärenz positiv mit niedrigeren Dosierungen und einer geringeren Anzahl der Dosisverabreichung der Arzneimittel korreliert. Somit kann nicht nur die Menge und die Anzahl der einzunehmenden Arzneimittel zu einem festen Tageszeitpunkt maßgeblich für die Einnahmemotivation sein. Auch die Frequenz der Einnahmezeitpunkte über den Tag verteilt spielt bei der Bewältigung der Pharmakotherapie eine entscheidende Rolle. In der Regel erhöht eine niedrige Einnahmedosis und -frequenz den Einnahmeerfolg (Hargrave/Remler 1996; Zeppetella 1999; Esmail/Brazil 2000; Garnett

2000; Gaul/Dornaus 2001; WHO 2003). Demzufolge lassen sich bei hohen Einnahmefrequenzen und/oder -dosen niedrige Adhärenzwerte feststellen (Sackatt/Haynes 1976). Je höher die Dosis bzw. Potenz des Medikaments von den Patienten wahrgenommen wird, umso deutlicher wächst die Abneigung es einzunehmen (Bloom 2001). Die zunehmend schwierige Handhabung und Koordination der Medikamenteneinnahme bei einer steigenden Anzahl von Arzneimitteln, erhöht nicht nur die Gefahr von Einnahmefehlern (Lau et al. 2000), sie ist gleichfalls als ein die Adhärenz verringernder Faktor zu betrachten (Hargrave/ Remler 1996; Johnson et al. 1999; Zeppetella 1999; HMO Workgroup on Care Management 2002; WHO 2003). Dementsprechend wurde nur in einigen wenigen Studien bei steigender Anzahl der einzunehmenden Medikamente eine höhere Ausprägung der Einnahmefähigkeit festgestellt (Brandstaedt et al. 1996; Oelzner/Brandstaedt 1996; Buck et al. 1997). Besondere Herausforderungen stellt das Management der Pharmakotherapie für die Patienten dar, wenn nicht nur bestimmte Zeiten eingehalten werden müssen, sondern zugleich auf eine besondere Ernährung und eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr im Zusammenhang mit der Medikation geachtet werden muss (Paes et al. 1997; Chesney 2003) und wenn eine Abstimmung verschiedener Medikamente aufeinander einzuhalten ist (Roberts 2000).

„Zu Risiken und Nebenwirkungen....“ – Die Bedeutung von Beipackzetteln

Auch Beipackzettel, in denen auf mögliche Neben- und Wechselwirkungen hingewiesen wird und die dem Patient als frühzeitiges Warnsystem bei unerwünschten Arzneimittelwirkungen dienen sollen, können zur Verunsicherung beitragen und die Gefahr nonadhärenten Verhaltens erhöhen (Dowell/Hudson 1997). In einer Untersuchung wird sogar kritisch bemerkt, dass auf solche Hinweise im Beipackzettel verzichtet werden sollte, um Ängste vor Medikamenten nicht unnötig zu schüren. Der Beipackzettel sollte keinesfalls von Ärzten als ausreichend angesehen werden, um den Patienten über Wirkung und Risiken der einzunehmenden Präparate aufzuklären (Brandstaedt et al. 1996). In einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung, in der die neuen Bundesländer noch keine Berücksichtigung fanden, galt die Angst vor Nebenwirkungen, die im Beipackzettel aufgeführt waren, als dritt- und vierthäufigste Ursache für die Nichteinnahme der Medikamente (Herrmann 1991). Am Beispiel der Beipackzettel wird wiederum offenbar, dass sich die Bereitstellung von Informationen allein kaum als geeignete Strategie erweist, um die Mitwirkungsbereitschaft der Patienten im Behandlungsprozess nachhaltig zu stärken (vgl. hierzu auch Kapitel 3.2)

3.5 Personenbedingte Faktoren - Der Einfluss von Einstellungen und Erfahrungen auf das Adhärenzverhalten

Ob ein Patient die verordneten Medikamente einnimmt, ist letztendlich von seinen eigenen Einstellungen gegenüber der Arzneimitteltherapie und der Krankheit abhängig. Dabei spielen persönliche Erfahrungen und Werte wie auch Werthaltungen und Einflüsse des sozialen Umfeldes eine entscheidende Rolle (Donovan 1995; Johnson et al. 1999). Der Bedeutung der persönlichen Einstellung gegenüber der Krankheit, der Pharma-

kotherapie oder ärztlichen Anordnungen wird in neueren Untersuchungen zur Bewältigung komplexer Medikamentenregime zunehmend Beachtung geschenkt. Dieser Bewusstseinswandel lässt sich u. a. auf die Begrenztheit der in den letzten Jahrzehnten entwickelten Modelle und Theorien zu Veränderung und Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens zurückführen. In den Modellen wurde vorwiegend von bewussten, rationalen und nutzenorientierten Denk- und Handlungsmechanismen auf Seiten der Patienten ausgegangen, was im Umkehrschluss dazu führte, dass unbewusste Aspekte weitestgehend ausgeblendet wurden (Leventhal/Cameron 1987). So geraten beispielsweise autobiographische Erfahrungen sowie emotionale Faktoren und/oder soziokulturelle Einflüsse aus dem Blick. Dass sich die Bewältigung der Medikamententherapie für die Patienten fortwährend als Balanceakt zwischen klinischen, sozialen, emotionalen und psychischen Faktoren darstellt (WHO 2003), der wechselhaft bewusst und unbewusst verläuft und sich häufig rationalen Kriterien entzieht, soll anhand der nachfolgenden Aspekte aufgezeigt werden (Johnson et al. 1999).

„Kosten-Nutzen Analysen“ – Der Patient als Ökonom in eigener Sache

Nicht nur der Glaube an die Wirkung der Medikamente, sondern auch der unmittelbar wahrgenommene Nutzen bzw. Effekt der medikamentösen Therapie ist gerade bei chronischen Erkrankungen oft ausschlaggebend für langfristige Ausprägung des Adhärenzverhaltens (Donovan/Blake 1992; Horne/Weinman 1998; Zeppetella 1999; WHO 2003). Einige Studien zeigen, dass Patienten eigene „Kosten-Nutzen Analysen“ durchführen, in denen der Aufwand der Medikamenteneinnahme sowie deren Auswirkungen auf das eigene Leben dem erzielten und/oder erhofften Effekt der Therapie gegenübergestellt wird. Können Patienten aufgrund von Medikamentenwirkungen oder deren Einnahmemodalitäten ihnen wichtige Alltagsverrichtungen und Handlungen nicht mehr in gewohnter Art und Weise nachgehen, so entscheiden sie sich nicht selten gegen das Medikament (Johnson et al. 1999; Garnett 2000; Catz et al. 2000). Die Lebensqualität hat für sie einen höheren Wert als die Einnahme der Medikamente.

„Kosten-Nutzen-Analysen“ beziehen sich auch auf die möglichen Nebenwirkungen bzw. Langzeitschädigungen, die durch das Medikament hervorgerufen werden können (Horne/ Weinman 1999; Zeppetella 1999; Stone 2001). Der Gesundheitszustand vor der Therapie wird in Relation zu möglichen Risiken durch das Medikament gesetzt. Entsprechend der Bilanz, die die Patienten in Abwägung der eigenen Meinung, der anderer Personen und vielfach unter dem Einfluss der über die Massenmedien transportierter Berichte und Meinungen für sich ziehen, entscheiden sie sich für oder gegen die Einnahme (Horne/Weinman 1999; Johnson et al. 1999). Werden die Kosten im Verhältnis zum Nutzen als zu hoch eingestuft, geht sehr häufig auch die Bereitschaft zur Adhärenz zurück. Gründe für eine so hergeleitete Ablehnung müssen nicht selten auf ein unzureichendes Verständnis gegenüber der Behandlung, auf überhöhte Erwartungen an die Therapie, auf die oft ausbleibende Aufklärung und auf eine mangelhafte oder falsche Informationen durch den Arzt zurückgeführt werden (Brandstaedt et al. 1996; Garnett 2000; DiMatteo et al. 2000; Johnson et al. 2000; vgl. hierzu auch Kapitel 3.2).

Auch ausbleibender Erfolg oder unzureichender Nutzen der Therapie fördert nonadhärentes Verhalten (Zeppetella 1999; Herz/Melville 1980). Oft werden die Instruktionen des Arztes mit den eigenen Erfahrungen und dem eigenen Glauben verglichen und daraufhin gefiltert. Sind die Anweisungen des Arztes mit den eigenen Vorstellungen kompatibel, akzeptieren die Patienten sie und sind zur Befolgung der Anordnungen bereit. Stehen die ärztlichen Instruktionen jedoch im Konflikt mit eigenen Vorstellungen, ist Ablehnung und damit oft noncompliantes Verhalten die Folge (Donovan/Blake 1992).

Die Bereitschaft zur Anwendung der Pharmakotherapie verringert sich auch, wenn eine Besserung des Gesundheitszustandes von den Betroffenen nicht mit der Medikamenteneinnahme in Verbindung gebracht wird. Dann entsteht für sie der Eindruck, dass die kontinuierliche Anwendung ihrer Arzneimittel überflüssig ist, da auch ohne sie Wohlbefinden erzielt werden kann (WHO 2003; Marder 2003). Solange die Patienten sich nicht als gefährdet einstufen, werden die Medikamente – unter Umständen bis zum Eintritt einer massiven Verschlechterung der Gesundheitssituation – nur unregelmäßig oder gar nicht angewendet (Johnson et al. 1999). Viele Patienten testen zu Beginn der Therapie deren Effektivität, indem einzelne Tabletten ausgelassen werden oder die Behandlung für einige Zeit unterbrochen wird. Anhand von spürbar positiven oder negativen Wirkungen entscheiden sich die Patienten dann für oder gegen die Einnahme (Dowell/Hudson 1997; Johnson 1999).

Die Überzeugung von der Wirksamkeit der Arzneimittel und auf sie zurückgeführte positive Effekte sind in besonderem Maße motivationssteigernde Faktoren bei der Befolgung der Therapie (Eldred et al. 1998; Horne/Weinman 1999). Wenn sich die Patienten durch das Medikament sicher fühlen und es sich nicht schädlich auf ihre körperliche Verfassung auswirkt, ist – so die Ergebnisse vorliegender Studien – nahezu durchgängig eine höhere Bereitschaft zur Anwendung der Arzneimittel nachweisbar (Johnson et al. 1999; Horne/Weinman 1999).

Krankheitseinsicht und Krankheitserleben

Die Medikamenteneinnahme steht vielfach als Symbol für die Erkrankung. Fehlt die Krankheitseinsicht oder wird sie abgewehrt, verhindert dies nicht nur die Auseinandersetzung mit der Krankheit sondern sinkt auch die Bereitschaft zur regelmäßigen Anwendung der verordneten Arzneimittel (Sumartojo 1993; McLean/Lo 1998; Delaney 1998; Gaul/Dornaus 2001). Zweifel an der Diagnose, die teilweise auch Ausdruck von Verdrängung und mangelnder Krankheitseinsicht sind, implizieren vielfach die Verweigerung der Medikamenteneinnahme (Buck et al. 1997; Garnett 2000; WHO 2003). Fühlt sich ein Mensch also nicht krank oder ist er bestrebt, die Krankheit von sich zu schieben, so wird er die Notwendigkeit einer regelmäßigen Medikamentenanwendung nicht nachvollziehen können (Chambers 1999). Folgt man dieser Logik, ist die Medikamentencompliance mit dem Eingeständnis, krank zu sein, gleichzusetzen (Dowell/Hudson 1997; Delaney 1998). Im Einklang damit zeigt sich bei Patienten mit Erkrankungen, die gesellschaftlich stigmatisiert oder mit Vorurteilen behaftet sind (z. B. AIDS oder Epilepsie), besonders häufig

eine geringe Bereitschaft zur kontinuierlichen Medikamentenanwendung (Delaney 1998; Garnett 2000; WHO 2003). Wie in Kapitel 3.3 dargelegt, sind Unregelmäßigkeiten und Unterlassungen der Arzneimitteleinnahme insbesondere bei Patienten, deren Erkrankung wenig bis keine Symptome verursachen, zu beobachten (Gaul/Dornaus 2001). Ignorieren Patienten ihre Krankheit und/oder stufen sie ihren Gesundheitsstatus nicht oder als wenig gefährdet ein, messen sie ihren Medikamente oftmals geringen Wert bei und vergessen sie auch häufiger als Patienten, bei denen eine ausgeprägte Krankheitseinsicht besteht und die ihre Krankheit als ernst und bedrohlich wahrnehmen bzw. einschätzen (Becker/Rosenstock 1984; Horne/Weinman 1999; Hessel et al. 2000).

Um die Krankheit und die damit in der Regel verbundenen Arzneimitteltherapien zu akzeptieren, benötigt der Patient ein soziales Umfeld, das ihm in diesem Auseinandersetzung- und Anerkennungsprozess unterstützt (Gaul/Dornaus 2001). Die Akzeptanz bzw. Anerkennung der Erkrankung durch wichtige Bezugspersonen fördert deren Motivation zur sozialen Unterstützung, was bei dem Patienten wiederum das Gefühl von Kompetenz sowie seine Bereitschaft zur Befolgung des Medikamentenregimes erhöht (Friedemann 1996; Garnett 2000; Gaul/Dornaus 2001) (zur Bedeutung sozialer Unterstützung s. auch Kapitel 3.6).

Bereitschaft zur Veränderung von Verhaltensweisen bzw. Lebensstilen

Das Vorliegen einer oder mehrerer ernsthafter Krankheiten verlangt von den Patienten nicht nur eine Auseinandersetzung mit den gesundheitlichen Beeinträchtigungen, sondern meist auch zahlreiche Lebensänderungen. So ist – um nur ein Beispiel aufzugreifen – die Diagnose einer insulinpflichtigen Diabeteserkrankung mit einer Vielzahl von Änderungen im Lebensalltag der Betroffenen verbunden. Angefangen von den täglichen Injektionen über Zuckerspiegeltestungen, bis hin zur Umstellung der Ernährung, erzwingt die Krankheit zahlreiche Änderungen des bisherigen Lebens. Auch die Integration komplexer Medikamentenregime in den Lebensalltag steht mitunter jahrzehntelang eingespielten Routinen und Lebensgewohnheiten, die Lebenssicherheit und Lebensqualität vermitteln, konträr entgegen (Friedemann 1996; Petermann 1998b; WHO 2003). Eine fehlende oder mangelnde Bereitschaft zur Veränderung von Lebensgewohnheiten ist vielfach mit niedrigen Adhärenzwerten assoziiert (Devor et al. 1994). Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass die Bereitschaft zur Lebensstiländerung in erheblichem Maße von der Unterstützung der Familie abhängt und auch von deren Bereitschaft, tägliche Lebensabläufe zu modifizieren (Levy 1983; Lilja 1984; McLean/Lo 1998). Die Bereitschaft zur Veränderung von Lebensstilen wird gefördert, wenn die Bezugspersonen des Patienten in Informations- und Aufklärungsgespräche und Schulungsprogramme einbezogen werden, wenn diese Informationen sich am individuellen Lebenskontext der Betroffenen und ihrer Angehörigen orientieren und wenn den Ängsten, Zweifeln und Erfahrungen der Patienten und ihrer Angehörigen ausreichende Beachtung geschenkt wird (HMO Workgroup on Care Management 2002). Durch die Berücksichtigung dieser Faktoren erhöht sich die Chance, dass Patienten den Alltag mit der Krankheit und den dazugehörigen Erfordernissen weitestgehend selbständig zu managen vermögen (WHO 2003). Eine negative Einstellung zur Gesundheit und Krankheit ist mit der Unfähigkeit oder dem Unwillen

assoziiert gesundheitsgefährdende Gewohnheiten zu verändern und wirkt sich auch negativ auf die Einhaltung von Medikamententherapie aus (Brandstaedt et al. 1996; Delaney 1998).

Problem des Vergessens – Die Bedeutung von Routinen im Alltag

Viele Aktivitäten des täglichen Lebens verlaufen unbewusst und sind Produkte ehemals erlernter und im Laufe der Zeit eingespielter Routinen und Gewohnheiten. Routinen oder Rituale beziehen sich zumeist auf wertneutrale Verrichtungen, die zur Bewältigung des Alltages notwendig sind oder auf Aktivitäten, die als angenehm empfunden werden und gern wiederholt werden. Handlungen, die innerlich abgelehnt werden, die im Alltag erst erlernt und etabliert werden müssen oder die andere Gewohnheiten stören, werden entweder nie zur Routine oder bedürfen dafür eines längeren Zeitraumes. Solange einzelne Aktivitäten noch nicht den Status einer Routine erreicht haben, bedarf es eines täglichen Bewusstmachungsprozesses, der ein Erinnern an die Handlung ermöglicht. Wie schwierig dies ist, zeigen vorliegende Studien: Das Vergessen der Medikamenteneinnahme bzw. der Einnahmezeitpunkte stellt ihnen zufolge ein Hauptproblem bei dieser Bewältigungsstrategie von Medikamententherapien dar (Eldred et al. 1998; Johnson et al. 1999; Roberts 2000). Mehrfach konnte nachgewiesen werden, dass die Adhärenz bei Patienten, die ihre Arzneimitteltherapie erfolgreich in den Lebensalltag einbauen und an feste Routinen binden, stärker ausgeprägt ist als bei denen, wo eine solche „Ritualisierung“ nicht gelingt (WHO 2003).

Aus diesem Grund empfehlen zahlreiche Studien die Einnahme der Medikation an immer wiederkehrende, individuelle und alltägliche Verrichtungen oder Gewohnheiten zu koppeln, um die Adhärenz zu verbessern bzw. zu erhalten (Roberts 2000; Catz et al. 2000; WHO 2003). Schwierigkeiten bei einer gelungenen Verknüpfung von Alltagsroutinen und Medikamenteneinnahme sind vor allen dann zu erwarten, wenn alltägliche Gewohnheiten durch besondere Ereignisse wie Krankenhauseinweisung, stressgekennzeichnete Lebensereignisse, eine Urlaubsreise u. a. durchbrochen werden. Können die eigenen Routinen hierdurch nicht gelebt werden, ist die Medikamenteneinnahme ebenfalls gefährdet (Johnson et al. 1999).

Die Etablierung von Routinen bzw. Lebensgewohnheiten korrespondiert mit dem Wunsch und Bedürfnis der Patienten, trotz gesundheitlicher Einschränkungen ein möglichst normales Leben führen zu wollen (Zeman 1997; Schaeffer/Moers 2003; Corbin/Strauss 2004; Schaeffer 2004a, c). Solche Normalisierungsprozesse stehen allerdings dem Erlernen und der Etablierung neuer Handlungen und Erfordernisse – und zwar vor allem zu Beginn einer Therapie – oftmals kontraproduktiv entgegen (Zeman 1997). Gerade bei jüngeren Personen, die chronisch erkrankt sind, durchkreuzen nicht selten Freizeitaktivitäten oder Bedingungen des Arbeitslebens die feste Etablierung von Einnahmeroutinen (Roberts 2000; WHO 2003). Das Vergessen der Arzneimittel aufgrund des „zu beschäftigt seins“ wird in einer Untersuchung von Roberts (2000) vor allem bei Personen beobachtet, die andere pflegen. Auch Stresssituationen und Lebenskrisen, die nicht zwangsläufig in Verbindung mit der Krankheit stehen müssen, kön-

nen Einnahmeroutinen nachhaltig stören (Albright et al. 2001; WHO 2003).

Kulturell geprägte Einstellungen zu spezifischen Krankheiten und Medikamenten

Etliche Studien weisen auf die Verbindung von Adhärenz und kulturell bedingten Einstellungen gegenüber Medikamenten hin (Sumartojo 1993; Collins et al. 2002; WHO 2003; Carter/Taylor 2003; CMAG 2004). So gilt in einigen Kulturen bzw. soziokulturellen Gruppen die Devise, dass keine Medikamente die beste Therapie sind, Gesundheit lediglich als Abwesenheit von Schmerz betrachtet wird oder Gesundheit oder Krankheit Gott gegeben ist (Carter/Taylor 2003).

Buck et al. (1997) verweisen darauf, dass eine dauerhafte bzw. kontinuierliche medikamentöse Therapie das Gefühl der Stigmatisierung verstärken kann. Auch Personen, die sich stigmatisiert fühlen, sind weniger compliant (Demyttenaere 1998; WHO 2003). Untersuchungen zu bestimmten Erkrankungen wie der Schizophrenie oder der Epilepsie, verdeutlichen, dass die Haltung gegenüber einzunehmenden Medikamenten eng mit den Vorstellungen über die Erkrankung verflochten ist. Beide Erkrankungen werden in einigen Kulturen mythologisch und/oder religiös gedeutet und auf übernatürliche Kräfte zurückgeführt. Solche Vorstellungen können sich auch auf die Bereitschaft zur Einnahme der für eine effektive Therapie angezeigten Medikamenten auswirken (Garnett 2000). Kulturelle Überzeugungen und Stigmatisierungen lassen sich auch bspw. im Falle von HIV/Aids innerhalb unserer Kultur finden. HIV/Aids wird noch immer in weiten Teilen der Bevölkerung mit Homosexualität oder Drogengebrauch, die ihrerseits tabuisiert und normativ bewertet sind, assoziiert. Somit haftet der Erkrankung ein Stigma an, das zur sozialen Ausgrenzung führen kann. Viele Patienten, die an dieser Erkrankung leiden, sind bestrebt die Krankheit nach außen zu verbergen, was auch die Akzeptanz und Einnahme der Medikamente, die sichtbares Zeichen der Erkrankung sind, stören kann (Dybowski 2005).

Auch außerhalb mythologischer oder religiöser Begründungsmuster existieren unterschiedliche Auffassungen darüber, ob Medikamenten grundsätzlich positiv oder ablehnend begegnet wird. So kann beispielsweise Misstrauen von Patienten gegenüber schulmedizinischen Behandlungen bestehen, wenn sie alternative Therapien oder Naturheilverfahren bevorzugen (Petermann 1998b). Dies lässt sich nicht selten auf sozialisationspezifische bzw. biografische Erfahrungen zurückführen, die die Einstellungsmuster des Individuums prägen (Dowell/Hudson 1997; WHO 2003). Hinzu kommt häufig eine bewusste oder unbewusste Aufrechnung von Erfahrungen mit Medikamenten im Lebensverlauf.

Abnehmende Compliance im Krankheits- und Behandlungsverlauf

Studienbefunden zufolge nimmt die Bereitschaft zur Medikamentenanwendung speziell bei Langzeittherapien mit der Dauer der Einnahme ab (Johnson et al. 1999). Die Bedeutung der medikamentösen Behandlung

wird zu Beginn der Krankheit oft höher eingeschätzt als in späteren Phasen (Demyttenaere 1998). Die Gründe für diese Relevanzabschwächung liegen beispielsweise in einer spürbar nachlassenden Wirkung der Medikamente, in einer Verbesserung des Gesundheitszustandes (Medikament wird als überflüssig eingestuft) (Sumartojo 1993; Garnett 2000), in nachlassender Therapiemotivation (WHO 2003), in der Angst vor Stigmatisierung (Buck et al. 1997), in der Dominanz von Alltagsaktivitäten (Stone 2001) und in der Zunahme gewonnener Erfahrung im Zeitverlauf der Therapie und damit wann, wie viel und wie die Medikamente eingenommen werden (WHO 2003). Dem entgegen steht die Erkenntnis anderer Forscher, die davon ausgehen, dass die Compliance im Zeitverlauf zunimmt. Die Auseinandersetzung der Patienten und der sie umgebenden Personen mit der Krankheit und der Behandlung erhöht mit der Zeit deren Akzeptanz. Diese Akzeptanz steigert wiederum das Gefühl der Kontrolle über die Krankheit und die Therapie, erhöht das Selbstbewusstsein im Umgang mit der Krankheit und wird mit einer erhöhten Motivation zur Compliance assoziiert (Devor et al. 1994; Garay-Sevilla et al. 1995).

Kontrolle über die Krankheit ermöglicht Erhalt von Autonomie

Um die Krankheit kontrollieren zu können, bedarf es über die eigene Auseinandersetzung mit der Krankheit hinaus vielfach auch der Information und Anleitung, so der gezielten Aufklärung und Schulung der Patienten und ihrer Angehörigen über die Krankheit, die Therapie und die Möglichkeiten zur Integration des Medikamentenregimes in ihren Lebenskontext sowie der Entwicklung eigener Strategien im Umgang mit der Erkrankung und der Therapie (Schlenk/Hart 1984; Mazucca 1982; Dowell/Hudson 1997; Put et al. 2000). Die passive Befolgung ärztlicher Anordnungen ohne kritische Hinterfragung ist gleichbedeutend einer Preisgabe von Selbstkontrolle im Behandlungsgeschehen (Dowell/Hudson 1997). Der Glaube und die Fähigkeit zur eigenständigen Kontrolle über die Krankheit stärkt das Gefühl der Sicherheit und des Vertrauens der Patienten in ihre eigenen Managementkompetenzen und erhöht deren Lebensqualität (Dowell/Hudson 1997; WHO 2003). Diese Selbstwirksamkeitserwartung (Self-Efficacy), die aus Erfahrungen erwächst, Aufgaben und Herausforderungen im Lebenskontext erfolgreich gemeistert zu haben (Bandura 1977), beeinflusst die Aktivierung und Erhaltung von gesundheitsrelevanten Verhalten (vgl. auch Badura et al. 1992). Sie verbessert – wie viele Studien gezeigt haben – nachweislich die Compliance der Patienten (Lilja 1984; Schlenk/Hart 1984; Dowell/Hudson 1997; Eldred et al. 1998; Put et al. 2000; Lumme-Sandt/Virtanen 2002).

Personen, die über ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartungen verfügen, erleben weniger emotionalen Stress und Angst im Zusammenhang mit der Krankheit und der Therapie (Lilja 1984; McLean/Lo 1998; Put et al. 2000). So kann ein an Hypertonie erkrankter Patient beispielsweise durch die eigenständige Messung seiner Blutdruckwerte und/oder durch eine geschulte Selbstwahrnehmung seiner körperlichen Verfassung, Veränderungen der Erkrankung rechtzeitig erkennen (Self-Monitoring) und somit erforderliche Maßnahmen ergreifen (WHO 2003, Kap. XIII). Auch im Falle von Diabetes können regelmäßige Blutzuckermessungen zur erhöhten Autonomie der Patienten bei der eigenständigen Bestimmung der

notwendigen Insulinmengen Zufuhr beitragen (Aljasem et al. 2001; WHO 2003, Kap. X). Diese selbstständige Kontrolle steigert das Gefühl der Sicherheit (Johnson et al. 1999), denn so kontrolliert der Patient die Krankheit und nicht die Krankheit ihn.

Eigenständige Kontrolle und ein hohes Maß an Selbstwirksamkeitserleben kann jedoch auch dauerhaft noncompliantes Verhalten stimulieren. Dies tritt dann ein, wenn der Patient sich als Experte erlebt, dabei aber den verfügbaren Rahmen des Selbstmanagements sprengt und gesundheitliche Risiken seines Verhaltens falsch einschätzt (Johnson et al. 1999). Dowell und Hudson (1998) machen in ihrer Untersuchung deutlich, dass die Kenntnisse über Symptome und Einstellungsänderungen nicht statisch sind, da z. B. neue Informationen aufgenommen, eingeschätzt und verarbeitet werden müssen (siehe hierzu auch WHO 2003). Somit reicht es im Falle chronischer Krankheit nicht aus, einzig auf einmal erworbenes Wissen und auf erlebte Erfahrungen zu vertrauen. Um tatsächliche Kontrolle über die Krankheit ausüben zu können, ist es notwendig sich in jeder Veränderungsphase neu mit der Krankheit auseinander zu setzen und neues Wissen zu generieren und zu etablieren (Corbin/Strauss 2004; Schaeffer 2004 a, c). Patienten müssen diese Ausbalancierungen immer wieder vornehmen, um dauerhaft die Kontrolle über die Krankheit und die Bewältigung des Medikamentenregimes meistern zu können (Petermann 1998b; Schaeffer/Moers 2003).

3.6 Soziale Unterstützung – Die Bedeutung informeller Hilferessourcen für die Bewältigung krankheitsbedingter Anforderungen

Soziale Unterstützung, insbesondere durch die Familie, wurde in vielen Compliance- und Adhärenzstudien als eine Hauptvoraussetzung für Therapietreue identifiziert. Ihre Bedeutung wächst im Zusammenhang mit der Bewältigung stressgekennzeichneter Lebensereignisse. Krisen- und Belastungssituationen können durch soziale Unterstützung abgemildert werden (Lilja 1984; Kolip 1998) und das Wohlbefinden der Patienten stärken (Schwarzer/Leppin 1989; Katapodi et al. 2002).

Dem sozialen Umfeld kommt jedoch nicht nur eine wichtige Unterstützungsfunktion zu, es ist ebenfalls Spiegel der Patientenbefindlichkeit, das gesundheitliche Veränderungen wahrnimmt und auf den Patienten reflektiert bzw. zurückwirkt (Strauss/Glaser 1975; Friedemann 1996).

Die positiven Effekte sozialer Unterstützung spiegeln sich in sozialepidemiologischen Studien auch in der Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklung wider. So hat soziale Unterstützung beispielsweise einen direkten positiven Einfluss auf den mentalen und psychischen Gesundheitsstatus (WHO 2003). Dementsprechend weisen alleinlebende Menschen beispielsweise eine höhere Erkrankungs- und Sterblichkeitsrate auf als Patienten, die mit anderen Personen zusammenleben (Lilja 1984; Kolip 1998). Durch den Einfluss der Familie kann die Veränderung von Lebensstilen zur Verbesserung des gesundheitlichen Status – und so auch die Einnahme von Medikamenten – durch soziale Kontrolle und/oder Verstärkung von gesundheitsbewusstem Verhalten eher erreicht werden als dort, wo keine soziale Unterstützung und keine sozialen Ressourcen existieren (Lilja

1984; Becker/Rosenstock 1984; Kolip 1998; Stone 2001; Katapodi et al. 2002). Albright et al. (2001) kommen in ihrer Studie sogar zu dem Ergebnis, dass der Glaube des Ehepartners an die Bedeutung der therapeutischen Maßnahme teilweise als stärkerer Prädiktor für Compliance-Verhalten zu werten ist, als der Glaube des Patienten selbst. Patienten, die verheiratet sind und mit ihrer Familie zusammenleben, weisen in der Untersuchung von Sumartojo (1993) signifikant höhere Adhärenzwerte auf als Singles, verwitwete Personen oder solche, die isoliert leben. Becker und Rosenstock (1984) halten fest, dass soziale Unterstützung dann besonders gewinnbringend ist, wenn die normalen Rollen und Muster der Familie mit der Krankheitsrealität des Patienten kompatibel sind oder Familienmitglieder Bereitschaft signalisieren, sich auf anstehende Veränderungen in ihrer Lebensumgebung einzustellen und diese vorzunehmen (vgl. auch Friedemann 1996).

Soziale Unterstützung kann sich auf emotionale, psychische, kognitive, instrumentelle und materielle Aspekte erstrecken. Der Transport oder die Begleitung zum Arzt (Lilja 1984; Leduc et al. 1998), die Erinnerung an die Medikamenteneinnahme, emotionale Nähe und Bestärkung, die Möglichkeit zur Kommunikation bis hin zur praktischen Darreichung der Medikamente durch andere sind wesentliche Elemente der Stärkung der Patienten. Emotionale Hilfestellung als eine Form der sozialen Unterstützung, hatte für die Patienten – vielen Untersuchungen zufolge – überaus hohe Bedeutung (Belgrave/Mooreman-Lewis 1994; Crane 1996; McLean/Lo 1998; Catz et al. 2000; Garnett 2000; Katapodi et al. 2002). Soziale Unterstützung vergrößert u. a. die Chancen der Patienten, solange wie möglich in der vertrauten Umgebung mit oder trotz Krankheit und zunehmenden Hilfebedarf zu leben (Kidd/Altmann 2000). Sie stärkt das Selbstvertrauen und damit auch das Vertrauen in die eigene Kompetenz, die alltäglichen Anforderungen bei der Bewältigung der Erkrankung und auch des Medikamentenregimes zu managen (Schlenk et al. 1984; Lilja 1984; Kaplan/Hartwell 1987; Katapodi 2002; Gallant 2003). Sie versetzt den Patienten zudem in die Lage Hilfe zu suchen, wenn sie erforderlich wird (Schlenk/Hart 1984).

Anzumerken ist jedoch, dass das Vorhandensein von informellen Netzwerken nicht automatisch mit Unterstützung assoziiert werden kann. Gestörte Familienstrukturen, in denen ihre Mitglieder einem hohen Maß an Stress ausgesetzt sind, sind eher Non-Adhärenz zuträglich (CMAG 2004, Kap 8). Nicht jedes soziale Umfeld ist per se ein Garant für gelingende Bewältigung von Arzneimittelbehandlungen. Starre und konservative Familienstrukturen, die die Krankheit als Bedrohung für das Familiensystem erleben, behindern eher die Bereitschaft des Patienten zur Akzeptanz derselben (Levy 1983; Garay-Sevilla et al. 1995; Friedemann 1996; Brandstaedt et al. 1996). Daher sollte – wie viele Autoren betonen – Aufklärung und Schulung über die Krankheit und die Behandlung nicht nur auf den Patienten, sondern stets auch auf die nahestehenden Bezugspersonen ausgerichtet sein (Levy 1983; Wilson et al. 1986; Garnett 2000).

Personen ohne soziale Unterstützung erleben dem gegenüber deutlich mehr psychisches und körperliches Leid, Hilflosigkeit, Stress, Angst, Depressionen, weniger Selbstvertrauen und geringere Kompetenzen bei der Kontrolle über die Krankheit und die Medikamenteneinnahme (Strauss/

Glaser 1975; Lilja 1984; Delaney 1998; Mclean/Lo 1998; DiMatteo et al. 1999). Mangelndes Selbstvertrauen behindert das Handeln und ist mit fehlender Verantwortung – auch für das Compliance-Verhalten – und mit gesundheitlichen Krisensituationen assoziiert. Oft lassen sich Schwierigkeiten bei der Bewältigung komplexer Medikamentenregime auf unzureichende Unterstützung aus informellen Netzwerken zurückführen (Strauss/Glaser 1975). Gerade bei isoliert lebenden Menschen sollte dann verstärkt die Notwendigkeit der Unterstützung durch professionelle Helfer geprüft werden (McLean/Lo 1998). Zwar wird Isolation bzw. das Nichtvorhandensein sozialer Netzwerke immer wieder als Risikofaktor der Adhärenz dargestellt, es konnten jedoch keine Studien ausfindig gemacht werden, die sich dieser Thematik eingehender widmen. Dennoch kann konstatiert werden, dass Isolation und fehlende soziale Unterstützung den Erkenntnissen der Adhärenz- und Complianceforschung zufolge eindeutig zu den wichtigsten Risikofaktoren für die Nichtbewältigung komplexer Medikamentenregime gehören (MacLean/Lo 1998).

Krankheit und soziale Integration

Für manche Patienten beinhaltet die Erkrankung auch soziale Komponenten. Häufige Arztbesuche sind vor allem für ältere Menschen oft mehr Ausdruck für die Suche nach menschlichem Kontakt und Austausch als der Wunsch nach Heilung oder Linderung. Die Eliminierung der Krankheit würde ihnen diese Möglichkeit des Austausches nehmen. Die Krankheit eines Familienangehörigen ist zudem häufig auch ein Garant dafür, dass informelle Netzwerke aktiviert werden oder das Maß der sozialen Unterstützung und damit der sozialen Nähe wächst. Der Patient erfährt dadurch soziale Aufwertung und Annahme durch sein informelles Netzwerk, in dem andere sich um ihn sorgen und emotional unterstützen. Ein compliant Verhalten, das zur wahrscheinlichen Verbesserung oder Stabilisierung des Gesundheitsstatus führt und möglicherweise wieder mehr Unabhängigkeit von anderen bewirkt, steht somit dem Primärbedürfnis der Patienten nach sozialer Integration entgegen. Fischer (1998) sieht hierin einen Grund, weshalb Patienten nicht bestrebt sind, sich compliant zu verhalten.

4. Adhärenz als multifaktorielles Geschehen und Herausforderungen für die Versorgungsgestaltung

In der zurückliegenden Zusammenschau vorliegender Forschungsbefunde wurde sichtbar, um welches vielschichtige Phänomen es sich bei der Bewältigung von Medikamentenregimen handelt. Um zu einer Bündelung der Vielzahl an dargestellten Befunden zu gelangen, sollen die sich auf die Bewältigung von Medikamentenregimen auswirkenden Einflussfaktoren im Folgenden analog des WHO-Modells (2003) zusammenfassend diskutiert werden (s. auch Abbildung 1). Leitend wird dabei sein, mögliche Herausforderungen und Handlungsoptionen zur Verbesserung der Medikamentenversorgung – unter der Prämisse der Patientenorientierung – zu entwerfen.

Soziodemographische Faktoren

Wie deutlich geworden ist, entziehen sich soziodemographische Merkmale wie Alter, Geschlecht, Bildungsgrad, Einkommen oder Migrationshintergrund als isolierte Variablen zwar einer eindeutigen statistisch nachweisbaren Verknüpfung mit Compliance oder Non-Compliance in quantitativen Studien. In Verbindung mit weiteren Einflussfaktoren können sie jedoch für die Ausprägung des Adhärenzverhaltens an Relevanz gewinnen. Unter Berücksichtigung gesundheitspolitischer Reformbestrebungen, in deren Folge die Orientierung im Versorgungswesen für die Patienten nicht einfacher wird und sie zunehmend von ökonomischen Belastungen betroffen sein werden, könnte eben diesen soziodemographischen Merkmalen insbesondere mit Blick auf soziale Ungleichheit sowie Über-, Unter- oder Fehlversorgung bei der medikamentösen Versorgung eine wachsende Bedeutung zukommen.

Um den Schief lagen in der Gesundheitsversorgung – insbesondere im Bereich der medikamentösen Versorgung – entgegenzuwirken, wird es notwendig sein, Merkmale erhöhter Vulnerabilität, in und bei einzelnen Bevölkerungsgruppen frühzeitig aufzuspüren. Dabei sollte der Begriff der Vulnerabilität nicht bei der Einteilung nach klassischen Risikopopulationen und der damit assoziierten Klassifizierung nach soziodemographischen Merkmalen enden. Wäre dies der Fall, würde sich die Gefahr erhöhen, dass einzelne Patientengruppen, die einem solchen Klassifikationsmodell nicht zuzuordnen sind, auch weiterhin unter Versorgungsmängeln leiden. Statt der bisher ausschließlich quantitativ erhobenen soziodemographischen Merkmale und Messdaten, die untermauern sollen, ob Patienten ihr Medikamentenregime befolgen oder nicht bzw. ob sie compliant sein könnten oder nicht, wären mehr qualitative Untersuchungen wünschenswert und notwendig, um Aufschluss darüber zu erhalten, ob, wie und warum es Patienten mehr oder weniger gut gelingt, ihre Medikamententherapien zu bewältigen. Möglicherweise lassen sich durch einen solchen methodischen Zugang Wirkungszusammenhänge zwischen sozialen Merkmalen und Adhärenz aufdecken, die durch die quantitative Forschung zum Themenkomplex bisher nicht hinreichend erklärt und belegt werden konnten.

Gesundheitssystem- und aktorsbedingte Faktoren

Der Qualität der Arzt-Patienteninteraktion wird eine hohe Bedeutung für erfolgreiche Therapieverläufe beigemessen. Diese kann in erheblichem Maße darüber entscheiden, ob Patienten den Therapieanforderungen Folge leisten oder sie ignorieren. Neben der Qualität der medizinischen Leistung sollten die persönliche, biografische, psychische, physische und soziale Situation des Patienten in ihrem Einfluss auf die Versorgungsqualität in die Entscheidungsfindung für oder gegen eine Therapieoption stärker als bisher eingehen. In der Regel werden – wie die zurückliegenden Ausführungen gezeigt haben – positive Therapiehaltungen dann entwickelt, wenn Patienten nicht auf ihre Erkrankung reduziert werden, wenn sie in die Behandlungsplanung bzw. Entscheidungsfindung einbezogen werden, diese aktiv mitgestalten und sich mit dem entwickelten Therapiekonzept identifizieren können. Eine gemeinsam verantwortete Entscheidung zwingt den Patienten zur Auseinandersetzung mit der Krankheit. Sie erhöht einerseits das Vertrauen der Patienten in die Therapie und den behandelnden Arzt. Andererseits stärkt sie das Selbstbewusstsein und die Autonomie der Patienten, die zur Bewältigung der mit der Krankheit verbundenen Herausforderungen notwendig sind. Um einen aktiven Part im Entscheidungs- und Aushandlungsgeschehen einnehmen zu können, benötigen die Patienten jedoch umfassende Informationen über die Krankheit und die Medikamente, speziell über deren Anwendung, mögliche Gefahren und Auswirkungen auf das eigene Leben, Umsetzungsstrategien der Therapie im Alltag, aber auch über Behandlungsalternativen. Grundlage nicht paternalistischer, sondern partnerschaftlicher Beziehungen ist eine offene Kommunikationskultur zwischen Arzt und Patient, die beiden Seiten Kritik, wie auch Zustimmung ermöglichen muss. Trotz einer Vielzahl von Studien, in denen nachgewiesen werden konnte, dass eine solche Arzt-Patienten Beziehung fast durchgängig mit einer positiven Therapiemotivation und dementsprechend hohen Adhärenzwerten einhergeht und vorhandener Modelle, wie das des Shared Decision Making, das genau diese zentralen Aspekte der Arzt-Patienten Interaktion berücksichtigt, lässt deren Umsetzung in Deutschland auf sich warten. Das Erlernen kommunikativer Fähigkeiten, das Entwickeln von Beratungs- und Schulungskompetenz wird in der ärztlichen Ausbildung – wenn überhaupt – nur randständig thematisiert. Hinzu kommt, dass auch das pharmakologische Wissen offenbar eher bruchstückhaft ist, dies gilt speziell für die besonderen Anforderungen der Pharmakotherapie bei geriatrischen Patienten (Kruse 1994; SVR 2005). Vielfach ist die Medikamentenverordnung Symbol der Kompensation für immer weniger Zeit in der Begegnung mit dem Patienten und/oder für unzureichendes Wissen über alternative Therapieformen. Diese Schwachstellen gilt es – auf der Grundlage der dargelegten wissenschaftlicher Erkenntnisse – zu beheben und in der Praxis zu verwirklichen.

Nicht nur die Arzt-Patienten Interaktion, auch die Qualität und Quantität der Kommunikation und Kooperation der an der Patientenversorgung beteiligten Akteure stellt ein wesentliches Kriterium für das Ge- oder Misslingen einer Medikamententherapie dar. Um die Probleme und Gefahren, die aus mangelhafter Kooperation und Kommunikation für die Patienten resultieren, zu reduzieren, muss die bisher segmentierte und fragmentierte Versorgungsstruktur, die kennzeichnend für das deutsche

Gesundheitssystem ist, zugunsten einer integrierten Versorgung mit höherer Durchlässigkeit der Versorgungssektoren und Überwindung von Professionsgrenzen umorganisiert werden. Dazu bieten sich u. a. die im Aufbau begriffenen klinischen Versorgungspfade sowie spezifische Disease-Managementprogramme an (Pfaff et al. 2003; Wingenfeld 2005). Darüber hinaus werden zur zügigen Weiterleitung von gesundheitsrelevanten Daten Informationssysteme benötigt, die die Kommunikation der Gesundheitsakteure erleichtern und damit ein geeignetes Mittel sind, um Versorgungsmängel und/oder Behandlungsfehler zu vermeiden. Speziell chronisch Erkrankte, an deren Behandlung zumeist mehrere Gesundheitsprofessionen beteiligt sind, benötigen darüber hinaus professionelle Unterstützung auf dem Weg durch das Versorgungswesen. Ziel dieser Unterstützung muss sein, durch Schulung und Beratung Informationsdefizite der Patienten zu beheben, notwendige Versorgungsleistungen aufeinander abzustimmen, diese zielgerichtet einzufordern und zu beschaffen, Versorgungswege zu koordinieren und die Kommunikation zwischen den einzelnen Akteuren zu moderieren. Hierzu bietet sich in ausgezeichneter Weise der Einsatz von Case-Managern an, (Ewers/Schaeffer 2000), wie sie in den USA auch speziell mit Blick auf die Förderung der Adhärenz und des Management komplexer Medikamentenregime erprobt werden (CMSA 2004). Durch ihren Einsatz könnte auch auf dem Gebiet der Pharmakotherapien eine höhere Effizienz und Effektivität erreicht werden, indem Über-, Unter- und Fehlversorgung und damit verbundenes körperliches wie auch psychisches Leid der Patienten minimiert würde.

Gesundheits- und krankheitsbezogene Faktoren

Eine Vielzahl von Problemen bei der Bewältigung der Pharmakotherapien ergibt sich durch die mit chronischer Erkrankung verbundenen Funktionseinbußen und Ko-Morbiditäten. Die hierdurch entstehenden Verluste und Symptome gefährden die angemessene Anwendung der Medikamente und damit den gesundheitlichen Status der Patienten. Ein vorrangiges Ziel der medikamentösen Behandlung chronischer Krankheiten muss es sein, die Gefahr von Ko-Morbiditäten so gering wie möglich zu halten. Ebenso ist die frühzeitige Erfassung von Funktionseinbußen von großer Bedeutung für die Bewältigung der Pharmakotherapie, damit notwendige Kompensationslösungen und Unterstützungshilfen zur Verfügung gestellt werden können bevor gesundheitliche Krisen entstehen. Dazu ist eine kontinuierliche Überprüfung und Erfassung des funktionellen, sozialen, psychischen und kognitiven Status (beispielsweise in Form von multidimensionalen Assessmentinstrumenten) durch die behandelnden Gesundheitsakteure vorzunehmen. Da auch bei somatisch begründeten chronischen Erkrankungen viele Ko-Morbiditäten psychosomatischer Natur sind, ist darüber hinaus die Erfassung der psychosozialen Situation der Patienten bedeutsam. Viele Gesundheitsprobleme, wie das der Non-Compliance, wurzeln im Lebensalltag und können dementsprechend ohne zielgerichtete Interventionen in dieser Lebens- und Alltagswelt nicht gelöst werden. Da Ärzte aufgrund restriktiver werdender Rahmenbedingungen immer seltener Hausbesuche durchführen (Rabbata 2002), fehlt der Einblick in das häusliche Geschehen und den Alltag. Besonders bei älteren Menschen können präventive Hausbesuche diese Versorgungslücke

schließen, die sich speziell im Bereich der Medikamententherapien als permanente Gefahrenquelle darstellt.

Psychosomatische Begleiterkrankungen entziehen sich in der Regel einer rein schulmedizinischen und/oder allein auf Medikamente beschränkten Therapie. Es sollte genau geprüft werden, welche alternativen therapeutischen Maßnahmen eingesetzt werden können. Da die Patienten selbst erste Symptome solcher Veränderungen oft nicht bemerken oder verdrängen, gewinnt die Informationsweitergabe durch die Bezugspersonen des sozialen Umfeldes in diesen Phasen an Bedeutung. Ihre Integration in das Behandlungsgeschehen erhöht die Chance, funktionelle, kognitive und psychische Veränderungen zu identifizieren, und dementsprechend – in Kooperation mit den einzelnen Gesundheitsakteuren – erforderliche und zielgerichtete Hilfen zu aktivieren.

Therapie- und Arzneimittelbedingte Faktoren

Pharmakotherapien bei chronischen Krankheiten weisen eine hohe Zahl an Spezifika auf, die eine Etablierung im Lebensalltag und/oder deren Bewältigung erschweren. Wie die dargestellten Forschungsergebnisse gezeigt haben, sollten Medikamententherapien so ausgerichtet sein, dass die Einnahmezeitpunkte am Tag und die Anzahl der Medikamente so gering wie möglich gehalten werden. Dies könnte z. B., wenn möglich durch eine höhere Wirkstoffdosis des Medikaments oder durch Depotpräparate erreicht werden. Um Anwendungsfehler bei der Pharmakotherapie zu vermeiden, sollten die Patienten und deren Bezugspersonen besonders zu Beginn der Behandlung die Möglichkeit erhalten, im Umgang mit den Medikamenten beraten und geschult zu werden. Dazu gehört auch, dass – im Sinne eines Frühwarnsystems – Informationen über potentielle Nebenwirkungen und darüber, wie mit Nebenwirkungen umzugehen ist, vermittelt werden.

Um Nebenwirkungen zu vermeiden, sollte zudem ein permanenter Abgleich der einzunehmenden Präparate und deren Wirkstoffmenge vorgenommen werden. Dazu wird es notwendig sein mit einer vielerorts gängigen Praxis zu brechen, Patienten mit Dauermedikation wochen- und monatelang Rezepte an der Praxisrezeption zu übergeben, ohne dass ein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Dieses Handlungsschema widerspricht den nachgewiesenen Vorteilen einer kurzen Intervallsetzung der Arzt-Patienten-Kontakte, insbesondere für die frühe Erkennung medikationsbedingter Veränderungen und einer eventuell notwendigen Therapiemodifikation. Doch nicht nur der Arzt ist angehalten die Wirkungen der Therapie kontinuierlich im Visier zu haben. Auch die Patienten müssen über Möglichkeiten der Krankheitskontrolle und der Selbstbeobachtung aufgeklärt werden. Hiermit wird nicht nur eigenverantwortliches Handeln gefördert, sondern auch wachsendes Selbstvertrauen in die Therapie und die eigene Selbstmanagementkompetenz.

Bei der Bestimmung der Wirkstoffmenge und -art sollte nicht nur das Körpergewicht und die Funktionsfähigkeit bestimmter Organe berücksichtigt werden. Zugleich ist regelmäßig zu prüfen, welche Medikamente –

zumindest zeitweise – abgesetzt werden können. Die Sorge der Patienten vor einer Vielzahl an Medikamenten, hohen Wirkstoffdosen, Nebenwirkungen, Arzneimittelabhängigkeiten sowie die Ablehnung einzelner Präparate sollte im Rahmen des Behandlungsprozesses offen angesprochen und berücksichtigt werden. Dazu gehört auch, dass Arzt und Patient gemeinsam klären, welcher Spielraum für eine eigenständige Variation der Medikamenteneinnahme besteht, damit sie besser in den Alltag integriert werden kann. Eine solche Abklärung kann für manche Patienten Konflikte zwischen der Arzneimittelanwendung und alltagsbedingten Erfordernissen und Bedürfnissen verringern. Aus demselben Grund sollte das Medikamentenregime prinzipiell so einfach wie möglich gehalten werden. Die Vielzahl jährlich neu auf den Markt drängender Medikamente erfordert, dass Ärzte, aber auch andere in die Patientenversorgung involvierte Gesundheitsprofessionen, sich regelmäßig über die Informationen von Pharmafirmen hinaus auf dem Gebiet der Pharmakologie weiterbilden. Für einige Erkrankungen und/oder Symptome sind Medikamente nicht immer das richtige Mittel der Wahl. Darum sollten verstärkt Fortbildungen angeboten werden, die Einblick in und Aufschluss über alternative Behandlungsmöglichkeiten geben.

Patientenbezogene Faktoren

In den zurückliegenden Ausführungen wurde dargestellt, wie bedeutsam für die Bewältigung der Medikamententherapien die Einstellungen, Wertungen, Haltungen und Erfahrungen der Patienten sind. Das Abwägen zwischen den Kosten der Medikamententherapie und ihrem Nutzen ist elementar für oder gegen deren Anwendung. Um zu vermeiden, dass die Patienten falsche Erwartungen an die Therapie richten, aus denen oft Enttäuschungen resultieren, in Folge dessen auch die Gefahr der Ablehnung von Medikamenten wächst, sollten die Möglichkeiten und Grenzen der medikamentösen Behandlung im Vorfeld offen angesprochen werden. Ebenfalls sollten dabei die Vorstellungen und Bedenken des Patienten in die Therapieentscheidungen mit einbezogen werden. Zum Inhalt eines solchen Gesprächs gehört u. a. der Verweis darauf, dass Medikamente zwar den gesundheitlichen Status zeitweise stabilisieren können, es aber auch trotz ordnungsgemäßer Einnahme der Medikamente zu gesundheitlichen Rückschlägen und/oder zu Unverträglichkeiten kommen kann. Dem Patienten sollte verdeutlicht werden, dass die Medikamenteneinnahme nur ein Aspekt der Krankheitsbewältigung ist, der ohne weitere Anpassungen nur eingeschränkt zu Erfolgen führt. Ziel der Bemühungen sollte dementsprechend sein, dass der Patient die Wirkung und Bedeutung seiner Medikamente in all ihren Möglichkeiten und Begrenzungen realistisch einzuschätzen weiß.

Um die Anforderungen, die aus der Krankheit und der Medikamententherapie erwachsen in Einklang mit dem täglichen Leben bringen zu können, muss die Medikamententherapie zwangsläufig auf die Erfordernisse des Lebensalltags abgestimmt werden. Ziel sollte eine vom Patienten zu meisternde Kompatibilität zwischen diesen verschiedenen Anforderungen sein, die ihm gestattet, ein größtmögliches Maß an Normalität beizubehalten zu können.

Die Motivation Therapieanforderungen zu erfüllen, setzt voraus, dass der Patient seine Krankheit akzeptiert. Symptomfreiheit und Verdrängungen der Krankheit stehen der Akzeptanz oft konträr entgegen. Aus diesem Grund ist es erforderlich zu identifizieren, welchem Persönlichkeits- und/oder Bewältigungstypus der Patient entspricht und in welcher Phase des Bewältigungsprozesses er sich befindet. Das Wissen darüber ermöglicht, auch die psychosoziale Situation des Patienten zu erfassen und ggf. entsprechende professionelle Hilfestellung zu leisten.

Enge Bezugspersonen, wie Angehörige, haben einen großen Anteil daran, ob der Patient seine Krankheit annimmt und bewältigt oder nicht. Daher ist ihre Einbeziehung in das Therapiegesehen von unschätzbarem Wert, und zwar sowohl für die Akzeptanz der Krankheit und Behandlung wie auch für die dazu oft notwendigen Lebensänderungen des Patienten. Es sollte im Behandlungsprozess zwischen Arzt und Patient offen angesprochen werden, welcher Verzicht und welche Umstellungen durch die Krankheit und die Pharmakotherapie im Lebensalltag besondere Schwierigkeiten bereiten. Auf dieser Grundlage sollten angemessene Lösungen und Spielräume gesucht werden, die dem Patienten ermöglichen, an für ihn wichtigen Lebensgewohnheiten und Bedürfnissen festzuhalten. So könnte der an Diabetes erkrankten Person beispielsweise aufgezeigt werden, wie sie die notwendige Insulinmengen Zufuhr berechnet, wenn sie auf den Genuss eines Stück Kuchens nicht verzichten möchte, wie es in neueren Konzepten der Diabetesbehandlung bereits verfolgt wird (Mühlhauser et al. 1995). Solche Kontrollmöglichkeiten und Handlungsspielräume stärken das Selbstvertrauen der Patienten in ihre Managementkompetenz und den Glauben, die Krankheit bewältigen zu können. Hierdurch kann ein hohes Maß an Lebensqualität trotz chronischer Krankheit wieder hergestellt und/oder bewahrt werden.

5. Ausblick

Zurückliegende Ausführungen haben immer wieder verdeutlicht, welche Mängel und welche Herausforderungen in der medikamentösen Versorgung chronisch kranker Menschen bestehen. Zwar werden Veränderungen der Arzt-Patienten-Interaktion gefordert, doch sind wir von deren Umsetzung in der Praxis noch weit entfernt. Es ist fraglich, ob gesundheitspolitischen Reformbestrebungen folgend, eine partnerschaftliche Aushandlung des Behandlungsgeschehens und den dringend erforderlichen Paradigmenwechsel befördert. Damit Ärzte kostendeckend und wirtschaftlich arbeiten können, sind sie zunehmend gezwungen, so viele Patienten in so kurzer Zeit wie möglich zu versorgen, was immer enger werdende Zeitfenster bei der Arzt-Patienten-Interaktion zur Folge hat. Für die Kommunikation der individuellen Probleme, die im Rahmen einer komplexen Medikamententherapie entstehen, ist die zunehmende Zeitknappheit kontraproduktiv. Sie steht auch einer Auseinandersetzung mit dem Alltag der Patienten entgegen, in dem die Pharmakotherapien zu bewältigen sind. Häufig erhalten Ärzte nur noch einen sehr partiellen Einblick in die Probleme ihrer Patienten, was in vielerlei Hinsicht einer erfolgreichen medikamentösen Behandlung entgegensteht.⁷ Doch nicht nur die strukturellen Rahmenbedingungen, auch die in vielen Teilen der Ärzteschaft nach wie vor verankerte paternalistische Grundhaltung, die der oft von politischer Seite eingeforderten Selbstverantwortung und notwendigen Ausbildung von Selbstmanagementkompetenz der Patienten im Weg steht, lässt fraglich erscheinen, ob eine einzelne Berufsgruppe zukünftig in quantitativer wie qualitativer Hinsicht in der Lage sein wird, chronisch erkrankte Menschen mit komplexen Medikamentenregimen adäquat zu begleiten.

Diese und andere Überlegungen haben in den vergangenen Jahren bereits dazu beigetragen, dass Modellprojekte, wie das der „Hausapotheke“ oder der „telefonischen Arzneimittelberatungsstellen“, initiiert und gefördert wurden. Es bleiben allerdings Zweifel daran bestehen, ob in den oft knappen Zeiträumen und der ungenügenden persönlichen Atmosphäre, tatsächlich die Probleme reflektiert und besprochen werden können, die in dieser Publikation beschrieben wurden. Da es sich bei den Modellprojekten um Beratungsstellen mit einer so genannten „Komm-Struktur“ handelt, profitieren von ihnen zudem überwiegend die Patienten, die ohnehin bereits über ein gewisses Maß an Informationen verfügen, aktiv Unterstützung suchen und Probleme mit dem Medikamentenregime als solche auch erkennen.

Unter Beachtung der in den kommenden Jahren weiter ansteigenden Zahl chronisch kranker und multimorbider Menschen, sollte die Gegenwart dazu mahnen, die Verantwortung für die medikamentöse Versorgung und Betreuung auf andere Gesundheitsprofessionen auszuweiten. Dabei ist der Blick – wie die Erfahrungen in anderen Ländern zeigen – auch auf die Pflege zu richten. Wie kaum eine andere Berufsgruppe sind Pflegekräf-

⁷ Darüber hinaus ergeben sich durch die einengenden Rahmenbedingungen, immer seltener finanzielle Anreize für Ärzte sich in bestimmten Regionen Deutschlands – vor allem in vielen Gebieten Ostdeutschlands – niederzulassen. Folge einer solchen Entwicklung sind zunehmende Engpässe in der wohnortnahen ambulanten medizinischen Versorgung, bedingt durch einen steigenden Ärztemangel (Rabbata 2002).

te in den Alltag der Patienten involviert. Somit ist ihnen der Einblick in die Häuslichkeit gewährt, durch den sie frühzeitig die Notwendigkeit medikamentöser Behandlungen erkennen, aber auch deren Probleme frühzeitig ein- und abschätzen und notwendige Maßnahmen ergreifen können. Insofern kommt ihnen nicht nur eine bedeutsame Mittlerfunktion zwischen verordnenden Ärzten und Patienten zu, sondern auch eine wichtige Funktion als Beratungsinstanz für den Nutzer. Das in der Pflegeausbildung vermittelte pharmakologische Grundwissen – das fraglos weiter ausgebaut und dem neuesten Stand der Erkenntnisse angepasst werden müsste, um die hier beschriebene Aufgabe auch adäquat ausführen zu können – sowie die erworbene Kompetenz der Krankenbeobachtung, befähigt Pflegekräfte dazu, Patienten auf den Nutzen, aber auch auf mögliche Probleme ihres Medikamentenregimes aufmerksam zu machen und zu informieren. Diese Aufklärung kann dazu beitragen, dass der Patient seine Pharmakotherapie realistisch mit all ihren Vor- und Nachteilen einzuschätzen lernt. Darüber hinaus bietet sich an, Pflegekräfte auch stärker in die Beratung und die Verbesserung des Selbstmanagements von Medikamentenregimen einzubeziehen. Dazu gehören u. a. Gespräche mit Patienten über angstbesetzte Medikamente, Aufklärungs- und Beratungsgespräche, die darauf zielen, die Akzeptanz und Unterstützungsbereitschaft der Familie zu erhalten und/oder zu fördern oder Interventionen, die auf Optimierung des Medikamentenregimes und seine Handhabung ausgerichtet sind.

Durch ihre enge Einbindung in die häusliche Versorgung der Patienten erleben Pflegekräfte im Gegensatz zu anderen Gesundheitsprofessionen die individuellen Probleme bei der Integration der Pharmakotherapien in das Alltagsleben. Dieses Wissen kann dazu dienen, dem Patienten zielgerichtete Spielräume und Möglichkeiten der Selbstbestimmung trotz Krankheit und regelmäßiger Medikamentenanwendung aufzuzeigen. Dazu gehören bspw. Schulungen wie zur Messung des Blutzuckers, das Erlernen selbständiger Injektionsverabreichung bei Diabetes Mellitus, die Symptomeinschätzung und -kontrolle, Ernährungsberatung im Zusammenhang mit spezifischen Medikamententherapien oder aber auch die Entwicklung von Taktiken und Strategien mit denen Pharmakotherapien unproblematisch in den Alltag eingepasst werden können.

Die Vielzahl von verschiedenen Medikamenten, die bei chronisch kranken Menschen meist zum Einsatz kommen, erschweren ihnen oftmals die Orientierung. Häufig werden Medikamente unkoordiniert verordnet, was die Gefahr von gefährlichen Neben- und/oder Wechselwirkungen erhöht. Patienten, aber auch deren Bezugspersonen, sind dann damit überfordert, eine regelmäßige Kontrolle bzw. einen Abgleich der verschiedenen Medikamente zu verlangen. Ambulante Pflegekräfte, bei denen verschiedene Versorgungsstränge zusammenlaufen und die in der Regel in ständigem Kontakt mit den unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen sind, könnten an dieser Stelle eine wesentliche Koordinationsfunktion übernehmen und Sorge dafür tragen, dass Medikamententherapien das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko nicht erhöhen.

Wie aufgezeigt werden konnte, besitzt das Berufsfeld der Pflege viele Potenziale, die zu einer optimierten Medikamentenversorgung bei chronischer Krankheit beitragen können. Viele von ihnen liegen derzeit noch brach. Sollen diese Potenziale ausgeschöpft und realisiert werden, ist ein

Umdenken notwendig, das darauf zielt, Pflege stärker in das bisher einseitig arzt dominierte Aufgabenfeld der Medikamentenversorgung bzw. -überwachung einzubeziehen und die dafür erforderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen. Parallel dazu bedarf es auch von Seiten der Pflege weiterer Qualifizierungsanstrengungen, um die hier beschriebenen Kompetenzen bei der Bewältigung von Medikamentenregimen zu festigen und auszubauen. Über die Ausweitung des pflegerischen Aufgaben- und Kompetenzbereiches hinaus werden generell vielfältige Anstrengungen erforderlich sein, wenn den Herausforderungen zur Verbesserung der Compliance und Adhärenz adäquat begegnet werden soll. Die Bewältigung dieser anstehenden Aufgaben und Probleme kann nur in einem Gesundheitssystem gelingen, in dem alle beteiligten Gesundheitsprofessionen wie auch die Gesundheitspolitik die Versorgungsqualität und Nutzerzufriedenheit in das Zentrum ihrer Bemühungen stellt.

6. Literaturverzeichnis

- ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände) (2003): Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten. Berlin: ABDA
- Acharya, J.P./Acharya, I. (2003): A Study on Compliance and Behavioural Responses of Patients in an Out-Patient Clinic. *Indian Journal of Community Medicine*, XXVIII (1), 19-25
- Albright, T.L./Parchman, M./Burge, S.K.: RRNeST Investigators (2001): Predictors of Self-Care Behaviour in Adults with Type II Diabetes: An RRNeST Study. *Familiy Medicine* 33 (5), 354-360
- Aldwin, C.M. (1991): Does age affect the stress and coping process? Implications of age differences in perceived control. *Journal of Gerontology* (46), 174-180
- Alibhai, S.M.H./Han, R.K./Naglie, G. (1999): Medication education of actually hospitalized older patients. *Journal of General Internal Medicine* 14, 610-616
- Aljaseem, L.I./Peyrot, M./Wissow, L./Rubin, R.R. (2001): The Impact of Barriers and Self-Efficacy on Self-Care Behaviours in Typ 2 Diabetes. In: Pitman, N.J. (Hg.) *Diabetes Educator* 27 (3), 393-404
- Anderson, R.T./Ory, M./Cohen, S./Mcbridge, J.S. (2000): Issues of Aging and Adherence to Health Intervention. *Controlled Clinical Trials* 21, 171-183
- Anderson, R.J./ Freedland, K.E./Clouse, R.E./Lustman, P.J. (2001): The Prevalence of Comorbid Depression in Adults With Diabetes. *Diabetes Care* 24 (6), 1069-1078
- Aufseeser-Weiss, M./Ondeck, D.A. (2001): Medication Use Risk Management: Hospital Meets Home Care. *Journal of Nursing Care Quality* 15 (2), 50-57
- Badura, B./Kaufhold, G./Lehmann, H. (1992): Soziale Unterstützung und Krankheitsbewältigung – Neue Ergebnisse aus der Oldenburger Longitudinalstudie viereinhalb Jahre nach Erstinfarkt. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 38, 48-58
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy. Towards a unifying theory of behavior change. *Psychological Review* 84, 194-215
- Barat, I./Andreasen, F./Damsgaard, E.M. (2001): Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. *British Journal of Clinical Pharmacology* 51, 615-622
- Bartlett, J.A. (2002): Addressing the Challenges of Adherence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 29 (Supplement 1), 2-S10
- Bernsteiner, J.H. (2005): Medication Reconciliation Transfer of medication information across settings- keeping it free from error. *American Journal of Nursing* 105 (3), 31-36
- Becker, M.H./Rosenstock, I.M. (1984): Compliance with Medical Advice. In: Steptoe, A. (Hg.): *Health care and human behaviour*. Acad. Press London, 157-208
- Belgrave, F.Z./Moorman-Lewis, D. (1994): The Role of Social Support in Compliance and other Health Behaviour for African Americans with chronic Illness. *Journal of Health social policy* 5 Issue: 3/4, 55-68
- BKK (2005): Arzneimittelausgaben steigen weiter – Vereinigungen der Kassenärzte müssen handeln – maßlose Apothekerrabatte schaden den Krankenkassen – "aut-item" von der Regel wieder zur Ausnahme machen, Pressemitteilung vom 09.08.2005, BKK-Bundesverband (Hg.), Essen

- Bloom, S.B. (2001): Daily regimen and compliance with treatment. *BMJ* 322, 647
- BMGS (2004): agenda 2010 – Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung Teil 1., Bundesministerium für Gesundheit und Soziales, Bonn
- Bovet, P./Burnier, M./Madelaine, G./Waeber, B./Paccaud, F. (2002): Monitoring one-year compliance to antihypertension medication in the seychelles. *Bulletin of the World Health Organisation* 80, 33-39
- Brandstaedt, A./Oelzner, S./Hoffman, A. (1996): Correlations between subjective compliance, objective compliance, and factors determining compliance in geriatric hypertensive patients treated with triamterene and hydrochlorothiazide. *International journal of clinical pharmacology and therapeutics* 34 (6), 236-242
- Brummel-Smith, K. (1998): Polypharmacy and the Elderly Patient. *Archives of the american academy of ortopaedic Surgeons* 2 (1), 39-44
- Buck, D./Jacoby, A./Baker, G.A./Chadwick, D.W. (1997): Factors influencing compliance with epileptic drug regimes. *Seizure* 6, 87-93
- Carter, S./Taylor, D. (2003): A question of choice: compliance in medication taking. A preliminary review. *Medicines partnership*
- Catz, L.S./Kelly, J.A./Bogart, L.M./Benotsch, E.G./MvAuliffe, T.L. (2000): Patterns, Correlates, and Barriers to Medication Adherence Persons Prescribed New Treatments for HIV Disease. *Health Psychology* 19 (2), 124-133
- Centre for the Advancement of Health (Hg.) (1999): Interventions to Improve Adherence to Medical Regimes in the Elderly, Washington
- Chambers, C.V. (1999): Health beliefs and compliance with inhaled corticosteroids by asthmatic patients in primary care practice. *Respiratory Medicine*, 93:88-93
- Chan, M./Nicklason, F./Vial, J.H. (2001): Adverse drug events as a cause of hospital admission in the elderly. *Internal Medicine Journal* 31, 199-205
- 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, 681-692
- Chesney, M.A. (2003): Adherence to HAART regimes in: *Aids Patient Care STDS*. 17, 169-176
- Chesney, M.A./Ickovics, J./Hecht, F.M. (1999): Adherence: a necessity for successful HIV combination therapy. *Aids* 13 (Suppl. A), 271-278
- Chesney, M.A. (1997): Adherence to drug regimes: a learned skill. *Improving Management of HIV Disease* 5, 12
- Ciechanowski, P.S./Wayne, J.K./Russo, J.E. (2000): Depression and Diabetes. *Archives of internal medicine* 160 (21), 3278-3285
- Cline, C.M.J./Bjorck-Linne, A.K./Israelsson, B.Y.A./Willenheimer, R.B./Erhardt, L.R. (1999): Non-compliance and knowledge of prescribed medication in elderly patients with heart failure. *European Journal of Heart Failure* 1, 145-149
- CMAG – Case Management Society (2004): CMAG-1. Case Management Adherence Guidelines Version 1. Guidelines from the Case Management Society of America for improving adherence to medication therapies. Verfügbar unter: <http://www.cmsa.org/PDF/CMSA.pdf>. Download: 07.09.2005

- Cochrane, R.A./Mandal, A.R./Ledger-Scott, M./Walker, R. (1992): Changes in drug Treatment after discharge from hospital geriatric patients. *British Medical Journal* 305, 694-696
- Collins, K.S./Tenney, K./Hughes, D.L. (2002): Quality of healthcare for African Americans The Commonwealth Fund Web Site. March 2002. Verfügbar unter: http://www.cmwf.org/programs/minority/collins_africanamerican_fs_524.pdf. Download: 15.04.2004
- Conrad, P. (1985): The meaning of medications: another look at compliance. *Social Science and Medicine* 20, 29-37
- Corbin, J./Strauss, A. (2004): Weiterleben lernen - Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Huber
- Cramer, J.A./Mattson, R.H. (1991): Monitoring compliance with antiepileptic drug therapy. In: Cramer, J.A./Spilker, B. (Hg.): *Patient Compliance in Medical Practice and Clinical Trials*. New York: Raven Press, 123-137
- Crane, A.L. (1996): social support and adherence behaviour among woman with abnormal Pap smears. *Journal of cancer education* 11(3), 164-173
- Cuffel, B.J./Alford, J./Fischer, E.P. (1996): Awareness of illness in schizophrenia and outpatient treatment adherence. *Journal of Nervous and Mental Disease* 184, 653-659
- Delany, C. (1998): Reducing Recidivism: Medication Versus Psychosocial Rehabilitation. *Journal of Psychosocial Nursing* 36 (11), 28-34
- Demyttenaere, K. (1998): Noncompliance with antidepressants: who's to blame? *International clinical psychopharmacology* 13 SUPP/2, 19-25
- Devor, M./Wang, A./Renvall, M./Feigal, D./Ramsdell, J. (1994): Compliance with Social and Safety Recommendations in a Outpatient Comprehensive Geriatric Assessment Program. *Journal of Gerontology, Medical Sciences* 49 (4), 168-173
- Dierks, M.L./ Schaeffer, D. (2004): Informationen über die Qualität der gesundheitlichen Versorgung – Erwartungen und Forderungen der Patienten. In: Klauber, J./Robra, B.P./Schellschmidt, H. (Hg.): *Krankenhaus-Report 2004. Schwerpunkt: Qualitätstransparenz – Instrumente und Konsequenzen*. Stuttgart: Schattauer, 135-150
- Dierks, M.L./Siebeneick, S./Röseler, S. (2001): Patienten, Versicherte, Kunden – eine neue Definition des Patienten? In: Dierks, M.L./Bitzer, E.M./Lerch, M./Martin, S./Röseler, S./Schienkiewitz, A./Siebeneick, S./Schwartz, F.W. (Hg.) *Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt, Arbeitsbericht*, 4-26
verfügbar unter: <http://www.epi.mh-hannover.de/arbeitschwerpunkte/as9/gutachten.pdf>, download: 30.04.2005
- DiMatteo, M.R./DiNicola, D.D. (1982): *Achieving patient compliance-The psychology of the medical practitioner's role*. New York/ Oxford: Pergamon Press
- DiMatteo, M.R./Lepper, H.S./Croghan, T.W. (2000): Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment. *Archives of internal medicine* 160(14), 2101-2107
- Donnovan, J.L./Blake, D.R. (1992): Patients non-compliance: deviance or reasoned decision- making. *Social Science and Medicine* 34, 507-513

- Doty, R.L./Philip, S./Reddy, K./Kerr, K.L. (2003): Influences of antihypertensive and antihyperlipidemic drugs on the senses of taste and smell: a review. *Journal of Hypertension* 21(10), 1805-1813.
- Dowell, J./Hudson, H.A. (1997): A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care. *Journal Family Practice* 14 (5), 369-375
- Dunbar-Jacob, J./Erlen, J.A./Schlenk, E.A./Ryan, C.M./Sereika, S.M./Dowell, W.M. (2000): Adherence in Chronic Disease. *Annual Review of Nursing Research* 18, 48-90
- Düsing, R. (2003): Non-Compliance in der Hochdrucktherapie – Die wichtigsten Ursachen, und was dagegen getan werden kann. *Cardiovasc, Urban und Vogel*, 30-34
- Dybowski, S. (2005): Soweit nicht anders verordnet... HIV-positive Frauen im Spannungsfeld zwischen Compliance und Lebensgestaltung. Frankfurt am Main: Mabuse
- Eldred, L.J./Wu, A.W./Chaisson, R.E./Moore, R.D. (1998): Adherence to Antiretroviral and pneumocystis Prophylaxis in HIV Disease. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 18, 117-125
- Esmail, R./Brazil, K. (2000): Compliance with recommendations in a geriatric outreach assessment service. *Age Ageing* 29 (4), 353-356.
- Farmer, K.C. (1999): Methods for measuring and monitoring regimen adherence in clinical practice. (Review) (61refs.), *Clinical Therapeutics* 21, 1074-90
- Ferrini, R.L./Edelstein, S./Barrett-Connor, E. (1994): The association between health beliefs and health behavior change in older adults. *Preventive Medicine* (23), 1-5 B
- Feuerstein, G./Kuhlmann, E. (1999): Neopaternalismus und Patientenautonomie. Das Verschwinden der ärztlichen Verantwortung? In: Feuerstein, G./Kuhlmann, E. (Hg.) *Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patienten Verhältnis*. Bern: Huber, 9-15
- Finzen, A. (2001): *Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Fischer, G.C. (1998): Compliance-Probleme in der hausärztlichen Praxis In: Petermann, F. (Hg.): *Compliance und Selbstmanagement*. Göttingen: Hogrefe, 139-149
- Friedemann, M.L. (1996): *Familien- und umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts*. Bern/Göttingen: Huber
- Gallant, M.P. (2003): The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. *Health Education and Behavior* 30 (2), 95-170.
- Garay-Sevilla, M.E./Nava, L.E./Malacara, J.M./Huerta, R./Diaz de Leon, J./Mena, A./Fajardo, M.E. (1995): Adherence to Treatment and Social Support in Patients With Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus. *Journal of Diabetes and Complications* 9, 81-86
- Garms-Homolova, V./Schaeffer, D. (1992): *Versorgung alter Menschen. Sozialstationen zwischen wachsendem Bedarf und Restriktionen*. Freiburg: Lambertus Verlag
- Garnett, W.R. (2000): Antiepileptic Drug Treatment: Outcomes and Adherence. *Pharmacotherapy* 20 (8), 191S-199S
- Gaul, G./Dornaus, C. (2001): Therapie-Adhärenz bei arterieller Hypertonie. *Journal of Hypertony* 4/2001

- Gazmararian, J.A./Williams, M.V./Peel, J./Baker, D.W. (2003): Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Education and Counseling* 51, 267-275
- Gilmer, T.P./Dolder, C.R./Lacro, J.P./Folsom, D.P./Lindamer, L./Garcia, P./Jeste, D. (2004): Adherence to Treatment With Antipsychotic Medication and Health Care Costs Among Medicaid Beneficiaries With schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 161, 4, April
- Glaeske, G. (1991): Arzneimittelverbrauch von Menschen in höherem Lebensalter unter besonderer Berücksichtigung von Arzneimitteln mit Abhängigkeitspotential. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS), Düsseldorf
- Golin, C.E./Liu, H./Hays, R.D. (2002): A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication. *Journal of General Internal Medicine* 17, 756-765
- Gordillo, V./del Amo, J. (1999): Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *Aids* 13(13), 1763-1769.
- Gordis, L. (1982): Konzeptionelle und methodologische Probleme bei der Messung der Patienten-Compliance, In: Haynes, R.B./Taylor, D.W./Sackett, D.L. (Hg.): *Compliance Handbuch*. München/ Wien: Roldenbourg Verlag
- Grandt, D./Braun, C./Häuser, W. (2005): Häufigkeit, Relevanz, Ursachen und Strategien zur Vermeidung von Medikationsfehlern. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38 (3), 196-202
- Gryfe, C./Gryfe, B.M. (1984): Drug therapy of the aged: The problem of compliance and the roles of physicians and pharmacists. *Journal of American Geriatric Society* 32, 301-307
- Halkitis, P.N./Parsons, J.T./Wolitski, R./Remien, R.H. (2003): Characteristics of HIV antiretroviral treatments, access and adherence in an ethnically diverse sample of men who have sex with men. *AIDS Care* 15(1), 89-102
- Hargrave, R./Remler, M.P. (1996): Noncompliance. *Journal of the National Medical Association* 88, 7
- Haynes, R.B./Taylor, D.W./Sackett, D.L. (Hg.) (1979a): *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press
- Haynes, R.B. (1979b): Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. In: Haynes, R.B./Taylor, D.W./Sackett, D.L. (Hg.): *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 49-62
- Hegerl, U./Möller, H.J. (2000): Pharmakotherapie der Altersdepression. *Nervenarzt* 71, 1-8
- Herrmann, M. (1991): Arzneien: verschrieben und vergessen. *Ärztliche Praxis* 53, 5
- Hessel, A./Gunzelmann, T./Geyer, M./Brähler, E. (2000): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60jährigen in Deutschland – gesundheitliche, soziokulturelle, soziodemographische und subjektive Faktoren. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33(4), 289-299
- Herz, M.I./Melville, C. (1980): Relapse in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 137, 801-805
- Himmel, W./Kron, M./Hepe, S./Kochen, M.M. (1996): What happens to long-term medication when general practice patients are referred to hospital? *European Journal of Clinical Pharmacology* 50 (4), 253-257

- HMO Workgroup on Care Management (2002): Improving the Care of Older Adults with Common Geriatric Conditions, A Report from the HMO Workgroup on Care Management: The American Association of Health Plans (AAHP), AAHP-Foundation (Hg.), Washington
- Hörl, J. (1992): Lebensführung im Alter. Zwischen Familie und Dienstleistungen. Heidelberg/Wiesbaden: Verlag Quelle & Meyer
- Horne, R. (1999): Patients Beliefs About Treatment: The Hidden Determinant of Treatment Outcome. *Journal of Psychosomatic Research* 47 (6), 491-495
- Horne, R./Weinman, J. (1999): Patient's Beliefs about prescribed Medicines and their Role in Adherence to Treatment in chronic physical Illness. *Journal of Psychosomatic Research* 47, (6), 555-567
- Johnson, M.J./Williams, M./Marshall, E.S. (1999): Adherent and Nonadherent Medication-Taking in Elderly Hypertensive Patients. *Clinical nursing research* 8 (4), 318-335
- Johnson, K.H./Bazargan, M./Bing, E.G. (2000): Alcohol Consumption and compliance among inner-city patients with type 2 diabetes mellitus. *Archives of Internal Medicine*, 27:3278-3285
- Kaiser, T./Ewers, H./Waltering, A./Beckwermert, D./Jennen, C./Sawicki, P.T. (2004): Sind die Aussagen medizinischer Werbeprospekte korrekt? *Arznei-Telegramm*, 35. Jg., Heft 2 (Sonderbeilage)
- Kalichman, S.C./Catz, S./Ramchandram, B. (1999): Barriers to HIV/Aids treatment and treatment adherence among African-American adults with disadvantage education. *Journal of the National Medical Association* 91, 439-446
- Kaplan, R.M./Hartwell, S.L. (1987): Differential Effects of Social Support and Social Network on Psychological and Social Outcomes in men and women with Type II Diabetes Mellitus, *Health Psychology* 6, 387-398
- Katapodi, M.C./Facione, N.C./Miaskowski, C./Dodd, M.J./Waters, C. (2002): The Influence of Social Support on Breast Cancer Screening in a Multicultural Community Sample. *Oncology nursing forum* 29 (5), 845-852
- Kazis, L.E./Friedmann, R.H. (1988): Improving medication compliance in the elderly. Strategies for the health care provider. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36:1161-1162
- Keller, M.B./Hirshfeld, R.M.A./Demyttenare, K./Baldwin, D.S. (2002): Optimizing outcomes in depression: focus on compliance. *International Clinical Psychopharmacology* 17, 265-271
- Kettler, U./Hamer, H.J. (1989): Modellprogramm «Ambulante Dienste für Pflegebedürftige». Vor-Ort-Untersuchung Region Münster. Abschlussbericht. Innere Mission Münster
- Kiewel, A. (2000): Nehmen Sie Ihre Medikamente selbst? Neue Wege der Patientenbeteiligung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Weinheim: Juventa Verlag
- Kidd, K.E./Altman, D.G. (2000): Adherence in Social Context. *Control Clinical Trials* 21, 184S-187S
- Klemperer, D. (2003): Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin, 303-302

- Kolip, P. (1998): Was kann Public Health in der Praxis leisten? Problemzugang Bevölkerungsgruppen. Frauen und Männer, In: Schwartz, F.W./Badura, B./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J. (Hg.): Das Public Health Buch. München/Wien/Baltimore: Urban & Fischer, 506-515
- Kraus, N./Keith, V. (1989): Gender differences on social support among older adults, *Sex Roles* (21), 609-628
- Kruse, A./Knappe, E./Schultz-Nieswand, F./Wilbers, J. (2003): Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten? Expertise erstellt im Auftrag der AOK Baden-Württemberg
- Kruse, W./Köhler, J./Oster, P./Schlierf, G. (1987): Vermeidbare Risiken in der medikamentösen Behandlung hochbetagter Patienten. *DMW*, 112. Jg., Nr.39
- Kruse, W. (1994): Medikamente in der Geriatrie: Probleme bei der Arzneimittelanwendung und Lösungsmöglichkeiten. Expertise im Auftrag des BMFSFJ. Band 25 Schriftenreihe des BMFSFJ, Stuttgart/Berlin/ Köln: Verlag W. Kolhammer
- Kuhlmey, A./Winter, M.H.-J./Maaz, A./Hofmann, W./Nordheim, J./Borchert, C. (2003): Alte Frauen und Männer mit starker Inanspruchnahme des Gesundheitswesens – Ein Beitrag zur altersspezifischen Versorgungsforschung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 36, 233-240
- Lacro, J.P./Dunn, L.B./Dolder, C.R./Leckband, S.G./Jeste, D.V. (2002): Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *Journal of Clinical Psychiatry* 63, 892-909
- Lanier, B. (1989): Who is dying of asthma and why? *Journal of Pediatrics* 115, 838-840
- Lau, H.S./Florax, C./Porsius, A.J./De Boer, A. (2000): The completeness of medication histories in hospital medical records of patients admitted to general internal medicine wards. *British Journal of Clinical Pharmacology*; 49 (6): 597-603
- Leduc, N./Tannenbaum, T.N./Bergman, H./Champagne, F./Clarfield, A.M./Kogan, S. (1998): Compliance of Frail Elderly With Health Services Prescribed at Discharge From an Acute-Care Geriatric Ward. *Medical Care* 36 (6), 904-914
- Leventhal, H./Cameron, L. (1987): Behavioral Theories and the Problem of Compliance. *Patient Education and Counseling* 10, 117-138
- Leventhal, H./Zimmermann, R./Gutmann, M. (1984): Compliance: a self-regulation perspective. In: Gentry, W.D. (Hg.) *Handbook of behavioral medicine* (S.369-436). New York: Guilford Press
- Levy, R.L. (1983): Social Support and Compliance: A Selective Review and Critique of Treatment integrity and Outcome Measurement, *Social Science and Medicine* 17, (18), 1329-1338
- Lilja, P. (1984): Recognizing the Effect of Social Support on Compliance to Medical Regimen in the Elderly Chronically. *Home Health Care Nurse* 2, 17-22
- Linkens, H.J./Neugebauer, H. (1999): Compliance aus der Sicht des Arztes und des Patienten. In: Wolf, E./Mauss, S./Jäger, H. (Hg.): *Die anti-retrovirale Behandlung der HIV-Erkrankung*. Stuttgart: Thieme, 49-53
- Lumme-Sandt, K./Virtanen, P. (2002): Older people in the field of medication. *Sociology of Health & Illness* 24 (3), 285-304

- Lustman, P.J./Clouse, R.E./Freedland, K.E. (1998): Management of Major Depression in Adults With Diabetes: Implication of Recent Clinical Trials. *Seminars in clinical neuropsychiatry* 3 (2), 102-114
- Macdonald, E.T./Macdonald, J.B. (1992): Disease management in the elderly. Volume 1. Drug treatment in the elderly. John Wiley and Sons, New York
- Marder, S.R. (2004): Overview of Partial Compliance. *Journal of Clinical Psychiatry* 64 (suppl 16), 3-9
- Marder, S.R./Mebane, A./Chien, C.P. (1983): A comparison of patients who refuse and consent to neuroleptic treatment. *American Journal of Psychiatry* 140, 470-472
- Martens, R. (2004): Modellrechnungen zu den Kosten bei einem Verzicht der Erhebung von Zuzahlungen bei alten, behinderten, suchtkranken und obdachlosen Menschen. Expertise des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Gesamtverband Berlin
- Mazzuca, S.A. (1982): Does Patient Education In Chronic Disease Have Therapeutic Value? *Journal of chronic disease* 35, 521-529
- McLean, D./Lo, R. (1998): The non-insulin-dependent diabetic: success and failure in Compliance. *The Australian journal of advanced nursing* 15 (4), 33-42
- Meichenbaum, D./Turk, D.C. (1987): Facilitating treatment adherence: a practitioner's guidebook. New York: Plenum Press
- Melfi, C.A./Chawla, A.J./Croghan, T.W. (1998): The effects of adherence to antidepressant treatment guidelines on relapse and recurrence of depression. *Archives of General Psychiatry* 55, 1128-1132
- MFJFG (2000): Gesundheitsbericht NRW - Gesundheit von Frauen und Männern, Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.). lögd. Bielefeld
- Mielk, A. (2000) : Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Huber
- Mitchell, W.G./Scheier, L.M./Baker, S.A. (2000): Adherence to treatment in children with epilepsy: who follows „doctor's orders"? *Epilepsia*, 41, 1616-25
- Mollema, E.D./Snoek, F.J./Adér, J./Heine, R.J./v.d. Ploeg, H.M. (2001) : Insulin-treated diabetes patients with fear of self-injecting or fear of self-testing Psychological comorbidity and general well-being. *Journal of Psychosomatic Research* 51, 665-672
- Mühlhauser, I./Bott, U./Overmann, H./Wagener, W./Bender, R./Jörgens, V./Berger, M. (1995): Liberalized diet in patients with type I diabetes. *Journal of Internal Medicine* 237, 591-597
- Mühlig, P. (2004): Compliance: Formen und methodische Fragen. *Praxis – Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 17 (65), 45-52
- Müller-Mundt, G. (2005): Chronischer Schmerz – Herausforderungen für die Versorgungsgestaltung und Patientenedukation. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Myers, M.G. (1999): Compliance in hypertension: why don't patients take their pills? *Canadian Medical Association Journal* 160, 64-65
- Nestmann, F./Schmerl, C. (1991): The lady is not burning-The gender paradox in prevention and social support. In: Albrecht, G./Otto, H.U. (Hg.): *Social prevention and social science*. Berlin-New York, 217-234

- Nink, K./Schröder, H./Selke, G.W. (2001): Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: Schwabe, U./Pfaffrath, D. (Hg): Arzneimittelverordnungsreport 2001. Berlin: Springer, 823-836
- Nurnberg, H./George, M.D. (2001): Managing Treatment-Emergent Sexual Dysfunction Associated with Serotonergic Antidepressants: Before and after Sildenafil. *Journal of Psychiatric Practice* 7(2), 92-108
- Oelzner, S./Brandstaedt, A. (1996): Correlations between subjective compliance, objective compliance, and factors determining compliance in geriatric hypertensive patients treated with triamterene and hydrochlorothiazide. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapy* 34(6), 236-242.
- Parsons, T. (1965): Struktur und Funktion der modernen Medizin. *Kölner Zeitschrift für Soziologie*, 3. Sonderheft.
- Paes, A.H./Bakker, A./Soe-Agnie, C.J. (1997): Impact of dosage frequently on patient compliance. *Diabetes Care* 24, 1411-145
- Petermann F (Hg.) (1998a): Compliance und Selbstmanagement. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Petermann, F. (1998b): Compliance und Selbstmanagement-Einführung in die Themenbereiche. In: Petermann, F. (Hg.): Compliance und Selbstmanagement. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, 9-17
- Peveler, R./Kendrick, A. (2001): Treatment delivery and guidelines in primary care in: *British Medical Bulletin* 57, 193-206
- Pfaff, H./Schrappe, M./Lauterbach K.W./Engelmann, U./Halber, M. (Hg.) (2003): Gesundheitsversorgung und Disease-Management. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Phillips, J./Beam, S./Brinker, A./Holquist, C./Honig, P./Lee, L.Y./Pamer, C. (2001): Retrospective analysis of mortalities associated with medication errors. *American Journal of Health Systems Pharmacology* 58 Oct 1, 1835-1841
- Pound, P./Britten, N./Morgan, M./Yardley, L./Pope, C./Daker-White, G./Campbell, R. (2005): Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medication taking. *Social Science Medicine* 61, 133-155
- Put, C./v.d. Bergh, O./Demendts, M./Verleden, G. (2000): A Study of Relationship Among Self-Reported Noncompliance, Symptomatology, and Psychological Variables in Patient with Asthma. *The journal of asthma* 37 (6), 503-510
- Rabbata, S. (2002): Arzteinkommen: Den Spaß an der Arbeit verloren. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg.99, Heft 15, A992-994
- Rand, C.S. (1993): Measuring adherence with therapy for chronic disease: implications for the Treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. (Review) (35refs.). *American Journal of Cardiology* 72, 68D-74D
- Renteln-Kruse, W./Micol, W./Oster, P./Schlierf, G. (1998): Arzneimittelverordnungen, Schwindel und Stürze bei über 75jährigen Krankenhauspatienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31 (4), 286-289
- Richter, E. (2004): Pflegebedürftige verweigern Arztbesuch aus finanziellen Gründen, *Forum Sozialstation* 126, Februar
- RKI (Robert Koch-Institut) (2003): Bundes-Gesundheitssurvey: Arzneimittelgebrauch. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin

- Roberts, K.J. (2000): Barriers to Facilitators of HIV-Positive Patients' Adherence to Antiretroviral Treatment Regimes. *Aids patient care and STDs* 14 (3), 155-171
- Roberts, K.J./Mann, T. (2000): Barriers to antiretroviral medication adherence in HIV-infected women. *AIDS Care* 12, 377-386
- Roberts, K.J. (2002): Physician-patient relationships, patient satisfaction, and antiretroviral medication Adherence among HIV-infected adults attending a public health clinic. *AIDS Patient Care STDs* 16 (1), 43-50
- Roberts, K.J./Mann, T. (2003): Adherence to antiretroviral medications in HIV/AIDS care: a narrative exploration of one woman's foray into intentional nonadherence. *Health Care for Women International* 24 (6), 552-64.
- Rubinsten, R.L./Kilbride, J.C./Nagy, S. (1992): *Elders Living Alone. Frailty and the Perception of Choice*. New York: de Gruyter
- Sackett DL, Haynes RB (1976): *Compliance with therapeutic regimes*. Baltimore: Jon Hopkins University Press
- Salzmann, C. (1995): Medication Compliance in the elderly. *Journal of Clinical Psychiatry* 56 (1), 18-22
- SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2000) : Bericht der Expertengruppe zum Projekt « Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hg.). Basel/Muttenz, Druck: Schwabe & Co. AG
- Saounatsou, M. (2001): The Influence of the hypertensive patient's education in compliance with their medication. *Public Health Nursing* 18, 436-442
- Schaeffer, D. (2004 a): *Der Patient als Nutzer*. Bern: Huber
- Schaeffer, D. (2004 b) Gesundheitspolitische Relevanz des Entlassungsmanagements. In: DNQP (Hg.): *Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“: Entwicklung – Konsentierung – Implementierung*. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Osnabrück: DNQP, 11-26
- Schaeffer, D. (2004c): Optimierung der Bewältigung chronischer Krankheit. *Journal of Public Health/Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 12 (6), 382-383
- Schaeffer, D./Moers, M. (2003): Bewältigung chronischer Krankheiten - Herausforderungen für die Pflege. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft (Studienausgabe)*. Weinheim/München: Juventa, 447-484
- Schaeffer, D./Ewers, M./Müller-Mundt, G./Abholz, H.H. (2003): Projekt B2: Förderung des Selbstmanagements und der Adhärenz von chronisch kranken und multimorbiden Patienten unter komplexem Medikamentenregime durch die ambulante Pflege (Phase I). In: Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld (Hg.) (2003): *Verbundantrag: Patientenorientierte Pflegekonzepte zur Bewältigung chronischer Krankheit zum Förderschwerpunkt „Anwendungsorientierte Pflegeforschung“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung*. Bielefeld (revidierte Fassung vom März 2003), 103-126
- Schaeffer, D./Ewers, M. (2000): *Case Management in Theory und Praxis*. Bern: Huber
- Schaeffer, D./Moers, M. (1992): *Aids-Krankenversorgung*. Berlin: Sigma

- Scheibler, F. (2004): Shared Decision-Making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. Bern: Huber
- Schlenk, E.A./Hart, L. (1984): Relationship Between Health Locus of Control, Health Value, and Social Support and Compliance of Persons with Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 7 (6), 566-574
- Schneitman-McIntire, O./Farnen, T./Gordon, N./Chan, J./Toy, W. (1996): Medication misadventures resulting in emergency department visits at an HMO medical centre. *American Journal of Health Systems Pharmacology* 53, 1416-1422
- Schnurrer, J.U./Frölich, J.C. (2003): Zur Häufigkeit und Vermeidbarkeit von tödlichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen. *Internist* 44(7), 889 - 895
- Schönhöfer, P.S. (1999): Klinik-basierte Erfassung Arzneimittel - bedingter Erkrankungen im Pharmakovigilanz-System. *Arzneimitteltherapie* 17, 83-86
- Schwarzer, R./Leppin, A. (1989): Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe
- SGB (1998): Sozialgesetzbuch. Bücher I – XII. Beck-Texte im dtv
- Siebolds, M./Risse, A./Heffels, W.M. (2001): Erkenntnistheoretische und systemische Aspekte in der modernen Diabetologie. Berlin/New York: de Gruyter
- Steffens, J. (1998): Miktionsstörungen im Alter. *Deutsches Ärzteblatt* 95 (16), A-961
- Steuernagel, B./Doering, J. (2002): Complianceforschung mit besonderer Berücksichtigung geriatrischer Patienten. *European Journal of Geriatrics* 4(3), 110-119
- Stewart, M.A. (1995): Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes: A Review. *Canadian Medical Association Journal* 52 (9), 1423-1433
- Stockwell-Morris, L./Schulz, R.M. (1993): Medication Compliance: the patient's perspective. *Clinical Therapeutics* 15, 539-606
- Stone, V. (2001): Strategies for Optimising adherence to highly active antiretroviral therapy: Lessons from research and clinical practice. *Clinical Infectious Diseases* 33, 865-872
- Strauss, A./Glaser, B. (1975): Chronic illness and the quality of life. Saint Louis: The C.V. Mosby Company
- Sumartojo, E. (1993): When Tuberculosis Treatment fails. *American review of respiratory disease* 147 (5), 1311-1320
- Sußmann, C. (2001): Medikamente. In: Geislinger, R. (Hg.): Es gibt immer einen Ausweg. *Praxishandbuch Sucht*. München: Zenit-Verlag, 73-82
- SVR (2000/2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hg.): Gutachten 2000/2001. Baden Baden: Nomos Verlag
- SVR (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hg.): Gutachten 2005. Linkadresse für die Langfassung des Gutachtens: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht05/Langfassung2.pdf>
- The National Pharmaceutical Association (1998): Medication Management: Everybody's Problem-Strategies to meet the needs of vulnerable people, Mallinson House, 38-42 St Peter's Street, St Albans AL1 3NP

- Thorne, S.E./Paterson, B.L. (2000): Two decades of insider research: what we know and don't know about chronic illness experience. *Annual Review of Nursing Research* 18, 3-25.
- Thorne, S.E./Paterson, B. (2003): The structure of everyday self-care decision making in chronic illness. *Qualitative Health Research* 13 (10), 1337-52
- Tom, T./Cummings, J.L. (1998): Depression in Parkinson's disease. *Pharmacological characteristics and treatment. Drugs Aging* 12, 55-74
- Trostle, J.A. (1988): Medical compliance as an ideology. *Social Science and Medicine* 27, 1299-1308
- Van Putten, T. (1974): Why do schizophrenia patients refuse to take their drugs? *Archives of General Psychiatry* 31, 67-72
- Volmer, T./Kilhorn, A. (1998): Compliance und Gesundheitsökonomie. In Petermann, F. (Hg.): *Compliance und Selbstmanagement*. Göttingen: Hogrefe, 45-72
- Walley, T./Scott, A. (1995): Prescribing in the elderly. *Postgraduate Medical Journal* 71, 466-471
- Warschburger, P. (1998): Lebensqualität und Compliance – Die Sichtweise der Patienten. In: Petermann, F. (Hg.): *Compliance und Selbstmanagement*. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe, 103-138
- Weinstein, G. (2000): Asthma Treatment and Noncompliance. *Delaware medical journal* 72 (5), 209-214
- WHO (2003): *Adherence To Long Term Therapies, Evidence for action*, World Health Organisation (Hg.). Genf
- Wingenfeld, K. (2005): *Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transition*. Bern: Huber
- Wilson, W./Ary, D.V./Biglan, A./Glasgow, R.E./Toobert, D.J./Campbell, R. (1986): Psychosocial Predictors of Self-Care Behaviors (Compliance) and Glycemic Control in Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 9 (6), 614-622
- Wood, W./Gray, J. (2000): An integrative review of patient medication compliance from 1990-1998. *Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing* 7, 1-12
- Wright, J.M./Lee, C./Chambers, G.K. (2000): Real-world effectiveness of antihypertensive drugs. *Canadian Medical Association Journal* 162, 190-191
- Zeman, P. (1997): Lebenswelt und Professionen in der Pflege: Schnittstellenprobleme – Vernetzungschancen. In: *Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.): Jahrbuch des DZA*. Regensburg: transfer verlag, 71-80
- Zeppetella, G. (1999): How do terminally ill patient at home take their medication? *Palliative Medicine* 13 (6), 469-475