

Duden (2001): Das Herkunftswörterbuch.

Mannheim: Dudenverlag

Hellige, B. (2002): Balanceakt Multiple

Sklerose. Leben und Pflege bei chronischer Krankheit. Stuttgart: Kohlhammer

Hulskers, H. (2001): Die Qualität der pflegerischen Beziehung. Ein Anforderungsprofil.

In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe 14 (1): 39–45

Jewell, S.E. (1993): Patient participation:

what does it mean to nurses? In: Journal of Advanced Nursing 19: 333–338

Käppeli, S. (1993): Pflegekonzepte.

Gesundheits-, entwicklungs- und krankheitsbedingte Erfahrungen. Bern u.a.: Huber

Verres, R. (1994): Die Kunst zu leben: Krebs-

risiko und Psyche. 3. Aufl., München, Zürich: Piper

Entwicklung eines pflegerischen Interventionskonzepts zur alltagsnahen Förderung des Selbstmanagements von chronisch kranken Patienten unter komplexem Medikamentenregime

Doris Schaeffer, Michael Ewers, Jörg Haslbeck, Anja Kamche, Gabriele Müller-Mundt

■ **Komplexe pharmakologische Therapiekonzepte sind oft die einzige Option, das Fortschreiten chronischer Krankheiten zu verzögern und die Lebensqualität der Betroffenen zu fördern bzw. zu erhalten. Für Patienten ist es oftmals problematisch, im Alltag ein komplexes Medikamentenregime einzuhalten, insbesondere, wenn verschiedene Arzneimittel umfangreich und langfristig einzunehmen sind. Bislang wurde die Patienten- bzw. Nutzerperspektive in Compliance- bzw. Adhärenzstudien und in der Versorgungsforschung eher nachrangig behandelt. Untersuchungsziel ist es, die mit komplexen Therapiekonzepten einhergehenden Belastungen für die Patienten empirisch zu beleuchten. Um die Frage zu beantworten, wie Betroffene die Arzneimittelaufnahme im Alltag bewältigen, werden chronisch herzkrank bzw. an HIV/AIDS erkrankte Patienten interviewt. Ergänzend werden Pfleger, niedergelassene Ärzte und Apotheker zu ihrer Problemsicht befragt. Die Untersuchungsergebnisse dienen als Entwicklungsgrundlage für ein wissenschaftliches pflegerisches Interventionskonzept. Ziel ist es, das Selbstmanagement und die Adhärenz chronisch erkrankter, multimorbider Patienten durch die ambulante Pflege alltagsnah zu fördern und zur Verbesserung der Lebensqualität chronisch Kranker beizutragen.**

■ Often, therapeutic regimes are one of the last possibilities for patients with chronic illness to hold off the progressing illness and to improve, or even to obtain, quality of life. Nevertheless, adhering to a complex regime considerable problems often arise for the affected person, particularly in daily life, when prescribed medication has to be taken in a larger extent and over a longer period of time. So far, little evidence about selfmanagement of medication regimes in chronic illness exists from patients' perspective. Therefore, the aim of the research project is to find answers on the question how chronically ill patients, following a complex medication regime, are managing their daily lives and what kind of problems they have to encounter. According to that, patients suffering from cardiac diseases and HIV/AIDS will be interviewed for their personal experiences. Furthermore, health care professionals working with chronically ill patients are asked for their view on the topic. The findings will provide empirical support for the overall objective that is to develop intervention strategies for home care nursing to support affected persons in their daily regime management.

Arzneimitteltherapien nehmen eine zentrale Rolle in der Versorgung chronisch erkrankter Menschen ein (Kamche/Haslbeck 2004). Im Jahr 2003 wendeten die gesetzlichen Krankenversicherungen 24,2 Mrd. Euro bzw. 16,7 % ihrer jährlichen Gesamtausgaben (144,5 Mrd. Euro) für Arzneimittel auf (BMGS 2004) – einen Großteil davon für die Behandlung chronisch kranker und multimorbider Patienten (Glaeske/Janhsen 2004; Volmer/Kielhorn 1998). Dass dieser Ressourceneinsatz suboptimal bleibt, hat vielfältige Ursachen. So wird sei-

tens der professionellen Akteure häufig übersehen, dass chronische Krankheit und Multimorbidität komplexe Strategien des Therapie- und Symptommanagements im Alltag erfordern, die nicht einzig mit Multimedikation beantwortet werden können. Überdies gerät oftmals aus dem Blick, dass komplexe Arzneimitteltherapien für Patienten spezielle Herausforderungen in sich bergen. Schätzungsweise die Hälfte aller chronisch Kranken haben Schwierigkeiten mit ihrem Medikamentenregime (Dunbar-Jacob/Mortimer-Stephens 2001). Diese zei-

gen sich oftmals bereits in der stationären Versorgung (Arnet/Haefeli 2000), treten aber vor allem dann zu Tage, wenn ein komplexes Medikamentenregime aus eigener Kraft in den häuslichen Alltag integriert und dort in den verschiedenen Phasen des Krankheitsverlaufs dauerhaft aufrechterhalten werden soll. Dies mag erklären, warum Arzneimittelprobleme sich bei chronisch kranken Patienten im Zeitverlauf häufen und sich die Adhärenzproblematik für alle Akteure im Gesundheitswesen – so auch die Pflege – mehr und

mehr zu einem wichtigen Thema entwickelt.

Um ihr angemessen begegnen zu können, bedarf es empirisch abgesicherter und wissensbasierter Interventionskonzepte, an denen es – trotz zum Teil seit geraumer Zeit vorliegender Erkenntnisse über Ursachen und Umstände von Problemen bei der Bewältigung komplexer Medikamentenregime – mangelt. Dies gilt umso mehr, als in bisherigen Forschungsergebnissen sowohl der Alltagssituation der Patienten als auch den sich im Zeitverlauf stellenden Herausforderungen und Problemen und nicht zuletzt der Sichtweise der Patienten kaum Aufmerksamkeit geschenkt wird. Diese für das Selbstmanagement komplexer Medikamentenregime bei chronischer Krankheit zentralen Aspekte werden in der Versorgungspraxis meist vernachlässigt. Eben hier – bei den sich im häuslichen Alltag der Patienten stellenden Problemen und der Dauerhaftigkeit von Arzneimitteltherapien bei chronischer Krankheit und Multimorbidität – setzt das Forschungsvorhaben an, um eine in der Forschung bestehende Lücke zu schließen. Dabei wird zunächst der Frage nachgegangen, wie sich komplexe Medikamentenregime aus der Patientensicht im Alltag auswirken, welche Probleme und Herausforderungen sie in den unterschiedlichen Phasen des Krankheitsverlaufs aufwerfen, mit welchen Strategien diese von den Patienten beantwortet werden und welche pflegerischen Interventionen geeignet sind, um diese Probleme und Herausforderungen adäquat zu bewältigen. Im Einzelnen ist Ziel des in zwei Phasen angelegten Forschungsprojekts

(a) das Selbstmanagement und Adhärenzverhalten von Patienten, die aufgrund chronischer Krankheit, Multimorbidität und fortgeschrittenem Alter über längere Zeit gleichzeitig auf mehrere unterschiedliche Medikamente angewiesen sind und/ oder ein komplexes Medikamentenregime in ihrem häuslichen Umfeld umsetzen müssen, zu untersuchen und darauf aufbauend

(b) ein pflegerisches Interventionskonzept zu entwickeln, das auf die Alltagsprobleme der komplexen Medikamentenregime für chronisch kranke Patienten aufwerfen, zielt, zu deren Bewältigung der beiträgt und so den Erfolg pharmakotherapeutischer Behandlungen unterstützt.

Forschungsstand

Das Thema »Compliance/Adhärenz« wurde bislang von unterschiedlichen Seiten

und mit verschiedenen Schwerpunktsetzungen erforscht. Ziel war zumeist, das Ausmaß der Compliance/Adhärenz zu quantifizieren sowie volkswirtschaftliche (Volmer/Kielhorn 1998), gesundheitliche (Ellis et al. 2000) oder auch soziale Auswirkungen (Kidd/Altman 2000), die mit mangelnder Compliance/Adhärenz einhergehen, zu erfassen. Neuerdings werden verstärkt verhaltenswissenschaftliche Ansätze verfolgt, wodurch die Fähigkeit der Patienten zum »Selbstmanagement« bei der Bewältigung komplexer Medikamentenregime zunehmend ins Blickfeld von Wissenschaft und Praxis rückt (Petermann 1998). Trotz des inzwischen erkennbaren Einstellungswandels gegenüber der Rolle der Patienten bei der Arzneimitteltherapie folgen die meisten Untersuchungen nach wie vor einer einseitig medizinischen bzw. professionellen Perspektive. Die Sichtweise der Patienten wird bislang selten als Ausgangspunkt für Forschungsvorhaben herangezogen (Warschburger 1998), was zur Folge hat, dass eine zentrale Perspektive für die Auseinandersetzung mit der hier angesprochenen Problematik wie auch für deren Beantwortung in Form professioneller Interventionskonzepte weitgehend unberücksichtigt bleiben.

Derzeit wird eine ganze Reihe von Bedingungsfaktoren diskutiert, die das Selbstmanagement und Adhärenzverhalten von Patienten unter komplexen Medikamentenregimen beeinflussen. Hierzu zählen vor allem subjektive Faktoren – beispielsweise die individuell wahrgenommene Effektivität der Behandlung (Belgrave et al. 1997) oder das Maß an erfahrener sozialer Unterstützung (Hessel et al. 2000). Gegenstand vorliegender Forschungsarbeiten sind beispielsweise Zusammenhänge zwischen Patientenautonomie und Adhärenz. Einige Arbeiten gehen davon aus, dass sich ca. 20 % der Patienten bewusst gegen medikamentöse Therapien entscheiden, in anderen werden 73 % aller Fälle von Non-Compliance (über alle Altersgruppen) als intentional eingestuft (Golden et al. 1999). Mit ca. 40 bis 60 % führt das schlichte »Vergessen« der Medikamenteneinnahme die Liste der Gründe für Adhärenzprobleme an (Chang et al. 1998). Nahezu 30 % der Patienten haben Probleme damit, ihre Medikamente entsprechend der ärztlichen Verordnung einzunehmen, häufig begründet mit der Komplexität des Therapieregimes (Watts et al. 1997). Aber auch die Tatsache, dass Medikamentenregime mit Alltagsrou-

tinen kollidieren oder die Patienten mit anderen Aufgaben zu beschäftigt sind, um den Verordnungsschemata nachzukommen, scheint eine wichtige Rolle zu spielen (Cooper et al. 2002). Gestützt werden diese Annahmen durch die inzwischen gut dokumentierten Veränderungen des Adhärenzverhaltens im Zeitverlauf. In den ersten Behandlungsmonaten treten Therapieabbrüche oder Schwierigkeiten mit der Befolgung des Medikamentenregimes – für die Therapeuten meist gut erkennbar – vergleichsweise häufig auf (Jones et al. 1995). Doch vor allem auf lange Sicht betrachtet, sinkt die Adhärenzrate bei medikamentösen Behandlungsregimen kontinuierlich ab (Haynes 2001). Damit geht einher, dass auch die Bereitschaft zur Wahrnehmung von Behandlungsterminen und Drug-Monitoring-Sitzungen im Zeitverlauf über alle Patientenpopulationen deutlich zurückgeht (Kjellgren et al. 1995). Chronisch kranke Patienten sind somit dem Blickfeld der behandelnden Mediziner mehr und mehr entzogen und werden erst wieder im Zusammenhang mit akuten Krisen auffällig. Bei rund einem Viertel älterer Patienten unter komplexen Medikamentenregimen werden klinisch relevante Folgen mangelnder Adhärenz beobachtet (Walley/Scott 1995). Häufig münden Sie in eine vermehrte Inanspruchnahme von Notfall- und Klinikbehandlungen (Nelson/Talbert 1996; Schneitman-McIntire et al. 1996). Im Alltag schleichende und daher von den Akteuren meist unbemerkte Veränderungen des Adhärenzverhaltens chronisch kranker Patienten haben somit weit reichende und durchaus ernst zu nehmende Konsequenzen.

Als problematisch erweist sich, dass dieses für die Bewältigung chronischer Krankheit zentrale Moment in der bisherigen Compliance-/Adhärenz-Forschung kaum Berücksichtigung gefunden hat. Somit ist weitgehend ungeklärt, welche Handlungsanforderungen sich aus komplexen Medikamentenregimen für den sozialen, lebensweltlichen und biographischen Kontext der Patienten ergeben, oder welche Strategien die Patienten entwickeln, um mit der Therapie im Alltag umzugehen. Den Alltagsproblemen von chronisch kranken und multimorbiden Patienten unter komplexen Medikamentenregimen und der darauf aufbauenden Entwicklung von alltagsnahen Interventionskonzepten wird daher in der US-amerikanischen Pflegeforschung besondere Priorität eingeräumt (Dunbar-

Jacob/Mortimer-Stephens 2001; Cheek 1997). Umso mehr dürfte dies für den deutschsprachigen Raum gelten, aus dem pflegewissenschaftliche Untersuchungen zum Thema Compliance/Adhärenz oder zum Selbstmanagement von Patienten unter komplexen Medikamentenregimen bislang nicht vorliegen. Das Vorhaben greift somit eine hierzulande bislang unbearbeitete klinische Fragestellung auf.

Dabei konzentriert es sich im Kern auf ältere chronisch kranke Menschen, namentlich solche mit einer kardiologischen Hauptdiagnose und mit dieser verbundene bzw. durch sie begünstigte Begleiterkrankungen – dies, weil kardiovaskuläre Erkrankungen mit zunehmendem Alter eine hohe epidemiologische Relevanz besitzen und Medikamentenregime zur Behandlung dieser Erkrankungen aus Sicht der professionellen Akteure wie auch der Patienten als ausgesprochen anspruchsvoll gelten (Gaul/Dornaus 2001). Hinzu kommt, dass Multimorbidität im Alter in hohem Maße mit Multimedikation korreliert (von Renteln-Kruse 2001) – häufig durch unterschiedliche Ärzte unkoordiniert verordnet und ergänzt durch den eigenständigen Konsum so genannter OVT-Medikamente (Hessel et al. 2000) – wodurch zum Teil gefährliche Wechselwirkungen und zusätzliche Gesundheitsgefahren provoziert werden (Honig/Gillespie 1995). Insbesondere bei älteren Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen stellen komplexe Arzneimitteltherapien alle Beteiligten vor große Herausforderungen (Kruse et al. 1987; Di Bari et al. 1999). Bleiben diese unbeantwortet, drohen nicht eben selten weitere Gesundheitsprobleme, die – z. B. im Zusammenhang mit Stürzen – bis hin zur Pflegebedürftigkeit reichen können (Steinhagen-Thiessen/Borchelt 1996; von Renteln-Kruse et al. 1998). Möglichst frühzeitig im Krankheitsverlauf einsetzenden und präventiv angelegten Unterstützungsformen, die auf die alltägliche Lebenssituation der Patienten ausgerichtet und kontinuierlich angelegt sind, kommt bei dieser Patientengruppe daher besondere Bedeutung zu.

Basierend auf den bisherigen Überlegungen zum Forschungsstand ergeben sich aus pflegewissenschaftlicher Perspektive für die Gestaltung des Forschungsdesigns drei Aspekte, die bei der Beantwortung der Fragestellung zu berücksichtigen sind:

1. Die Notwendigkeit, sich konsequent auf die Patienten zu konzentrieren, d. h. diejenigen, denen ein Leben mit chronischer

Krankheit und komplexen Medikamentenregimen auferlegt ist, zum Ausgangspunkt der Forschung zu machen;

2. Die Notwendigkeit, zunächst das Alltagsleben mit komplexen Medikamentenregimen und die darin aufscheinenden Anforderungen zu verstehen anstatt – wie bisher üblich – primär medizinische Belange in den Blick zu nehmen;

3. Die Notwendigkeit, dem sich im Laufe der Zeit stellenden Anforderungswandel und damit temporalen Besonderheiten bei der Umsetzung komplexer Medikamentenregime im Alltag besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Methodisches Vorgehen

Die Untersuchung basiert – korrespondierend zur Fragestellung – auf einem qualitativen Zugriff, der auf die von Glaser/Strauss (1967) und Strauss/Corbin (1990) entwickelte Grounded Theory rekurriert. Im Einzelnen sind folgende Untersuchungsschritte vorgesehen:

■ Zum einen werden 24 Einzelfallstudien erhoben und analytisch ausgewertet. Sie dienen dazu, die subjektive Sichtweise der Patienten auf die mit komplexen Medikamentenregimen verbundenen Probleme und Herausforderungen zu erheben, im Zeitverlauf auftauchende Adaptionsprobleme sowie die von den Patienten gewählten Selbstmanagementstrategien zu beleuchten und ihren Unterstützungsbedarf zu ermitteln. Ins Auge gefasst werden 16 Patienten im Alter ab 55 Jahren mit einer kardiologischen Hauptdiagnose und jeweils mindestens einer Nebendiagnose unter entsprechender Medikation (Minimum drei Wirkstoffe). Ausgehend von der Hypothese, dass Alter und lebensweltlicher Hintergrund Auswirkungen auf das Selbstmanagement der Patienten haben, werden kontrastierend 8 Patienten zwischen 25 und 55 Jahren mit HIV/AIDS unter HAART (Highly-Active-Anti-Retroviral-Therapy) ins Sample aufgenommen. Aufgrund der Spezifika der antiretroviralen Therapie (hohe Tablettenlast, strenges Einnahmeregime, zahlreiche Nebenwirkungen) sowie sozialer Merkmale (z.B. Alter, sexuelle Orientierung, sozialer Status, Drogenkonsum etc.) verspricht diese Patientengruppe interessante Ansatzpunkte für eine komparative Analyse. Die Rekrutierung der Patienten erfolgt primär über kooperierende ambulante Pflegedienste, niedergelassene Ärzte und Selbsthilfegruppen. Die Auswahl der Einzelfälle orientiert sich

am Grundsatz des »theoretical sampling« (Strauss/Corbin 1990). Für die Datengenerierung werden leitfadengestützte offene Interviews eingesetzt. Erhebung und Auswertung werden in einem iterativen Prozess miteinander verknüpft und an den Regeln der »Grounded Theory« (Glaser/Strauss 1967) ausgerichtet.

■ Außerdem werden 24 qualitative leitfadengestützte Experteninterviews (Meuser/Nagel 1997) durchgeführt. Befragt werden examinierte, in der ambulanten Pflege tätige Pflegekräfte, niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie im ambulanten Bereich angesiedelte Apotheker, die in die Versorgung von Patienten unter komplexen Medikamentenregimen eingebunden sind. Ziel ist es, die Sichtweise der unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen zu erheben, sich aus professioneller Sicht stellende Unterstützungserfordernisse zu ermitteln und die Voraussetzungen für die Implementation eines Interventionskonzepts zu eruieren. Die Auswertung der Interviews erfolgt variablenorientiert.

Die Ergebnisse beider Untersuchungsschritte werden anschließend zusammengeführt und als Grundlage für die Entwicklung eines wissensbasierten pflegerischen Interventionskonzepts herangezogen. Es soll sowohl beratende und edukative Elemente enthalten, d. h. die Patienten bei der Integration der Medikamentenregime in ihren Alltag und der Beschäftigung damit verbundener Herausforderungen aktiv unterstützen. Zum anderen soll es auch Monitoringaufgaben umfassen, d. h. der Qualitätssicherung des Medikamentenregimes durch die Pflege dienen. Dabei wird geprüft, inwieweit die hier in den Blick genommenen Unterstützungsanforderungen durch ein von der Pflege getragenes klinisches Case Management (Ewers/Schaeffer 2000) beantwortet werden können.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Doris Schaeffer,
Jörg Haslbeck, Anja Kamche,
Gabriele Müller-Mundt, Bielefeld
E-mail: joerg.haslbeck@uni-bielefeld.de

Anmerkung

Für diese Form des Medikamentenkonsums wird zumeist der Begriff OVT (Over-the-Counter) herangezogen. Er steht für freiverkäufliche Medikamente, die keiner ärztlichen Verordnung bedürfen. Allein für das Jahr 2000 dokumentierte der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie im Bereich der Selbstmedikation ein Marktvolumen von 4,2 Mrd. Euro, das sind 5% mehr als im Vorjahr (BPI 2001).

Literatur

- Arnet I/Haefeli WE (2000): Merkmale der offensichtlichen Non-Complier im Spital. *Managed Care* 6, 26–28
- Belgrave, LL/Wykle, ML/Cogan, D (1997): Medical self-care: Compliance with recommended treatment regimes among chronically ill middle-aged and elderly persons. *Research in the Sociology of Health Care* 14, 99–117
- BMGS – Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004): Gesetzliche Krankenversicherung. Vorläufige Rechnungsergebnisse 1.–4. Quartal 2003. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Verfügbar unter: http://www.bmgs.bund.de/downloads/pm_040302_GKV_AnhangTorte.pdf (01.12.2004)
- Chang S./Chan GM/Chan JC/Raymond K/Critchley JA (1998): Compliance with prescriptions of nine or more medications daily. *ASHP Midyear Clinical Meeting* 33 (Dec.), INTL-9
- Cheek, J (1997): Nurses and the administration of medications: broadening the focus. *Clinical Nursing Research* 6, 253–274
- Cooper J/Jones R/Thompson J (2002): Expert Patients Self-management training for chronic patients can benefit nurses. *Practice Nursing* 13 (4), 146–147
- Di Bari, M / Salti, F / Nardi, M / Pahor, M / De Fusco, C / Tonon, E / Ungar, A / Pini, R / Masotti, G / Marchionni, N (1999): Undertreatment of hypertension in community-dwelling older adults: a drug-utilization study in Dicomano, Italy. *Journal of Hypertens* 17 (11), 1633–1640
- Dunbar-Jacob J/Mortimer-Stephens MK (2001): Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology* 54, 57–60
- Ellis S/Shumaker S/Sieber W/Rand C (2000): Adherence to Pharmacological Interventions: Current Trends and Future Directions. *Controlled Clinical Trials* 21, 218–225
- Ewers M/Schaeffer D (Hg.) (2000): *Case Management in Theorie und Praxis*. Bern: Huber
- Faltermaier T (1990): Verallgemeinerung und lebensweltliche Spezifität: Auf dem Weg zu Qualitätskriterien für die qualitative Forschung. In: Jüttemann, G. (Hg.): *Komparative Kasuistik*. Heidelberg: Asanger, 204–217
- Gaul G/Dornaus C (2001): Therapie-Adhärenz bei arterieller Hypertonie. *Journal für Hypertonie* 4, 7–15
- Glaeske G/Janhsen K (2004): *GEK-Arzneimittel-Report 2004*. GEK – Gmünder ErsatzKasse (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse). Bremen/Schwäbisch Gmünd. Verfügbar unter: http://media.gek.de/downloads/magazine/ArzneimittelReport04_GEK.pdf (02.11.2004)
- Glaser, BG/Strauss, A (1967): *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine
- Golden, AG/Preston, RA/Barnett, SD/Llorente, M/Hamdan, K/Silverman, MA (1999): Inappropriate medication prescribing in homebound older adults. *Journal of American Geriatric Society* 47 (8), 948–953
- Haynes RB (2001): Improving patient adherence: State of the art, with a special focus on medication taking for cardiovascular disorders. In: Burke LE/Ockene IS (eds.): *Compliance in healthcare and research*. Amonk NY: Futura Publishing Company, 3–21
- 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
- Honig PK/Gillespie BK (1995): Drug interactions between prescribed and over-the-counter medication. *Drug Safety* 13(5), 296–303
- Jones JK/Gorkin L/Lian JF/Staffa JA/Fletcher AP (1995): Discontinuation of and changes in treatment after start of new courses of anti-hypertensive drugs: A study of United Kingdom population. *British Medical Journal* 311, 293–295
- Kamche, A/Haslbeck, J (i. E.): *Komplexe Medikamentenregime bewältigen – eine Herausforderung im Lebensalltag chronisch kranker Menschen*. Pflege & Gesellschaft 9
- Kidd KE/Altman DG (2000): Adherence in Social Context. *Controlled Clinical Trials* 21, 1845–1875
- Kjellgren KJ/Ahlner J/Saljo R (1995): Taking antihypertensive medication – controlling or cooperation with patients? *International Journal of Cardiology* 47, 257–268
- Kruse W/Köhler J/Oster P/Schlierf G (1987): Vermeidbare Risiken in der medikamentösen Behandlung hochbetagter Patienten. *Deutsche medizinische Wochenschrift* 112 (39), 1486–1491
- Meuser, M/Nagel, U (1997): Das ExpertInnen-interview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, B/Prengel, A (Hg.): *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim/München: Juventa, 481–491
- Nelson KM/Talbert RL (1996): Drug-related hospital admissions. *Pharmotherapy* 16 (4), 701–707
- Petermann F (Hg.) (1998): *Compliance und Selbstmanagement*. Göttingen: Hogrefe
- Renteln-Kruse W v (2001): Epidemiologische Aspekte der Morbidität im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34 (Suppl. 1), I/10–I/15
- Renteln-Kruse W v/Micol W/Oster P/Schlierf G (1998): Arzneimittelverordnungen, Schwindel und Stürze bei über 75jährigen Krankenhauspatienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31 (4), 286–289
- 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
- Steinhagen–Thiessen, E/Borchelt, M (1996): Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer, KU/Baltes, PB (Hg.): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, 151–183
- Strauss, A/Corbin, J (1990): *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park CA: Sage
- Volmer T/Kielhorn 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: Hogrefe, 103–138
- Watts RW/McLennan, Bassham I/el-Saadi O (1997): Do patients with asthma fill their prescriptions? A preliminary compliance study. *Australian Family Physician* 26 (Suppl. 1), S4–6