

- SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001): Bedarfsge-  
rechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten  
2000/2001. Bonn: SVR
- Unruh, A.M. (1996): Gender variations in clinical pain. In: Pain 65 (2-3), 123-167
- Wörz, R./Lendle, R. (1980): Schmerz – Psychiatrische Aspekte und psychotherapeutische Behandlung.  
Stuttgart: Fischer

*Dr. PH Gabriele Müller-Mundt, MA Soz.*

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Versorgungsforschung/Pflege-  
wissenschaft, Postfach 103 131, 33501 Bielefeld, gabriele.mueller-mundt@uni-bielefeld.de

*Jörg Haslbeck*

## Bewältigung komplexer Medikamenten- regime aus Sicht chronisch Kranker

Management of complex medication regimes – the perspective of people with chronic conditions

*People with chronic conditions are facing numerous challenges in chronic illness management and one of them is the daily management of complex medication regimes. So far, this topic has been primarily investigated by compliance and adherence research. Only few studies have focused on problems in medication management in everyday life especially from the perspective of chronically ill persons themselves and a specific focus on that topic in regard to chronic illness trajectories is also missing. Aim of this article is to contribute to this lack of evidence by presenting research results from a study on self-management of medication regimes in chronic illness. Guided by empirical strategies of Grounded Theory, in-depth and follow-up interviews were conducted with 27 persons with chronic conditions. Main objective was to identify how they manage medication regimes in daily life and what problems and accordingly challenges they have to face in the course of chronic conditions. Study findings indicate that from chronically ill persons' perspective a main challenge in medication management is to develop routines. The development, adjustment, and maintenance of routines, however, come up against the illness trajectory and diverse other barriers. Amongst others, routines are complicated by inadequate information and counselling, asymmetric relationships and communication with health care professionals, restrictive general conditions in health care, increasing complexities in medication regimes and the general lack of interest in problems people have to face in adjusting to both chronic conditions and medication regimes. In conclusion, people with chronic conditions have to encounter these difficulties on their own and are often over-challenged in their medication management.*

eingereicht: 17.11.2007  
akzeptiert: 22.12.2007

**Keywords**

Chronic illness, medication regime, routines, self-management, everyday life

*Zu den zahlreichen Bewältigungsherausforderungen chronischer Krankheit zählt der Umgang mit komplexen Medikamentenregimen – ein Thema, das bislang vorwiegend unter Compliance- und Adhärenzgesichtspunkten untersucht wurde. Selten wurden Alltagsprobleme mit Arzneimitteln aus Sicht der Erkrankten empirisch in den Blick genommen; eine Verlaufsperspektive auf diese Problematik fehlt gänzlich. In diese Lücke stößt der vorliegende Beitrag und stellt Ergebnisse einer Studie zum Selbstmanagement komplexer Medikamentenregime im Verlauf chronischer Krankheit vor. In Orientierung an der Grounded Theory wurden 27 chronisch Kranke in Fallverlaufserhebungen zu drei Erhebungszeitpunkten befragt. Ziel war es, herauszufinden, wie sie ihr Medikamentenregime im Alltag bewältigen und welche Probleme bzw. Herausforderungen sich ihnen dabei im Zeitverlauf stellen. Die Ergebnisse zeigen, dass aus Sicht der Erkrankten eine zentrale Herausforderung darin besteht, zu Routinen im Umgang mit Arzneimitteln zu gelangen, die sich jedoch am Krankheitsverlaufreihen. Die Entwicklung, Anpassung und Aufrechterhaltung von Routinen sind im Verlauf chronischer Krankheit vor zahlreiche Hürden gestellt. Sie werden u. a. erschwert durch inadäquate Information und Beratung, asymmetrische Beziehungs- und Kommunikationsstrukturen, restriktive Rahmenbedingungen, Komplexitätssteigerungen des Medikamentenregimes und der Ausblendung der sich den Erkrankten stellenden Anpassungsprobleme. Mit diesen Schwierigkeiten bei der Bewältigung komplexer Medikamentenregime sind chronisch Kranke auf sich selbst gestellt und nicht selten überfordert.*

**Schlüsselwörter**

Chronische Krankheit, Medikamentenregime, Routinen, Selbstmanagement, Alltag

**Einleitung**

Chronische Krankheiten stellen weltweit und so auch hierzulande eine der größten Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung dar und dominieren das Krankheitspanorama (RKI 2007; WHO 2002). Sie bringen für die Erkrankten zahlreiche Bewältigungsherausforderungen mit sich (Charmaz 2000; Corbin/Strauss 2004; Schaeffer/Moers 2003, 2008), zu denen nicht zuletzt das Management eines Medikamentenregimes zählt (Strauss et al. 1984; Townsend et al. 2003). Hier knüpft der vorliegende Beitrag an. Er beleuchtet die Schwierigkeiten und Herausforderungen, die sich chronisch Kranken beim Medikamentenmanagement im Alltag stellen und konzentriert sich dabei auf die bislang nachrangig behandelte Sichtweise der Erkrankten selbst.

**Forschungsstand**

Empirisch wird dem Umgang mit Medikamenten bei chronischer Krankheit schon seit den 1970er Jahren große Aufmerksamkeit gewidmet. In der Compliance- bzw. Adhärenzforschung wurden u. a. Ausmaß und Ursachen der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Folgen unzureichender Therapietreue bzw. -motivation untersucht. Dabei wurden zahlreiche Einflussfaktoren herausgearbeitet, die zu so genannter ‚Non-

Compliance' führen können (Haynes et al. 2005; Stevenson et al. 2004; WHO 2003). Zugleich stand die Adhärenzforschung lange in der Kritik, der Insider-Perspektive (Conrad 1990) – also der Sichtweise der Erkrankten selbst – zu wenig Aufmerksamkeit zu widmen (Conrad 1985; Lumme-Sandt et al. 2000), obwohl der alltägliche Umgang mit Arzneimitteln fast ausschließlich auf deren Schultern ruht (Trostle et al. 1983). Diese ‚empirische Leerstelle‘ lässt sich dadurch erklären, dass Adhärenzstudien meist von medizinisch-pharmazeutischen Disziplinen durchgeführt und daher ätiologische Faktoren prioritär behandelt werden (Donovan 1995; Thorne 1990). Eine Bestimmung von Prädiktoren nonadhärenten Verhaltens allein gilt jedoch als unzureichend. Erforderlich ist eine umfassende Kenntnis der Alltags Herausforderungen bei der Bewältigung von Medikamentenregimen, um chronisch Kranke adäquat unterstützen und in ihrer Adhärenz fördern zu können (Townsend et al. 2003; Vermeire et al. 2001).

Eben diese Alltagsschwierigkeiten sind in den 1970er und 1980er Jahren in richtungweisenden Studien zur Sichtweise chronisch Kranker auf das Medikamentenmanagement erstmals thematisiert und diskutiert worden (ex. Conrad 1985; Strauss et al. 1984; Trostle et al. 1983). Diese Forschungstradition hatte nur kurze Zeit Bestand, scheint aber neuerdings eine Renaissance zu erfahren (Adams et al. 1997; Lumme-Sandt/Virtanen 2002; Übersicht in: Pound et al. 2005; Reid et al. 2006). Im Zentrum des Interesses der mehrheitlich qualitativen Studien stehen die Erfahrungen chronisch Kranker im Umgang mit Arzneimitteln, ihre Einstellungen zu Medikamenten, ebenso die subjektiven Bedeutungen, die sie Medikamenten verleihen sowie die daraus erwachsenden Konsequenzen für das Adhärenzverhalten (Hansson Scherman/Lowhagen 2004; Horne/Weinman 1999; Nicca et al. 2005; Persson/Newman 2006; Ramström et al. 2006). Untersucht werden auch die Schwierigkeiten mit Arzneimittelnebenwirkungen und deren Handhabung (Gordon et al. 2007; Rogers et al. 1998), Wissensdefizite über Krankheit(en) und medikamentöse Therapien (Gamble et al. 2007; Jones et al. 2004) sowie – damit verknüpft – das medikamentenbezogene Informationsverhalten und die Expertisierung der Erkrankten (Dowell/Hudson 1997; Levenson 2005). Auch die Interaktion mit professionellen Akteuren bei der Bewältigung komplexer Medikamentenregime wird beleuchtet (Bajramovic et al. 2004; Britten et al. 2002).

Dabei wird in vielen Studien auf die Bedeutung der Entwicklung von Routinen verwiesen, die für unerlässlich erachtet werden, um trotz der Arzneimittel Alltagsgewohnheiten nachgehen und gleichermaßen adhärent sein zu können (Gamble et al. 2007; Jones et al. 2004). Unstrittig ist, dass die Einnahme von Medikamenten zum festen Bestandteil des Alltags werden und sie einer ritualisierten Alltagshandlung gleichen muss, ähnlich wie beispielsweise das Zähneputzen (Lumme-Sandt et al. 2000; Trostle et al. 1983). Jüngste Studienbefunde weisen darauf hin, dass die Erkrankten bei der Aufgabe, Routinen zu entwickeln und das Medikamentenmanagement bei Veränderungen und/oder neu hinzutretenden Erkrankungen anzupassen, offenkundig eher vom sozialen Umfeld als von professionellen Akteuren unterstützt werden (Gordon et al. 2007; Hagström et al. 2005; Reid et al. 2006). Sie zeigen auch, wie problematisch eine unzureichende Unterstützung der Gesundheitsprofessionen ist, da sie sowohl die Routinisierung als auch das Adhärenzverhalten beeinträchtigen kann (Gray 2006).

In der Summe unterstreichen die Forschungsergebnisse die große Bedeutung von Routinen im Umgang mit komplexen Medikamentenregimen. Gleichwohl belassen sie im Dunkeln, wie sich die Entstehung und Aufrechterhaltung von Routinen konkret ausnimmt, ebenso wie sich das prozesshafte Geschehen bei der Ausbildung von Routinen darstellt, welche Schwierigkeiten bzw. Herausforderungen sich den Erkrankten bei der Routinisierung – sowie generell bei der Bewältigung komplexer Medikamentenregime – stellen. Schlussendlich fehlt es gänzlich an Erkenntnissen darüber, wie die Erkrankten diese Herausforderungen dann in dem oft langen Verlauf chronischer Krankheit bewältigen. Diesem Forschungsdesiderat widmet sich eine vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Studie<sup>1</sup>, aus der nachfolgend berichtet wird. Sie greift die in fast allen diesen Studien gestellte Forderung auf, die Schwierigkeiten eingehender zu analysieren, die sich chronisch Kranken im Alltag mit dem Medikamentenmanagement stellen (Adams et al. 1997), und nimmt dabei nicht nur einen Abschnitt sondern den Gesamtverlauf chronischer Krankheit in den Blick. Ziel ist es, unter besonderer Berücksichtigung der Perspektive chronisch Kranker Einblick in die Probleme und Herausforderungen zu erlangen, die die Bewältigung komplexer Medikamentenregime im Alltag während des Verlaufs chronischer Krankheit aufwirft.

## Methodisches Vorgehen und Datenbasis

Die Studie basiert auf einem mehrschrittig angelegten, qualitativen Longitudinal-*Design* mit Orientierung an den Erhebungs- und Analysestrategien der Grounded Theory (Glaser/Strauss 2005; Strauss 1994). Nachgegangen wurde den *Fragen*, welche Herausforderungen komplexe Medikamentenregime aus Sicht der Erkrankten im Alltag aufwerfen, mit welchen Strategien chronisch Kranke darauf reagieren und mit welchen Problemen ihre Strategien behaftet sind. Um dies zu beantworten, wurden Patienteninterviews in Form von Fallverlaufserhebungen chronisch Kranker mit komplexen Medikamentenregimen<sup>2</sup> durchgeführt, deren Analyseergebnisse hier dargestellt werden (ausführlicher Haslbeck 2007).

Der *Zugang* zu den Studienteilnehmern erfolgte vorwiegend über die an der Untersuchung beteiligten professionellen Akteure. Die Datenerhebung fand durch leitfadengestützte Interviews mit offen-narrativem Charakter im häuslichen Umfeld der Informanten statt. Befragt wurden primär ältere chronisch Herzkrankte (n = 21) und – aus Kontrastierungsgesichtspunkten – chronisch HIV-infizierte bzw. an Aids erkrankte Personen (n = 6).<sup>3</sup> Um Verlaufsgesichtspunkten chronischer Krankheit Rechnung zu

1 Die Studie ist ein Teilprojekt des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Pflegeforschungsverbands NRW „Patientenorientierte Pflegekonzepte zur Bewältigung chronischer Krankheit“ (Förderkennziffer: 01GT0315, Schaeffer 2005, i. E.). Neben der hier im Vordergrund stehenden Erhebung von Patienteninterviews wurde auch eine Expertenbefragung niedergelassener Ärzte, Apotheker und professionell Pflegender durchgeführt (Schaeffer et al. 2007; Schaeffer et al. 2005). Intention der Studie ist, aus den Befunden den Bedarf an Interventionserfordernissen abzuleiten und Ansatzpunkte für eine patientenorientierte Unterstützung durch die ambulante Pflege zu identifizieren (hierzu Müller-Mundt et al. i. E.).

2 Als komplex wurde ein Medikamentenregime mit einem Umfang von mindestens drei Wirkstoffen angesehen, die zu mehreren Zeitpunkten eingenommen werden.

tragen, erfolgte die Datenerhebung zu mehreren Zeitpunkten: Nach einem ausführlichen Erstinterview fanden mit circa fünf- beziehungsweise zehnmönatigem Abstand insgesamt zwei Folgeinterviews pro Informant statt<sup>4</sup>.

Die *Auswertung* der Fallverläufe beinhaltete folgende Schritte: Nach einer Analyse der Faktendaten wurde vor allem in der Eröffnungsphase der Analyse eine vertiefte sequenzielle Auswertung des erhobenen Fallmaterials mit anschließender Hypothesenbildung und -überprüfung vorgenommen (Corbin 2004; Strauss 1994). Im Anschluss folgte eine Kontrastierung und themenbezogene Analyse des Datenmaterials, die in einer summarischen Zusammenfassung der Ergebnisse gebündelt wurde (Schaeffer 2002). Bei der Datenauswertung diente der phasenförmige Verlauf chronischer Krankheit als heuristischer Rahmen und sensibilisierendes Konzept (Kelle/Kluge 1999), wie er u.a. in Studien der Forschungsgruppe um Strauss oder in neueren Konzepten zur Bewältigung chronischer Krankheit herausgearbeitet wurde (ex. Corbin/Strauss 2004; Schaeffer/Moers 2008, in diesem Heft).

Das *Sample* umfasst insgesamt 27 chronisch Kranke, darunter 13 Männer und 14 Frauen mit einem durchschnittlichen Alter von 62 Jahren (Altersspanne 35 bis 81 J.), die im Schnitt seit 8,5 Jahren chronisch krank sind. Ihr Krankheitsspektrum ist neben den Herz- und Immunschwächeerkrankungen von chronisch degenerativen wie progredienten Erkrankungen geprägt und reicht von Asthma bronchiale, Diabetes mellitus Typ II über rheumatische Krankheiten bis hin zu Tumorerkrankungen. Im Mittel nehmen die hier befragten Personen sechs Medikamente täglich zu unterschiedlichen Zeitpunkten ein (mit einer Spanne von 3 bis 13 Arzneimitteln). Beta-Blocker, Herzmittel, Diuretika und lipidsenkende Mittel zählen entsprechend der im Vordergrund stehenden herz-erkrankten Informanten zu den häufigsten Medikamenten im Sample. Die Mehrheit der Informanten lebt in einer Partnerschaft, elf Personen leben allein. Alle Studienteilnehmer verfügen in unterschiedlicher Ausprägung über ein soziales Netzwerk.

## Ergebnisse

Nachfolgend werden die Analyseergebnisse der Fallverlaufserhebungen skizzenförmig dargestellt. Dabei wird sich zeigen, dass die Bewältigung des Arzneimittelregimes eng mit dem Krankheitsverlauf verbunden ist. Ebenso wird deutlich werden, dass aus Sicht der Erkrankten die Ausbildung von Routinen zu den zentralen, gleichwohl schwierigen Herausforderungen im Umgang mit komplexen Medikamentenregimen gehört. Denn einerseits ermöglichen Routinen Kontrollerhalt, andererseits werden sie häufig durch den Krankheitsverlauf alsbald wieder irritiert. Deshalb ist es für chronisch Kranke –

3 Ergänzend wurden zwei Gruppendiskussionen mit 12 bzw. 14 kardiologisch erkrankten Personen geführt und themenbezogen ausgewertet.

4 Das Datenmaterial wurde mit Zahlencodes anonymisiert: Pxy = Informant, ergänzt um Zeilennummern zitierter Interviewpassagen. Genutzt wurden gebräuchliche Transkriptionsregeln (vgl. Hildenbrand 1999, S. 31), die zur Publikation wie folgt erweitert wurden: [ ] = Erläuterungen in zitierten Passagen; , ' = im Interview wörtlich wiedergegebene Gesprächspassagen mit anderen Personen bzw. Hervorhebungen; ... = Kürzung bzw. Verknüpfung von Interviewpassagen zur besseren Lesbarkeit.

wie nachfolgend zu sehen sein wird – nicht nur herausfordernd, überhaupt tragfähige Routinen zu entwickeln, sondern auch, diese permanent neu justieren und verändern zu müssen – eine Aufgabe, bei der sich die Erkrankten überwiegend auf sich selbst gestellt sehen und die sie vielfach überfordert. Zunächst jedoch zum Ausgangspunkt der Routinisierung im Umgang mit Medikamentenregimen und damit zum Beginn chronischer Krankheit.

### **Beginn der Medikamenteneinnahme – De-Thematisierung von Routinisierungserfordernissen**

Der Krankheitsbeginn und vor allem die Diagnosemitteilung versetzt die Erkrankten in der Regel in einen von Hilflosigkeit begleiteten Schockzustand, in dem sie ihrer Handlungsfähigkeit weitgehend beraubt sind. Die existenziell bedrohliche Krankheitskrise zu überwinden, ist daher prioritäres Ziel sowohl der Erkrankten als auch der Gesundheitsprofessionen während der auf die somatische Bewältigung der Krankheitsprobleme ausgerichteten Akutversorgung. Dabei fügen sich die Erkrankten – so die Analyse der erhobenen Fallverläufe – aufgrund ihrer krisenbedingten Handlungsunfähigkeit zunächst unhinterfragt in die traditionelle passive Patientenrolle<sup>5</sup> und befolgen meist *fraglos* die Anweisungen der professionellen Akteure. Wie das Datenmaterial zeigt, werden auch die verordneten Medikamente anfänglich größtenteils selbstverständlich und unhinterfragt akzeptiert, zumal Arzneimittel angesichts der Existenzialität der Krankheitskrise als lebensrettende ‚Heilsbringer‘ angesehen werden, um den „Absturz zum Nullpunkt“ – so ein Erkrankter (P14) – zu überwinden.

Zugleich gerät bei Krankheitsbeginn das Thema ‚Medikamente‘ im Strudel der krisenhaften Ereignisse durch den hohen Entscheidungs- und Handlungsdruck in den Hintergrund. Sofern zu Arzneimitteln überhaupt Aufklärung und Information erfolgen, „rauschen“ sie zudem – so das vorliegende Datenmaterial – oft an den Erkrankten vorbei, zumal sie im Schock der Krankheitskrise nur begrenzt aufnahmefähig sind. Hinzu kommt, dass chronisch Kranke bisher meist nur episodale Erfahrungen mit Arzneimitteln gemacht haben und die nun anstehende *dauerhafte* Medikamenteneinnahme bei ihnen auf eine ‚Leerstelle im Erfahrungsrepertoire‘ trifft. Aus diesen Gründen bleibt in der Anfangsphase nicht nur die Bedeutung der Chronizität des Krankheitsgeschehens meist *de-thematisiert*, sondern auch, dass das Medikamentenregime von Dauer ist. Ergo können sich die Erkrankten oft keine Vorstellung davon machen, was es heißt, mit Chronizität und dauerhafter Arzneimitteleinnahme zu leben. Doch eben das stellt eine wesentliche Grundlage für die weitere Bewältigung des Medikamentenregimes dar.

### **Restabilisierung – Normalisierungswunsch, ‚Adhärenzstress‘ und Episodalitätserwartung**

Welche Konsequenzen daraus erwachsen (können), zeigt sich schon in der Phase der Restabilisierung. Sobald sich ihr Gesundheitszustand konsolidiert und chronisch

<sup>5</sup> Siehe hierzu Parsons (1963).

Kranke u.a. aufgrund des Erfolgs der medikamentösen Therapie sukzessive ihre Handlungsfähigkeit zurückgewinnen, haben sie – so zeigen die Fallverläufe – den Wunsch und die Hoffnung, zum gewohnten „normalen“ Leben zurückkehren zu können:

*„Ich mach absolut alles, was die gesagt haben, absolut. Ich nehme die Medikamente absolut pünktlich, vollständig und ordentlich. ... Ich will wieder mein vorheriges normales Leben führen können“ (P19/560ff., 1181ff.)*

Exemplarisch wird hier deutlich, dass chronisch Kranke hoch motiviert und bemüht sind, aus dem anfänglichen Schockzustand herauszukommen und aktiv zur Verbesserung ihres Gesundheitszustands beizutragen. Sie verhalten sich in dieser Phase meist ‚*vorbildlich*‘, nehmen die verordneten Arzneimittel akkurat ein und erfüllen ganz die an sie als ‚Patient‘ gestellten Erwartungen der professionellen Akteure. Sie hoffen, durch diese „absolute“ Adhärenz die Krankheit sowie ihr durcheinander geratenes Leben wieder unter Kontrolle und „in den Griff bekommen“ zu können. Bestätigt werden sie in dieser Erwartung dadurch, dass sich die Medikamentenmenge reduziert, sobald die bedrohliche Krise abgewendet ist. Dies lässt sie zudem hoffen, die Arzneimittelaufnahme sei nur vorübergehend, also episodisch, und eine Rückkehr zur Normalität wahrscheinlich.

Einhergehend mit dem Normalisierungswunsch ist in dieser Phase des Krankheitsverlaufs eine der dringlichsten Fragen der Erkrankten, wie sie im Alltag der „Gefahr des Vergessens“ von Medikamenten begegnen können. Dies setzt sie unter emotionalen Druck und führt – verbunden mit dem Wunsch nach „absoluter Adhärenz“ – oft zu einem Zustand ‚*gestresster Adhärenz*‘, der jedoch von den Gesundheitsprofessionen meist übergangen bzw. in seiner Bedeutung unterschätzt wird:

*„Ich habe das bei Ärzten angesprochen: ‚Wie mache ich das, dass ich daran [die Medikamenteneinnahme] denke?‘ Aber da kommen dann auch keine tollen Hilfen, ... die konnten mir nur sagen ‚Du musst dir Schritte überlegen, wie du das machst.‘“ (P01/799ff.)*

Dieses Interviewbeispiel zeigt, dass alltagsbezogene Anliegen der Erkrankten zum dauerhaften Umgang mit Medikamenten von professionellen Akteuren in ihrer Tragweite oft nicht erkannt werden. Ergo bleiben auch Erfordernisse der Routinisierung von Seiten der Gesundheitsprofessionen meist *de-thematisiert*: Wohl wird chronisch Kranken die Bedeutung der Medikamenteneinnahme vermittelt, nicht aber, wie sie das Medikamentenregime handhaben, wie sie es in den Alltag integrieren und damit überhaupt routinisieren können. Antworten auf diese Fragen zu finden bleibt ihnen meist selbst überlassen, was sie nicht selten überfordert.

### **Intuitive Routinisierungsbemühungen – ‚Balance-Akt‘ der Bewältigung von Medikamentenregimen im Krankheitsverlauf**

Im weiteren Krankheitsverlauf sehen sich chronisch Kranke damit konfrontiert, dass die Krankheit und damit auch das Medikamentenregime von Dauer sind. Das zerstört nicht nur ihre Hoffnung auf Rückkehr zum „gewohnten Leben“ – endgültig wird klar,

Kranke u.a. aufgrund des Erfolgs der medikamentösen Therapie sukzessive ihre Handlungsfähigkeit zurückgewinnen, haben sie – so zeigen die Fallverläufe – den Wunsch und die Hoffnung, zum gewohnten „normalen“ Leben zurückkehren zu können:

*„Ich mach absolut alles, was die gesagt haben, absolut. Ich nehme die Medikamente absolut pünktlich, vollständig und ordentlich. ... Ich will wieder mein vorheriges normales Leben führen können“ (P19/560ff., 1181ff.)*

Exemplarisch wird hier deutlich, dass chronisch Kranke hoch motiviert und bemüht sind, aus dem anfänglichen Schockzustand herauszukommen und aktiv zur Verbesserung ihres Gesundheitszustands beizutragen. Sie verhalten sich in dieser Phase meist ‚vorbildlich‘, nehmen die verordneten Arzneimittel akkurat ein und erfüllen ganz die an sie als ‚Patient‘ gestellten Erwartungen der professionellen Akteure. Sie hoffen, durch diese „absolute“ Adhärenz die Krankheit sowie ihr durcheinander geratenes Leben wieder unter Kontrolle und „in den Griff bekommen“ zu können. Bestätigt werden sie in dieser Erwartung dadurch, dass sich die Medikamentenmenge reduziert, sobald die bedrohliche Krise abgewendet ist. Dies lässt sie zudem hoffen, die Arzneimitteleinnahme sei nur vorübergehend, also episodisch, und eine Rückkehr zur Normalität wahrscheinlich.

Einhergehend mit dem Normalisierungswunsch ist in dieser Phase des Krankheitsverlaufs eine der dringlichsten Fragen der Erkrankten, wie sie im Alltag der „Gefahr des Vergessens“ von Medikamenten begegnen können. Dies setzt sie unter emotionalen Druck und führt – verbunden mit dem Wunsch nach „absoluter Adhärenz“ – oft zu einem Zustand ‚gestresster Adhärenz‘, der jedoch von den Gesundheitsprofessionen meist übergangen bzw. in seiner Bedeutung unterschätzt wird:

*„Ich habe das bei Ärzten angesprochen: ‚Wie mache ich das, dass ich daran [die Medikamenteneinnahme] denke?‘ Aber da kommen dann auch keine tollen Hilfen, ... die konnten mir nur sagen ‚Du musst dir Schritte überlegen, wie du das machst.‘“ (P01/799ff.)*

Dieses Interviewbeispiel zeigt, dass alltagsbezogene Anliegen der Erkrankten zum dauerhaften Umgang mit Medikamenten von professionellen Akteuren in ihrer Tragweite oft nicht erkannt werden. Ergo bleiben auch Erfordernisse der Routinisierung von Seiten der Gesundheitsprofessionen meist *de-thematisiert*: Wohl wird chronisch Kranken die Bedeutung der Medikamenteneinnahme vermittelt, nicht aber, wie sie das Medikamentenregime handhaben, wie sie es in den Alltag integrieren und damit überhaupt routinisieren können. Antworten auf diese Fragen zu finden bleibt ihnen meist selbst überlassen, was sie nicht selten überfordert.

### Intuitive Routinisierungsbemühungen – ‚Balance-Akt‘ der Bewältigung von Medikamentenregimen im Krankheitsverlauf

Im weiteren Krankheitsverlauf sehen sich chronisch Kranke damit konfrontiert, dass die Krankheit und damit auch das Medikamentenregime von Dauer sind. Das zerstört nicht nur ihre Hoffnung auf Rückkehr zum „gewohnten Leben“ – endgültig wird klar,

dass es *nachhaltiger Routinen* im Umgang mit Arzneimitteln bedarf, um Kontrolle bzw. Autonomie im Management des Medikamentenregimes zu erlangen. Wie das Datenmaterial zeigt, besteht auf Seite der Erkrankten zunächst noch die Erwartung, dass sich Routinen durch einen „bewussten Umgang“ mit Medikamenten „wie von selbst“ *einspielen*. Erst mit der Zeit entwickeln sie gezielt ein Repertoire an Strategien, um die Ausbildung von Routinen zu stützen, indem Medikamente beispielsweise in bestehende Alltagsroutinen eingebunden, feste Einnahmerituale kreiert werden etc. Intention ist dabei, dass der Umgang mit Medikamenten „in Fleisch und Blut übergeht“ (P04/1406), um die Arzneimitteleinnahme nicht zu vergessen.

Gelingt dies den Erkrankten, zeigen sich jedoch auch Schattenseiten. Routinen sind nicht nur labil gegenüber Abweichungen im Tagesablauf, sodass fortlaufend die Gefahr besteht, bei Irritationen im Tagesablauf die Medikamenteneinnahme zu vergessen. Routinen tragen zugleich dazu bei, dass die Arzneimittel im Alltag zur *fraglos-selbstverständlichen* „Nebensache“ werden und sich infolgedessen „Nachlässigkeiten“ einschleichen. Das kommt in folgendem Zitat zum Ausdruck:

„... *Dieses tägliche ‚Pillen-Nehmen‘ morgens und abends – seit 1994 nehme ich irgendwelche Pillen. Das wird so gleichmäßig. Ich nehme die Pillen, drehe mich herum und habe vergessen, dass ich die genommen habe. Ja, der Vorgang ist so nebensächlich geworden, dass ich mir den nicht merke. ... Das ist schon ein Problem, weil ich das so ritualisiert habe.*“ (P01/359ff., 1759ff.)

Zwar versuchen die Erkrankten in der Regel durch „Erinnerungsstützen“ wie beispielsweise Medikamentendispensern<sup>6</sup> der im Interviewbeispiel angesprochenen Gefahr des „Vergessens“ beizukommen. Dennoch geraten sie in ein *Dilemma*: einerseits muss die Medikamenteneinnahme ‚selbstverständlich‘ im Alltag verankert werden, um Routinisierung zu ermöglichen und den ‚Adhärenzstress‘ zu entspannen; andererseits drohen die Arzneimittel durch die Routinisierungsbemühungen „nebensächlich“ und damit vergessen zu werden – Letzteres läuft im Grunde der eigentlichen Intention von Routinen zuwider, nämlich die Gefahr des „Vergessens“ zu minimieren und den ‚Adhärenzstress‘ zu entspannen.

Mit diesen Passungsproblemen bei der Routinisierung sind die Erkrankten wiederum auf sich gestellt und stoßen bei den Gesundheitsprofessionen meist auf *wenig Resonanz*. Zwar sind behandelnde Ärzte zentrale Beratungs- und Vertrauensinstanz – auch und insbesondere, wenn es um Fragen zu Medikamenten geht –, ihr Blick ist aber primär auf das Monitoring von Erkrankung und Arzneimitteltherapie gerichtet. Zudem erweisen sich im Versorgungsalltag die asymmetrisch-paternalistischen Interaktionsstrukturen als hinderlich, ebenso der dort herrschende Zeitmangel. Infolgedessen bleibt meist unerkannt, dass chronisch Kranke die traditionelle Patientenrolle verlassen und zunehmend beginnen, ihr Medikamentenregime ‚selbst zu managen‘. Gleichwohl sind ihre Bemühungen nur selten planvoll systematisch und haben oft intuitiven

<sup>6</sup> Medikamentendispenser und „Pillendosen“ haben dem hier analysierten Datenmaterial zufolge zudem einen fragwürdigen Charakter, da sie für chronisch Kranke auch „Alter und Gebrechen“ symbolisieren.

Charakter, daher gleicht die Bewältigung des Medikamentenregimes zunehmend einem ‚Balance-Akt‘, der immer in Gefahr steht, bei Veränderungen im Krankheitsverlauf irritiert zu werden.

### Komplexitätssteigerungen – Anpassung und Neujustierung von Routinen

Wie die Fallverläufe zeigen, verkomplizieren früher oder später erneute Krankheitskrisen, sich neu hinzuaddierende Erkrankungen oder Arzneimittelnebenwirkungen den Krankheitsverlauf und damit die Bewältigung des Medikamentenregimes. Diese Phasen der *Komplexitätssteigerung* sind für chronisch Kranke in hohem Maß irritierend, denn u.a. wird ihr Medikamentenregime oft so komplex, dass sie den Überblick über ihre Medikamente zu verlieren drohen. Exemplarisch hierzu eine Erkrankte:

*„Ich hatte keinerlei Magenprobleme und dann stellten sich aber Magenproblematiken ein, nachdem ich mehrere Medikamente zusammen nahm. Dann wusste ich nicht mehr, ist es jetzt das Diclofenac oder sind es die anderen Medikamente. Das kann ich dann nicht mehr unterscheiden. ... Dann habe ich morgens einfach immer Haferschleim gegessen und Fencheltee getrunken, ... um dem Magen ein bisschen Schutz zu geben, sonst kriege ich da natürlich sofort noch ein Magenmittel. Und dann hab ich wieder ein neues Mittel, das geht dann immer so weiter. Und dann kriegen Sie vielleicht von einem Medikament Durchfall, dann kriegen Sie was gegen Durchfall und hinterher haben Sie da so ein Konglomerat von etlichen Medikamenten und Sie wissen nicht mehr, was macht was.“ (P16/391ff.)*

In diesem Zitat wird angedeutet, dass aus Sicht chronisch Kranker ein problematischer und zugleich dynamischer Prozess der Komplexitätssteigerung einsetzt, in dem sich Krankheitskomplikationen, Unverträglichkeiten sowie neue Medikamente hinzuaddieren und sich wechselseitig bedingen. Dies alles führt zu einem undurchdringlichen „Medikamenten-Konglomerat“ und ruft bei den Erkrankten Deutungs- und Zuordnungsschwierigkeiten der für sie diffusen Symptome hervor: handelt es sich um Krankheitssymptome, ‚normale‘ Altersbeschwerden oder Begleiterscheinungen der Arzneimittel? Zugleich potenzieren sich Gefühle von Angst, Aversion und Abhängigkeit gegenüber Medikamenten, die nun ebenso Auslöser wie Synonym von „Kranksein“ werden und bei chronisch Kranken die „Horrorvision eines Medikamententrips“ heraufbeschwören.

Wie gehen die Erkrankten damit um? Meist versuchen sie in einer Art Aushandlungsprozess mit den Ärzten der Medikamentenmenge entgegenzuwirken oder – so dies nicht erfolgreich ist – sie suchen selbst nach *Wegen aus der Komplexitätssteigerung*: beispielsweise jonglieren sie mit Einnahmezeiten von Tabletten, reduzieren selbst die Medikamentenmenge oder setzen die medikamentöse Therapie gegebenenfalls teilweise oder ganz ab. Sie nehmen also die Gestaltung des Medikamentenregimes mehr und mehr selbst in die Hand, allerdings findet ihr Bewältigungshandeln nun unter anderen Vorzeichen statt: es zielt nicht mehr nur auf Normalisierung wie zu Beginn des Krankheitsverlaufs, sondern soll zur De-Eskalation der Situation beitragen.

Eben hier klaffen die Erwartungen von chronisch Kranken und professionellen Akteuren auseinander. Während die Erkrankten nach De-Eskalationsstrategien gegen das sukzessiv komplexer werdende Medikamentenregime suchen, wird dies von den Gesundheitsprofessionen selten erkannt, die wiederum bemüht sind, die Erkrankten auf der therapeutischen Linie zu halten und/oder sie auf diese zurückzudirigieren. So die Erkrankten von ihren „Experimenten“ der Anpassung des Medikamentenregimes überhaupt berichten, begegnen ihnen professionelle Akteure mangels Alternativen oft mit Hilflosigkeit, Kritik oder Zurückweisung. Das ist für chronisch Kranke eine weitere Irritation, der vor allem „mündige Patienten“ mit einer kritischen Haltung begegnen, wenn sie sich im Krankheitsverlauf expertisiert haben und/oder vom sozialen Umfeld unterstützt werden. Oft resignieren chronisch Kranke jedoch und fügen sich (wieder) den Anweisungen der Gesundheitsprofessionen, insbesondere, wenn sie den Überblick über Medikamentenregime gänzlich verloren haben. Nach jahre- oder gar jahrzehntelanger selbständiger Handhabung des Medikamentenregimes gleicht dies einem sukzessiven Verlust an Autonomie.

## Diskussion und Schlussfolgerungen

Die hier ausschnitthaft dargelegten Ergebnisse zeigen in der Summe, dass chronisch Kranke beim Management von Medikamentenregimen im Alltag mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert werden, auf die sie nicht vorbereitet sind und bei deren Bewältigung sie inadäquat unterstützt werden. Das gilt auch und insbesondere für die aus ihrer Sicht wichtige Ausbildung und Aufrechterhaltung von Routinen. Über die unstrittig bedeutsame Rolle von Routinen im Management komplexer Medikamentenregime hinaus zeigen die hier vorgelegten Studienbefunde, dass die Routinisierung *keine einmalige Herausforderung* darstellt. Eben weil eine chronische Krankheit nicht zum Stillstand kommt, verändern sich die Herausforderungen der Krankheitsbewältigung fortlaufend (Schaeffer/Moers 2008, in diesem Heft) und das gilt ebenso für die Anforderungen, die mit der Bewältigung des Medikamentenregimes einhergehen: Auch sie stellen sich von Phase zu Phase im Krankheitsverlauf anders dar und müssen jeweils anders bewältigt werden. Charakteristisch für den Umgang mit Medikamentenregimen bei chronischer Krankheit ist demnach ein *fortlaufender Prozess der Anpassung und Neuausrichtung* von Routinen und dies wird bislang zu kurz diskutiert. Das gilt nicht nur für die Bedeutung von Routinen, sondern vor allem für die Probleme, Grenzen und Schattenseiten der Routinisierung, die mit der hier vollzogenen Verlaufsperspektive auf das Bewältigungshandeln chronisch Kranker im Umgang mit Arzneimitteln im Alltag herausgearbeitet wurden.

Auch die *Fraglosigkeit*, mit der Medikamente in der Anfangsphase chronischer Krankheit eingenommen werden, bedarf der intensiven Diskussion. So problemlos, ja begrüßenswert sie aus Sicht der professionellen Akteure und vor allem der Ärzte sein mag – sie wirkt sich erschwerend auf das weitere Bewältigungshandeln chronisch Kranker aus, verstellt sie ihnen doch eine realistische Einschätzung auf die bevorstehenden Herausforderungen im dauerhaften Umgang mit Arzneimitteln wie auch der Erkranken

kung an sich. Da aufgrund der De-Thematisierung der Medikamente bei Krankheitsbeginn offenkundig Hilfestellungen und Unterstützungsleistungen der Gesundheitsversorgung unterbleiben – auch bei der Routinisierung –, gelingt es auch nicht, frühzeitig Weichen für ein auf Dauer ausgerichtetes, autonomes Selbstmanagement des Medikamentenregimes zu stellen und damit den Erkrankten die Integration desselben in den Alltag zu erleichtern. Sogar gegenteilig – deutlich wurde, dass anfangs die im Alltag später zu realisierende Herausforderung der Routinisierung von allen Beteiligten unterschätzt und weder von den Gesundheitsprofessionen noch von den Erkrankten selbst frühzeitig und gezielt angegangen wird.

Ein weiterer zu diskutierender Aspekt ist der *Zustand „gestresster Adhärenz“*, in den die Erkrankten vielfach geraten. Mag auch dies auf den ersten Blick als wünschenswertes ‚Commitment‘ mit therapeutischen Vorgaben der Gesundheitsprofessionen erscheinen, so ist doch der emotionale Druck zu beachten, der dadurch auf chronisch Kranken lastet: Sind sie anfänglich hoch motiviert, die verordnete Therapie einzuhalten, bedürfen sie im Krankheitsverlauf auch der Druckentlastung – insbesondere durch Routinisierung –, worauf sie jedoch ebenfalls nicht hinreichend vorbereitet sind.

Schlussendlich sind Probleme der Routinisierung im Selbstmanagement von Medikamentenregimen hervorzuheben, die sich im *Verlauf* chronischer Krankheit zeigen. Denn die hier vorgelegten Ergebnisse zeigen, dass Routinen im Krankheitsverlauf sukzessiv an Grenzen stoßen: Vor allem ihr labiler Charakter und die damit einhergehenden Dilemmata laufen der von chronisch Kranken intendierten Normalisierung zuwider. Und besonders in Phasen der Komplexitätssteigerung wird offenbar, dass neue Krisen, Erkrankungen oder Nebenwirkungen im Krankheitsverlauf die mühsam selbst initiierte Routinisierung konterkarieren.

Diese vielschichtigen Herausforderungen und Schwierigkeiten der Routinisierung im Umgang mit Medikamentenregimen werden vom Versorgungssystem mehrheitlich ausgeblendet. Die mit der Herausbildung und Aufrechterhaltung von Routinen verknüpften Unterstützungserfordernisse werden oft weder erkannt noch hinreichend angegangen. Ein Grund hierfür ist die Perspektivenungleichheit von chronisch Kranken und professionellen Akteuren (Schaeffer/Moers 2003; Trostle et al. 1983), die – wie die hier vorgelegten Studienbefunde abbilden – im Krankheitsverlauf an Gewicht gewinnt und dann im Alltag zum Tragen kommt, wenn die zu Beginn anzutreffende Zielgemeinsamkeit aller Beteiligten mehr und mehr auseinanderklafft. Ebenso wird übersehen, dass die meist erst mit der Zeit auftretenden Probleme der ‚Non-Compliance‘ (ex. Adams et al. 1997) weniger einer mangelnden Therapiemotivation der Erkrankten geschuldet sind, sondern auf Passungsprobleme zwischen den Erfordernissen des Medikamentenregimes und denen des Alltags zurückzuführen sind. Damit in Einklang steht, dass von den Gesundheitsprofessionen meist unerkannt bleibt, wenn sich im dynamischen Krankheitsverlauf kaum zu bewältigende Hürden im Alltag auftun und wo die Grenzen des Selbstmanagementpotenzials der Erkrankten im Umgang mit Medikamentenregimen liegen.

Erforderlich ist daher, Verlaufsgesichtspunkten chronischer Krankheit und den damit verknüpften Problemstellungen im Selbstmanagement komplexer Medikamentenregime intensiver Rechnung zu tragen, sowohl in der Praxis als auch in der empirischen Auseinandersetzung. Mit den hier vorgelegten Studienbefunden wurde der Forderung begegnet, nicht nur Abschnitte, sondern den Gesamtverlauf chronischer Krankheit in den Blick zu nehmen. Nichtsdestotrotz ist eine dem phasenförmigen Krankheitsverlauf verpflichtete empirische Auseinandersetzung weiter zu intensivieren und in der Konzeption von Studien entsprechend zu berücksichtigen. Vor allem die Spätphasen chronischer Krankheit sind eingehender in den Blick zu nehmen, die grundsätzlich empirisch unterbeleuchtet sind (Thorne et al. 2002) und in die auch mit der vorliegenden Untersuchung nur begrenzt Einblick gewonnen werden konnte. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf, um gezielt diejenigen Phasen im Krankheitsverlauf zu untersuchen, in denen sukzessiv einsetzende De-Autonomisierungsprozesse zu vermuten sind und sich ein Übergang vom mehrheitlich selbstbestimmten hin zum fremdbestimmten Management des Medikamentenregimes abbilden dürfte.

### Literatur

- Adams, S./Pill, R./Jones, A. (1997): Medication, chronic illness and identity: the perspective of people with asthma. In: *Social Science & Medicine* 45 (2), 189-201
- Bajramovic, J./Emmertson, L./Tett, S.E. (2004): Perceptions around concordance - focus groups and semi-structured interviews conducted with consumers, pharmacists and general practitioners. In: *Health Expectations* 7 (3), 221-234
- Britten, N./Ukoununne, O.C./Boulton, M.G. (2002): Patients' attitudes to medicines and expectations for prescriptions. In: *Health Expectations* 5 (3), 256-269
- Charmaz, K. (2000): Experiencing chronic illness. In: Albrecht, G.L./Fitzpatrick, R./Scrimshaw, S.C. (Hrsg.): *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine*. London: Sage, 277-292
- Conrad, P. (1985): The meaning of medications: another look at compliance. In: *Social Science & Medicine* 20 (1), 29-37
- Conrad, P. (1990): Qualitative research on chronic illness: a commentary on method and conceptual development. In: *Social Science & Medicine* 30 (11), 1257-1263
- Corbin, J. (2004): Forcing vs. emergent: line by line analysis. *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften* 3, Nr. 1. Verfügbar unter: <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/media/HalBeitr/Halle-PfleGe-03-01.pdf> [Stand 25.06.2007]
- Corbin, J.M./Strauss, A.L. (2004): *Weiterleben lernen – Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. 2., überarb. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber
- Donovan, J.L. (1995): Patient decision making. The missing ingredient in compliance research. In: *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 11 (3), 443-455
- Dowell, J./Hudson, H. (1997): A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care. In: *Family Practice* 14 (5), 369-375
- Gamble, J./Fitzsimons, D./Lynes, D./Heaney, L.G. (2007): Difficult asthma: people's perspectives on taking corticosteroid therapy. In: *Journal of Clinical Nursing* 16 (3A), 59-67
- Glaser, B.G./Strauss, A.L. (2005): *Grounded Theory - Strategien qualitativer Forschung*. 2., korrig. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber
- Gordon, K./Smith, F./Dhillon, S. (2007): Effective chronic disease management: Patients' perspectives on medication-related problems. In: *Patient Education & Counseling* 65 (3), 407-415
- Gray, J. (2006): Becoming adherent: experiences of persons living with HIV/AIDS. In: *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 17 (3), 47-54

- and management of neuroleptic medication: a study of patients with a diagnosis of schizophrenia. In: *Social Science & Medicine* 47 (9), 1313-1323
- Schaeffer, D. (2002): Rekonstruktion der Krankheits- und Versorgungsverläufe von Aids-Patienten. In: Schaeffer, D./Müller-Mundt, G. (Hrsg.): *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern: Verlag Hans Huber, 119-132
- Schaeffer, D. (2005): Der Pflegeforschungsverbund NRW. Optimierung der Bewältigung chronischer Krankheit. In: *Pflege & Gesellschaft* 10 (1), 45-49
- Schaeffer, D. (i. E.): Pflegeorientierte Konzepte zur Bewältigung chronischer Krankheit - der Pflegeforschungsverbund NRW. In: Schaeffer, D./Behrens, J./Görres, S. (Hrsg.): *Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse der Pflegeforschung*. Weinheim: Juventa
- Schaeffer, D./Moers, M. (2003): Bewältigung chronischer Krankheiten - Herausforderungen für die Pflege. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. 2. Aufl. Weinheim: Juventa, 447-483
- Schaeffer, D./Moers, M. (2008): Überlebensstrategien – ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter. In: *Pflege & Gesellschaft* 13 (1), (i. E.)
- Schaeffer, D./Müller-Mundt, G./Haslbeck, J. (2007): Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischen Erkrankungen - Herausforderungen aus der Sicht der Gesundheitsprofessionen. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P07-134. Bielefeld. Verfügbar unter: [http://ipw-bielefeld.de/fileadmin/PDF/Publikationen/ipw\\_134.pdf](http://ipw-bielefeld.de/fileadmin/PDF/Publikationen/ipw_134.pdf) [Stand 27.10.2007]
- Schaeffer, D./Ewers, M./Haslbeck, J./Kamche, A./Müller-Mundt, G. (2005): Entwicklung eines pflegerischen Interventionskonzepts zur alltagsnahen Förderung des Selbstmanagements von chronisch kranken Patienten unter komplexem Medikamentenregime. In: *Pflege & Gesellschaft* 10 (1), 56-59
- Stevenson, F.A./Cox, K./Britten, N./Dundar, Y. (2004): A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines: the consequences for concordance. In: *Health Expectations* 7 (3), 235-245
- Strauss, A.L. (1994): *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. München: Wilhelm Fink Verlag
- Strauss, A.L./Corbin, J./Fagerhaugh, S./Glaser, B./Maines, D.R./Suzek, B./Wiener, C.L. (1984): *Chronic illness and the quality of life*. 2. Aufl. Saint Louis: The C.V. Mosby Company
- Thorne, S./Paterson, B./Acorn, S./Canam, C./Joachim, G./Jillings, C. (2002): Chronic illness experience: insights from a metastudy. In: *Qual Health Res* 12 (4), 437-452
- Thorne, S.E. (1990): Constructive noncompliance in chronic illness. In: *Holistic Nursing Practice* 5 (1), 62-69
- Townsend, A./Hunt, K./Wyke, S. (2003): Managing multiple morbidity in mid-life: a qualitative study of attitudes to drug use. In: *British Medical Journal* 327 (7419), 837-840
- Trostle, J.A./Hauser, W.A./Susser, I.S. (1983): The logic of noncompliance: management of epilepsy from the patient's point of view. In: *Cult Med Psychiatry* 7 (1), 35-56
- Vermeire, E./Hearnshaw, H./Van Royen, P./Denekens, J. (2001): Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. In: *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 26 (5), 331-342
- WHO – World Health Organization (2002): *Innovative Care for Chronic Conditions. Building Blocks for Action. Global Report*. Genf. Verfügbar unter: [http://www.who.int/ncd/chronic\\_care/index.htm](http://www.who.int/ncd/chronic_care/index.htm) [Stand 28.10.2004]
- WHO – World Health Organization (2003): *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. WHO. Genf. Verfügbar unter: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf> [Stand 06.02.2007]

Jörg Haslbeck (MScN)

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Postfach 100 131,  
33605 Bielefeld, joerg.haslbeck@uni-bielefeld.de