

Universitätsklinikum Ulm
Institut für Allgemeinmedizin
Allgemeinmedizin
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. H.-P. Zeitler

„Medikamenten – Karrieren“

Verordnung und Einnahme von Medikamenten nach einem
Krankenhausaufenthalt
- Veränderungen aus der Sicht des Patienten -

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Uwe Richard Metzinger
Geboren in Bühl / Baden

2009

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Klaus-Michael Debatin

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Hans-Peter Zeitler

2. Berichterstatter: Prof. em. Dr. Hermann Heimpel

Tag der Promotion: 24.04.2009

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis	II
1. Einleitung	1
1.1. Motivation	1
1.2. Fragestellung	3
2. Material und Methoden	6
2.1. Studienprinzip und – design	6
2.2. Patienten	6
2.3. Instrumente der Datenerhebung.....	10
3. Ergebnisse.....	13
3.1. Anzahl und Charakterisierung der interviewten Patienten.....	13
3.2. Ergebnisse der Entlassbriefe.....	13
3.3. Ergebnisse der Patienteninterviews	14
4. Diskussion	28
4.1. Kritische Zusammenfassung der Ergebnisse.....	28
4.2. Methodenkritik	29
4.3. Vergleich mit anderen Arbeiten	31
5. Zusammenfassung	33
6. Literaturverzeichnis	35
Anhang	38
1. Interviewleitfaden.....	38
2. Bausteine	39
Danksagung	58

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BPZ	Beipackzettel
KH	Krankenhaus
KI	Kontraindikation/ -en
NW	Nebenwirkung/ -en
u.ä.	und ähnliches

1. Einleitung

1.1. Motivation

Warum spricht man heute so oft von mangelnder Compliance und von der Eskalation der Ausgaben im Gesundheitswesen?

Weiß ein Arzt immer, was die von ihm betreuten Patienten tatsächlich an Medikamenten einnehmen?

Viele Hausärzte berichten immer wieder, dass bei Hausbesuchen bei manchen Patienten ein ganzes Nachtschränkchen voller Medikamente gefunden wurde. Hat man bisher wirklich verstanden, was in Patienten vorgeht, wenn sie Medikamente, die sie verordnet bekommen haben, nicht einnehmen?

Es zeigte sich bald, dass sich bisher niemand wirklich mit der Frage beschäftigt hat, welchen Weg die Medikamentenverordnung nimmt und was der Patient dann auch tatsächlich einnimmt. Dabei ist dieser Weg, von unserer Arbeitsgruppe als Medikamentenkarriere bezeichnet, sehr wichtig um Veränderungen auf diesem Wege zu verstehen.

Himmel et al [13] untersuchten 2004 die Medikamentenveränderungen bei etwa 300 Patienten, die von hausärztlicher Betreuung zur stationären Behandlung eingewiesen wurden und fanden erhebliche Inkonsistenzen in der Medikation an dieser Schnittstelle. Die Medikation nach Entlassung aus stationärer Behandlung erfassten sie aber nicht.

Als Arzt mit einer typischen Karriere im Krankenhaus und der hausärztlichen Praxis steht man häufig vor Problemen, die durch ein Unverständnis dessen, was auf dem Weg der Medikamentenverordnung bis zur Einnahme durch den Patienten verursacht oder verstärkt werden. Ein Krankenhausarzt beklagt sich schon mal darüber, dass eine von ihm angeordnete Medikation vom Hausarzt gar nicht gegeben wurde, bzw. gleich wieder abgesetzt wurde. Da eine poststationäre Kommunikation zwischen Krankenhaus und Hausarzt meistens gar nicht stattfindet, treten solche Änderungen erst bei einer Wiederaufnahme zutage. Hätte diese verhindert werden können? Evtl. durch eine bessere Kommunikation zwischen den einzelnen verordnenden Stellen?

Strobach betrachtete hierzu ein Modell eines Patienten-Medikation-Counseling [24] in dem Patienten vor der Entlassung über die Medikation genau aufgeklärt wurden. Es zeigte sich eine Verbesserung der Einnahmedisziplin im weiteren Verlauf, Aussagen über die

Gründe, warum es zur Diskontinuität der Medikamenteneinnahme kam, wurden nicht dargestellt.

Genauso kommt der Vorwurf von Hausärzten, nicht wirklich gut vom Krankenhausarzt über Medikamentenänderungen informiert worden zu sein. Da dem Hausarzt meist nur ein so genannter Kurzarztbrief, lediglich mit Diagnosen und Medikamentenempfehlungen zur Verfügung steht, geht viel Information schon beim ersten Patientenkontakt nach dem Krankenhausaufenthalt verloren. Ein Hausarzt muss Entscheidungen über die Medikation treffen, ohne das volle Maß an Informationen zu haben. Gerade dieser erste Kontakt ist aber ganz entscheidend über die Einsicht des Patienten bezüglich der weiteren Medikamenteneinnahme.

Kommt der ausführliche Arztbrief dann, sind die wesentlichen Entscheidungen oft schon getroffen. Durch einen immer bestehenden Zeitmangel der behandelnden Ärzte wird der ausführliche Arztbrief oft nicht mehr richtig gelesen. Die Anpassung der Medikamente findet meist schon beim ersten Hausarztkontakt nach der Entlassung statt. Ein Arztbrief der dann zum Teil erst Wochen bis Monate nach der Entlassung kommt, kann keine Bedeutung mehr haben.

In einer Dissertation von Latz [18], die leider nicht weiter veröffentlicht wurde, wurde ein Faktor der Kommunikation zwischen stationärer und hausärztlicher Betreuung, nämlich die Qualität der endgültigen Entlassbriefe eingehend untersucht und viele Anregungen zur Verbesserung der Kommunikation gegeben. Die möglichen Einflussfaktoren, warum sich die Medikation an dieser Schnittstelle ändert, wurden in dieser Untersuchung nicht erfasst.

Andererseits wird immer öfter kritisiert, dass zu viele Medikamente verordnet werden, die vom Patienten gar nicht genommen werden. In extremen Fällen findet man im Nachttischschrank eines Patienten eine ganze Batterie ungebrauchter, ungeöffneter Medikamentenschachteln. Kann auch hierfür ein Informations- oder Kommunikationsdefizit verantwortlich sein? Hat der Patient verstanden, warum er die verordneten Medikamente nehmen soll? Nimmt er sie nur, weil der Arzt als „übergeordnete Person“ dies vorschreibt, oder sieht er den Sinn in der Verordnung?

Dies ist ein Aspekt der Medikamenteneinnahme, der sich dem erlernbaren Spektrum des Arztes völlig entzieht. Ein Arzt kann oft nicht erkennen, ob der Patient die Medikation überhaupt nimmt. Im direkten Gespräch kann das kaum eruiert werden. Fehleinschätzungen durch den Arzt führen wiederum zu falscher Medikation oder Überdosierung eines Medikamentes.

Das neue an unserer Arbeit ist die umfassende integrierte Betrachtung des gesamten Komplexes: Krankenhaus – Hausarzt – Patient. Hier soll der typische Weg der Medikation vom Krankenhaus über den Hausarzt bis zu dem Patienten dargestellt und Veränderungen, falls sie stattfinden, dokumentiert werden. Dabei sollen Einflussfaktoren identifiziert werden, die eine Rolle spielen und welche Änderungen auf verschiedenen Ebenen vorkommen.

Adl und Kollegen [2] beschäftigten sich 2001 mit Patienten, die aus stationärer kardiologischer Behandlung entlassen wurden, und fanden, dass mit Zunahme der Anzahl von Arzt-Patient-Kontakten die Abweichung der Medikation zunimmt. Sie konzentrierten sich in ihrer Arbeit aber fast ausschließlich auf den Kostenaspekt. Die Gründe, die den Medikationsänderungen zu Grunde liegen, beachten sie nicht.

Untersuchungen der Gründe für eine fehlende Compliance wurden gemacht. Theorien darüber gibt es. Eine Übertragung auf die tägliche Praxis der Medikamentenverordnung sucht man vergebens. Gerne wird die Verantwortung für Non-Compliance auf den Patienten abgeschoben. Oder auf den Hausarzt. Oder auf den Krankenhausarzt. Es ist nicht das Ziel dieser Arbeit, einen Verantwortlichen zu finden, bisher fehlte es aber an objektiven Darstellungen, an welchen Stellen Lücken in der Kommunikation sind und worin die Gründe dafür liegen. Einen weiteren Schritt zur Erkennung und Verbesserung der aktuellen Situation soll diese Arbeit liefern.

1.2. Fragestellung

Ziel dieser Arbeit ist, die Einflussfaktoren auf dem Weg einer Medikamentenverordnung, die in einem Krankenhaus getroffen wurde, bis zur tatsächlichen Einnahme eines Medikamentes darzustellen.

Im Regelfall läuft eine Entlassung so ab, dass der Patient einen Kurarztbrief mit einer stichwortartigen Zusammenfassung der Diagnosen und der empfohlenen Medikamente bekommt. Innerhalb weniger Tage soll der Patient sich bei seinem Hausarzt vorstellen um unter anderem einen Abgleich der neuen Medikation vornehmen zu lassen. Im weiteren Verlauf kommt es bei vielen Patienten zu einer eigenständigen Änderung seiner Medikamenteneinnahme.

Im Besonderen diese Schnittstelle (stationär / ambulant) wird in dieser Arbeit betrachtet. Hier sollen Gründe dargestellt werden, die den Patienten dazu bringen eine Änderung der Medikation vor zu nehmen.

Mit dieser Arbeit wollen wir die „Medikamentenkarriere“, den Weg der Medikation an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, also ab der Entlassung vom Krankenhaus bis zur Einnahme durch den Patienten darstellen und Veränderungen, falls sie stattfinden, dokumentieren. Dabei sollen Einflussfaktoren und Begründungen identifiziert werden, die eine Rolle für die Medikamentenversorgung des Patienten spielen. Es sollen Gründe gezeigt werden, die die tatsächlich angewandte Medikation von Patienten nach Krankenhausentlassung beeinflussen.

Ziel soll sein qualitative, empirische Daten zu liefern, welche Änderungen (oder „Diskontinuitäten“) überhaupt real vorkommen und wer den Patient beeinflusst, oder vielleicht sogar daran hindert den Anweisungen und Empfehlungen der im Vorfeld kontaktierten Ärzte zu folgen.

Es soll gezeigt werden, was der Patient genau einnimmt und warum das so ist. Genauso soll gezeigt werden, was der Patient nicht einnimmt und warum.

Wer berät und beeinflusst einen Patienten tatsächlich in der Entscheidung, welche Medikamente er tatsächlich nimmt, selbst absetzt oder eigenständig dazu kauft?

Wie beschreibt und empfindet ein Patient die Entwicklung seiner Medikation?

Hat der Patient verstanden, wo und warum eine Änderung der Therapie stattfindet?

Ist er über eine Veränderung aufgeklärt worden?

Aufgrund des fehlenden Datenmaterials über die Ursache von Medikamentenänderungen und die Auswirkung auf das tatsächliche Einnahmeverhalten der Patienten wurde in der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Ulm eine Arbeitsgruppe gebildet und die Fragestellung für die folgende Arbeit entwickelt. Verwandte Themen wurden zwar schon untersucht, dabei wurde aber noch nie dargestellt, wie sich eine Medikation auf dem Weg der Verordnung im Krankenhaus bis zur tatsächlichen Einnahme durch den Patienten verändert. Schon gar nicht welche Gründe es dafür geben könnte.

Es soll eine Beschreibung der einzelnen Entscheidungs-Stationen vorgenommen werden. Eine Interpretation der Gründe für die einzelnen Entscheidungen ist nicht Ziel dieser Arbeit. Die vorliegende Dissertation kann aber als Grundlage für andere Studien dienen, die sich mit einer weiterführenden Auswertung beschäftigen.

Dabei beschränke ich mich in meiner Arbeit auf die Aspekte der Wechselwirkung zwischen Klinik und Patienten, sowie zwischen dem Hausarzt und dem Patienten, so wie es von dem Patienten gesehen wird. Die Aspekte der Wechselwirkung zwischen Krankenhaus und Hausarzt wird in einer anderen Arbeit der Arbeitsgruppe untersucht.

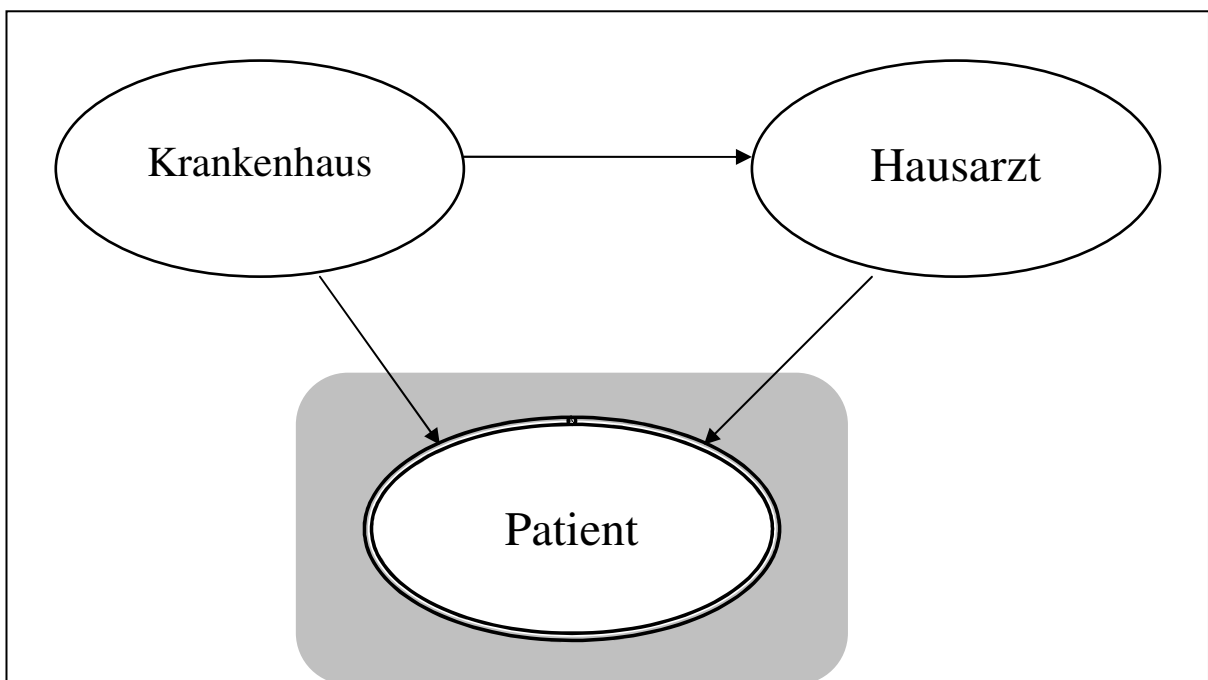


Abb. 1 Einflussfaktoren zur Medikamenteneinnahme nach einem Krankenhausaufenthalt

2. Material und Methoden

Wie in der Fragestellung erwähnt, ist das Ziel unserer Arbeit den Verlauf, bzw. die Karriere der Medikation an der Schnittstelle der stationären und ambulanten Versorgung darzustellen. Hierbei soll die Veränderung der Medikation so wie sie im Kurzarztbrief, sowie im ausführlichen Brief verordnet wurde mit dem Medikamentenplan des Hausarztes, sofern vorhanden, mit der tatsächlichen Medikamenteneinnahme verglichen werden.

Um diesen Verlauf zu beurteilen erarbeiteten wir folgende Vorgehensweise und führten die folgenden Untersuchungen durch:

2.1. Studienprinzip und –design

Zur Ausarbeitung der Fragestellung kam von uns eine prospektive qualitative Studie mit Gegenüberstellung von Entlassbrief und Patienteninterviews zur Verwendung. Zur Stützung der Untersuchung wurden zudem, falls vorhanden zusätzlich Therapiepläne verwendet. Das Projekt wurde in zwei Bereiche unterteilt (siehe Abb. 1). Gegenstand der hier vorliegenden Arbeit ist es, Faktoren, die zu Änderungen der Medikamente führten, zu identifizieren, während andere Aspekte in einer parallel zu veröffentlichen Arbeit (Doktorarbeit von Petra Werkmeister, in Vorbereitung[26]) beleuchtet werden. In diesem Teil der Arbeit konzentriert sich die Auswertung wie in Abbildung 1 dargestellt auf die Interviews mit den Patienten.

Für die vorliegende Untersuchung liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Universität Ulm mit der Nummer 151/2002 vor

2.2. Patienten

2.2.1. Patientenauswahl

Die Rekrutierung der Probanden für die Interviews wurde aus Patienten vorgenommen, die während des Zeitrahmens vom 05.08.2002 bis zum 10.12.2002 aus einer Allgemein-Internistischen Abteilung eines Krankenhauses der Regelversorgung entlassen wurden. Es wurden alle Patienten mit entsprechenden Einschlusskriterien (siehe Tabelle 1), die während des festgelegten Zeitraumes entlassen wurden, vor der Entlassung um eine

mündliche Einwilligung gebeten. Bei erfolgter Einwilligung wurde auch der, im Entlassbrief angeschriebene Hausarzt um eine Einwilligung gebeten.

Als Einschlusskriterien bestimmten wir folgende Faktoren:

Tabelle 1 Einschlusskriterien der Patienten zur Teilnahme an der Studie

Entlassung aus dem stationären Aufenthalt zwischen 01. August und 10. Dezember 2002.
Alter zwischen 25 und 80 Jahren
Entlassung aus stationärer Behandlung vor 4- 16 Wochen
Wohnhaft in Überlingen und Umgebung
Hausarztpraxis ebenfalls in Überlingen und Umgebung
Bei Entlassung aus dem Krankenhaus Therapieempfehlung mit mindestens einem neuen Präparat, das mindestens 4 Wochen genommen werden soll
selbstständige Medikamentenzubereitung und –einnahme
hinreichende deutsche Sprachkenntnisse
nach Einschätzung des betreuenden Krankenhausarztes keine Moribundität
Einverständnis des Hausarztes zur Studienteilnahme

Nach der Rekrutierung wurden die Patienten auf Ausschlusskriterien (siehe Tabelle 2) hin überprüft und danach gegebenenfalls wieder aus der Auswahl herausgenommen.

Tabelle 2 Ausschlusskriterien der Patienten zur Teilnahme an der Studie

Fehlen einer Einverständniserklärung
Demenzerkrankung
infauste Krankheitsprognose
erneute Krankenhausaufnahme während des Studienverlaufs
krankheitsbedingte oder vorbestehende Unfähigkeit, einem strukturierten Interview zu folgen
Verlegung in ein anders Krankenhaus, Rehaklinik oder Pflegeeinrichtung

2.2.2. Patientenrekrutierung und –identifikation

Es wurden alle Patienten in die Rekrutierung mit eingeschlossen, welche im oben genannten Zeitraum entlassen wurden und die Einschlusskriterien erfüllten (Siehe Abb. 2). Nach Identifikation durch den Stationsarzt und erster mündlichen Einverständniserklärung sowie dem Herausfinden der Kontaktmöglichkeit wurden die Patienten telefonisch kontaktiert. Eine Ablehnung der Teilnahme durch die angesprochenen Patienten wurde ohne Fragen der Hintergründe akzeptiert, Patienten sollten sich nicht gedrängt fühlen, sensible Daten zu offenbaren.

Den Patienten wurden vor dem Interview eine Einwilligungserklärung und eine Entbindung von der Schweigepflicht des Hausarztes vorgelegt. Bei der digitalen elektronischen Aufzeichnung wiederholten die Patienten ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie. Die Schweigepflicht wurde so zu keinem Zeitpunkt unterbrochen. Einen Identifikationsnachweis mittels Personalausweis oder ähnlichem wurde von uns nicht verlangt.

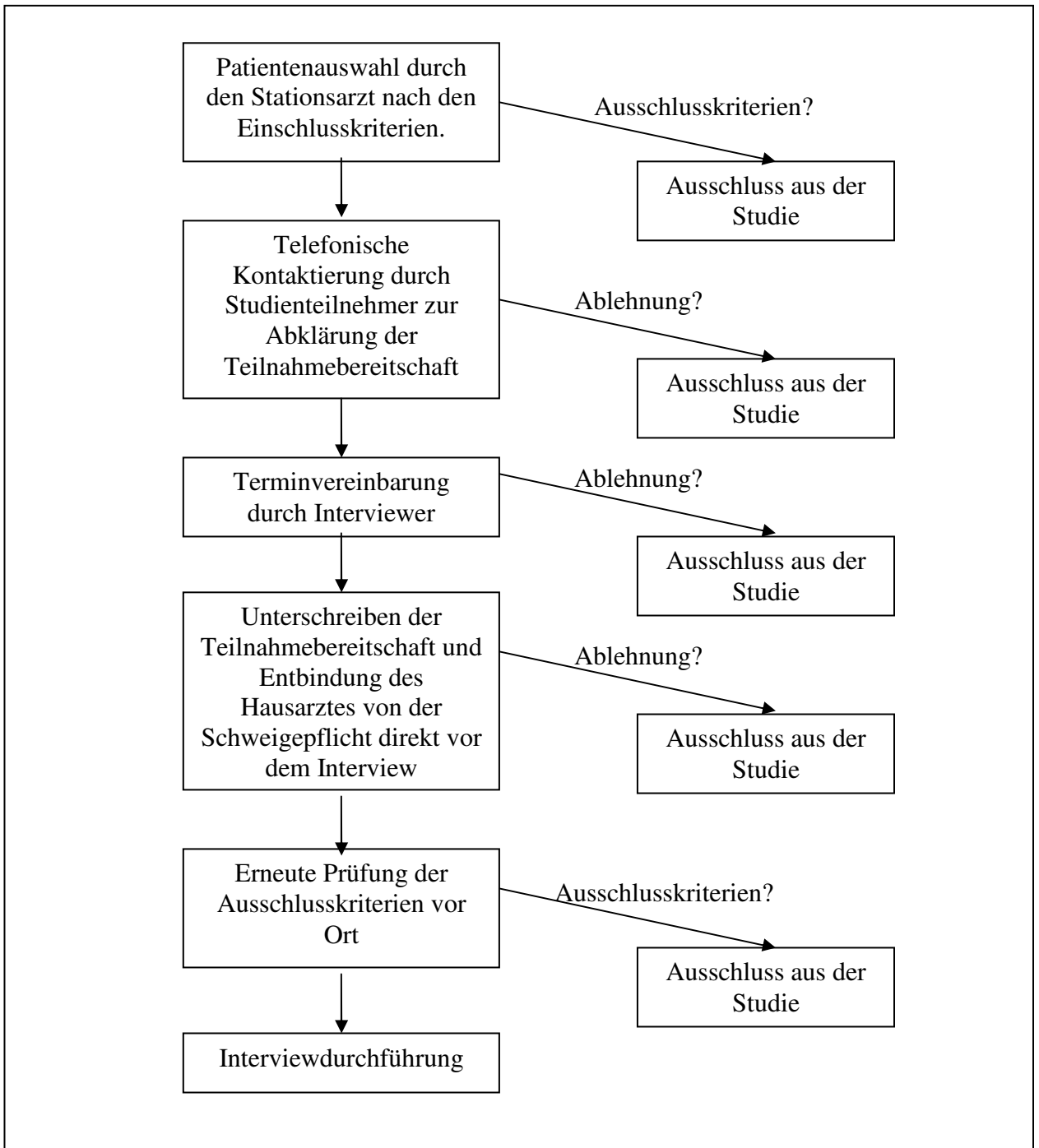


Abb. 2 Organigramm der Patientenrekrutierung

2.3. Instrumente der Datenerhebung

2.3.1. Entlassbriefe

2.3.1.1. Identifikation

Eine Einverständniserklärung des Chefarztes der Inneren Abteilung des Krankenhauses liegt in schriftlicher Form vor.

Das Krankenhaus Überlingen verfügt über eine netzwerkgestützte Dokumentation. Aufgrund der Tätigkeit der mitarbeitenden Kollegin im Krankenhaus Überlingen, konnte sie die Arztbriefe nach deren Erstellung ausdrucken und damit über eine valide Medikamentenliste als Ausgangslage verfügen. Verwendet wurden sowohl der Kurzarztbrief, wie auch der ausführliche Brief.

2.3.1.2. Datenextraktion

Die Arztbriefe fanden Verwendung zur Identifikation der Patienten sowie zum Erhalt einer Medikationsausgangslage. Es wurde außerdem von uns geprüft, ob eine Änderung der Medikation stattfand. Die Entlassmedikation wurde tabellarisch erfasst und mit Angaben der Patienten sowie der Hausärzte verglichen. Falls diese zur Verfügung standen, wurden des weiteren Vergleiche mit einem Therapieplan des Hausarztes erstellt.

2.3.2. Patienteninterviews

2.3.2.1. Identifikation der Patienten

Nach der Auswahl der Patienten erfolgten zwei telefonische Kontakte durch die Untersucher. Die erste Kontaktaufnahme wurde gemacht, um überhaupt eine Bereitschaft abzuklären. Es wurde vereinbart, dass ein weiterer Kontakt durch den Verfasser dieser Arbeit erfolgt. Bei dem zweiten Gespräch, wurde ein konkreter Termin vereinbart. In

beiden Gesprächen konnten die Patienten eine Zustimmung verweigern. (Siehe auch Abb. 2).

2.3.2.2. Interviewdurchführung

Interviews stellen eine geeignete Methode dar, die Medikation von Patienten zu erfassen [9].

Vor dem ersten Interview wurde ein Interviewleitfaden (siehe Anhang) erstellt, um eine Standardisierung zu erreichen. Das Interview wurde als leitfadengestütztes semistandardisiertes Interview [6], [5], [7], als eine Methode der theoriegeleiteten begründeten hermeneutischen Forschung durchgeführt [1].

Innerhalb der Arbeitsgruppe wurden die Interviews vor laufender Videokamera geübt, nachher angeschaut und Fehler diskutiert, um geschulte Interviews zu erreichen.

Eine Einwilligungserklärung, eine Erklärung zum Datenschutz, sowie eine Entbindung der Schweigepflicht des Hausarztes für diese Untersuchung wurde den Patienten vorgelegt und Ihnen die Möglichkeit gegeben, diese durchzulesen und zu unterschreiben. Erst danach wurden die Fragen gemäß genanntem Schema gestellt.

Im Anschluss an die Fragen wurden die Medikamente der Patienten tabellarisch erfasst. Es wurde unterschieden, ob die Medikation auf einem Medikamentenplan oder mündlich festgelegt wurde, ob die Einnahme nur auf der Medikamentenschachtel verzeichnet wurde, sowie welche Medikamente der Patient ohne Wissen des Hausarztes einnahm, ob diese von anderen Ärzten empfohlen wurde, oder ob die Einnahme von Laienseite initiiert wurde.

Das gesamte Interview wurde nach Einwilligung des Patienten von einem digitalen, elektronischen Sprachaufzeichnungsgerät aufgenommen. Ein mündliches Einverständnis wurde am Anfang des Interviews mitgeschnitten.

2.3.2.3. Datenextraktion

Möglichst zeitnah nach einem Interview wurde die digitale Aufzeichnung durchgehört und alle Fragen, Antworten und Aussagen zu dem Thema mit sekundengenauer Zeitangabe

wortwörtlich dokumentiert und verschlüsselt an die anderen Mitglieder der Arbeitsgruppe versandt.

Jedes Interview wurde von einem weiteren Mitglied der Arbeitsgruppe gehört und mit dem ersten Aufschrieb verglichen, dadurch kontrolliert und anschließend analysiert. Hier wurde eine Codierung vorgenommen, das heißt, es wurden qualitative Kriterien verwendet um die Aussagen der Patienten zusammenzufassen und tabellarisch auszuwerten. Jeweils zwei Mitglieder der Arbeitsgruppe führten diesen Schritt unabhängig durch. Es wurden verschiedene übergeordnete Kategorien erstellt, in welchen sich Übereinstimmungen ergaben. Weitere untergeordnete Kategorien ließen eine genauere Beurteilung zu (siehe Tabelle im Anhang). Zu jeder Kategorie wurden die genauen Zitate hinzugefügt und zeitlich genau zugeordnet, um jederzeit eine Kontrolle oder einen Vergleich mit anderen Zitaten zu ermöglichen.

Jedes Zitat konnte in verschiedenen Kategorien erwähnt werden, wenn es in mehrere Kategorien passte.

2.3.2.4. Konsensbildung

Ein Konsens der Auswertung jedes Interviews wurde immer von zwei Mitgliedern der Arbeitsgruppe gebildet. Dabei wurden die unabhängig voneinander erstellten Auswertungen verglichen und eine endgültige Auswertung erarbeitet. Bei unterschiedlicher Auffassung wurde an der Konsensbildung gearbeitet, bis sich eine einheitliche Meinung gebildet hatte, eventuell unter Einsatz einer dritten Person.

Ziel der Konsensbildung war die Entwicklung einer Liste, der tatsächlich vom Patienten eingenommenen Medikation und Gründe zu eruieren, wenn von der empfohlenen Medikation abgewichen wurde. (Inhaltliche Analyse, Mostyn, 1985[20])

3. Ergebnisse

3.1. Anzahl und Charakterisierung der interviewten Patienten

Es wurden insgesamt 35 Patienten interviewt, die ein Alter zwischen 31 und 79 Jahren aufwiesen. Im Mittel waren die Patienten 66,6 Jahre. Zur Hälfte waren es Frauen, zur anderen Hälfte waren es Männer.

Die soziale Struktur war gemischt. Es waren folgende soziale Gruppen unter den Interviewpartnern vertreten:

Rentner, Hausfrauen, Arbeiter, Angestellte im öffentlichen Dienst, Akademiker und selbständige Unternehmer.

Die meisten Patienten waren Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen, nur wenige waren Selbstzahler. In der Regel handelte es sich um Rentner, ein kleiner Teil der interviewten Personen war noch berufstätig. Einige Patienten sind in der Landwirtschaft tätig (Rentner und hauptberuflich). Wenige akademisch ausgebildete Patienten fanden sich in dem Patientengut.

Ein Patienteninterview konnte nicht verwertet werden, da der Hausarzt im Nachhinein die Zusage zum Interview verweigerte.

Die Zeit zwischen der Entlassung und dem Interview lag zwischen 24 und 84 Tagen, im Mittel bei 51,4 Tagen.

3.2. Ergebnisse der Entlassbriefe

3.2.1. Anzahl und Charakterisierung der Entlassbriefe

Es liegen zu allen 34 ausgewerteten Interviews ausführliche, endgültige Entlassbriefe vor. Zwischen der Entlassung und der Fertigstellung des endgültigen Arztbriefes lagen zwischen 1 und 41 Tage, im Mittel bei 15,3 Tagen.

Nicht jeder Hausarzt hatte den vorläufigen Brief erhalten. Ebenso hatte nicht jeder Hausarzt den endgültigen Brief erhalten. Das geschah in der Regel nur dann, wenn es sich bei dem einweisenden Arzt nicht um den Hausarzt handelte, oder die Patienten keinen

festen Hausarzt haben. In einem Fall kam es vor, dass ein Patient je nach Erkrankung zwischen drei Ärzten wählte.

3.2.2 Empfohlene Medikation

In allen Entlassbriefen wurden weiterführende Medikamente empfohlen. In zwei Briefen wurde nur ein Medikament empfohlen. Die maximale Anzahl der Empfehlungen belief sich auf 9 Medikamente (3 Briefe). Im Mittel wurden 4,7 Medikamente empfohlen.

In allen Fällen wurde eine andere Medikation als die Aufnahmemedikation empfohlen. In zwei Fällen war die komplette Medikation nur befristet zur Einnahme empfohlen. Bei vielen Entlassungen waren befristete Empfehlungen neben einer Dauermedikation zu finden. In den meisten der Fälle wurden nur Dauermedikamente empfohlen. Neben Tabletten, Tropfen und Salben wurden auch Suppositorien und Injektionen verordnet. Es wurden Originale, sowie auch Generika empfohlen.

In allen Fällen wurde auf die Möglichkeit hingewiesen, die empfohlenen Medikamente durch andere gleichwertige Medikamente zu ersetzen.

Eine schematisierte Aufstellung der im Entlassbrief empfohlenen Medikamente findet sich in Tabelle 3 und Tabelle 4.

3.3. Ergebnisse der Patienteninterviews

3.3.1. Medikamenteneinnahme

Als Medikament werden im Folgenden sowohl schulmedizinische Medikamente, wie auch naturheilkundliche Medikamente im weiteren Sinne bezeichnet. Es wird weiterhin unterschieden zwischen eingenommenen Medikamenten und Dosis.

Als Medikament wird der Handels- oder Generikaname eines Medikamentes bezeichnet. Unter den naturheilkundlichen Medikamenten werden auch Tees und andere Zubereitungen als Medikament gewertet. Unter Dosis versteht sich die Aufteilung der Medikamentenverabreichung über den Tag. Dies ist von Bedeutung, wenn ein Patient ein Medikament, welches für eine einmalige Gabe, z.B. am Morgen verordnet wurde auf zwei oder drei Einnahmen über den Tag verteilt.

3.3.1.1. Medikamentenplan

Insgesamt hatten 13 von 34 Patienten einen Medikamentenplan. Die anderen äußerten, einen solchen nicht zu haben. Alle 13 Patienten ließen einen Blick in den Plan zu. Weitere Patienten hatten einen selbstgeschriebenen Plan, der aber nicht immer mit den Empfehlungen des Hausarztes übereinstimmte. Die Medikamentenpläne waren meist Computerausdrucke, wenige waren handgeschrieben.

3.3.1.2. Anzahl der eingenommenen Medikamente

Es wurden von allen Patienten Medikamente eingenommen. In einem Fall wurde zum Zeitpunkt des Interviews nur ein Medikament eingenommen. Das Maximum lag bei einem Patienten bei 17 Medikamenten. Im Schnitt wurden von allen Patienten 6,7 Präparate eingenommen, verteilt auf 9,2 Dosen. In den Arztbriefen wurden im Schnitt 4,7 Medikamente empfohlen, verteilt auf 6,8 Dosen.

Die Patienten, die keinen Medikamentenplan vorweisen konnten, nahmen die Medikamente nach ihrer Erinnerung ein. In der Regel verfügten sie dabei über eine große Sicherheit und waren davon überzeugt, es so auch empfohlen bekommen zu haben.

Wie sich im Vergleich mit den Hausarzt-Interviews herausstellt (vgl. Werkmeister, im Druck) hatten die meisten der Patienten, die angaben, keinen Verordnungsplan zu haben, vom Hausarzt doch einen bekommen.

Tab. 3 Verteilung der Anzahl der Medikamente

	Unter 5 Medikamente	5-10 Medikamente	Über 10 Medikamente
Entlassbrief	19	15	0
Im Interview angegebene tatsächliche Einnahme	9	21	4

3.3.1.3. Vergleich der Anzahl der eingenommenen Medikamente

Neun Patienten gaben im Interview die gleiche Anzahl an, wie sie im Arztbrief dokumentiert war. In der Regel werden jetzt mehr Medikamente eingenommen. In zwei

Fällen handelt es sich um die gleiche Medikation wie vom Hausarzt oder Krankenhaus verordnet (siehe Tabelle 4).

Zwei Patienten nehmen immer noch die gleichen Medikamente, aber in anderer Dosierung. Zwei Patienten nehmen völlig andere Medikamente als die Empfohlenen.

Ein Patient nahm aktuell weniger Medikamente. Bei vier Patienten handelt es sich um die gleiche Anzahl der Medikamente, es sind aber zum Teil andere Präparate aus der gleichen Wirkstoffgruppe.

Sechs Patienten nehmen die gleichen Präparate wie empfohlen, haben aber selbst noch eine Ergänzung zugefügt. Bei insgesamt siebzehn, also den meisten Patienten ist es so, dass sie nur einen Teil der Medikamente beibehalten haben, einige weggelassen haben, dafür aber jetzt mehr Präparate zusätzlich einnehmen.

Von den Patienten ergänzt wurden meistens frei erhältliche Medikamente, wie Phytopharmaka oder Schmerzmittel.

In wenigen Fällen wurden von anderen Ärzten zusätzliche Medikamente verordnet und vom Patienten eingenommen, bei einem Fall wollte die Patientin nicht, dass der Hausarzt von der zusätzlichen Medikation weiß, bzw. dass überhaupt ein zweiter Arzt konsultiert wurde. Bei Selbstverordnungen wollten die meisten Patienten den Hausarzt nicht involviert wissen. Meist wurde gesagt, das braucht der Hausarzt nicht zu wissen.

Tab 4. Anzahl und Variationen der Veränderung der Medikation durch den Patienten

Gleicher Wirkstoff/Wirkstoffkombination, gleiche Dosis, gleiche Dosisintervalle	2
Komplett andere Medikation	2
Weniger Medikamente	1
Gleiche Menge, aber andere Medikamente	4
Gleiche Medikamente aber andere Dosierung	2
Gleiche Medikation plus zusätzliche Medikamente	6
Teilweise Medikamente beibehalten, einige abgesetzt und zusätzliche Medikamente eingenommen	17

3.3.2. Begründungen für das Einnahmeverhalten der Patienten – Ergebnisse aus den Patienteninterviews

Die Interviews ergaben eine Vielzahl von Argumenten für oder gegen eine Medikamenteneinnahme. Nachfolgend sind die Argumente zusammengefasst.

Die folgenden Kapitel sind nach den erarbeiteten Kodierungen gegliedert. Die Codes wurden in den Konsensgesprächen erarbeitet und begründen sich auf den ersten Abstrahierungen, nach Extraktion aus den Patientenzitaten.

Zitate werden in der Regel nicht aufgeführt, außer in wenigen Fällen, wenn sie zum Verständnis beitragen, bzw. wenn sie besonders typisch sind. In dieser Arbeit werden nur die erarbeiteten übergeordneten Kategorien, bzw. Codes erwähnt.

Die tabellarische Übersicht mit den Codes und ersten Abstrahierungen ist im Anhang 2 unter dem Kapitel „Bausteine“ zu finden.

3.3.2.1. Argumente und Gründe der Patienten für die Einnahme von Medikamenten

Gute Erfahrungen mit einem bestimmten Medikament oder dass sie das Medikament schon lange nehmen, geben die meisten Patienten als Grund für die Medikamenteneinnahme an.

Die Tatsache, dass die Einnahme schon lange besteht, ist für insgesamt zehn Patienten Grund genug diese auch weiter zu führen.

Dabei wird oft angegeben, dass es mit der Gesundheit besser geworden ist, seit sie diese Medikamente nehmen. Oft taucht auch der Umkehrschluss als Argument auf, weil die Patienten auch schon einen Versuch unternommen hatten, ein Medikament abzusetzen, was negative Folgen hatte.

Mit der Einsicht in die medizinische Notwendigkeit begründen 24 Patienten eine Medikamenteneinnahme.

Im Leidensdruck sehen 21 Patienten ein Argument für die Medikamenteneinnahme. Sie haben gespürt, dass die Einnahme eine Verbesserung der Symptome und Beschwerden brachte, das Leiden also verbesserte.

18 Patienten stellten fest, dass die eingenommene Medikation wirkt und sehen dies als Argument dafür, sie weiter zu nehmen.

Ergebenheit in ihr Schicksal und dass manche Patienten nicht hinterfragen, was sie tun, bzw. einnehmen ist für viele Patienten der Grund zu nehmen, was ihnen verordnet wird. Dabei spielt es meist keine Rolle, welche Krankheit sie haben. Dazu gehört auch das Argument einer Hörigkeit. Hier wird die Kompetenz und Weisungsbefugnis des Hausarztes oft nicht hinterfragt. Aber genauso werden Empfehlungen von Bekannten,

Verwandten, Nachbarn, Pflegepersonal, oder anderen Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind nicht in Frage gestellt.

Vertrauen in die Kompetenz des Arztes wird auch gerne angeführt, insgesamt bei elf Patienten. Hier kommt zum Teil die menschliche Seite des Arztes, das Vertrauen in die medizinischen Fähigkeiten, aber auch der Respekt vor der Autorität des Mediziners zum Tragen.

Personen aus dem Umfeld des Patienten werden gerade bei pflanzlichen oder natürlichen, frei erhältlichen Medikamenten oft erwähnt. Diese raten meist aus eigenen Erfahrungen zu diesen Präparaten.

Eine Medikamenteneinnahme, ohne genau zu wissen wozu sie dient, findet man bei vielen Patienten. Über eine mangelnde Aufklärung wird von manchen geklagt, meist wird es aber als ganz normal hingegenommen und nicht hinterfragt.

Vereinzelt werden Argumente der Pharmakokinetik geäußert. Besonders die lange Wirksamkeit eines Medikamentes taucht dabei auf.

Insgesamt ist die Patientenpersönlichkeit sehr oft maßgebend. Ob sich der Patient in einer Opferrolle sieht, als Leidender oder falsch Behandelter spielt genau so eine Rolle, wie Angst vor Veränderungen.

Als eine fast schon eigenständige, wichtige Handlung sehen manche Patienten die Medikamenteneinnahme an. Hierzu ein Zitat eines Patienten:

„Vergessen? Kommt gar nicht vor! Also wirklich nicht, das ist mein A und O!“

Hier steht vor allem die Gewohnheit im Vordergrund. Anhand des Medikamentenplanes werden die Medikamente zusammengestellt und folgen einem eigenen Rhythmus, der sich in den Tagesablauf integriert hat. Diese Patienten stellen die Einnahme nicht in Frage, ob sie jetzt, wie in den obigen Absätzen vom Vertrauen in den Arzt, wie bei 7 Patienten erwähnt, oder von der Überzeugung, das richtige Medikament zu nehmen geleitet werden, wie bei 9 Patienten, spielt dabei keine Rolle.

3.3.2.2. Argumente und Gründe der Patienten für die Nicht-Einnahme von Medikamenten

Insgesamt werden weniger Argumente der Patienten vorgebracht, ein Medikament nicht zu nehmen, als eines zu nehmen.

Das Auftreten von Nebenwirkungen, sowie das Erwähnen von potentiellen Nebenwirkungen im Beipackzettel hört man bei überdurchschnittlich vielen Patienten als Argument, ein Medikament ab zu setzen. In der Regel sind es durchaus, medizinisch nachvollziehbare Probleme. In Einzelfällen, sind es aber auch Nebenwirkungen, die medizinisch nicht ohne weiteres begründbar sind. So berichtet eine Patientin von Blutdrucksteigerungen unter Schmerzmitteln, egal welcher Zusammensetzung.

Die Furcht vor den Nebenwirkungen allein reicht bei zwei Patienten schon aus, dieses Medikament nicht zu nehmen.

Dass der Hausarzt die Medikation nicht mehr für erforderlich hält, wird häufig angeführt, auch wenn sich dieses Argument im Nachhinein nicht bei allen bestätigt.

Dass die Medikation nicht mehr benötigt wird, findet sich bei vielen Patienten und führte in fünf Fällen zu einem Abbruch der Einnahme. Auch an dieser Stelle treten Personen aus dem persönlichen Umfeld auf und setzen sich für ein Absetzen eines Medikamentes ein, sei es aus persönlichen Erfahrungen mit Nebenwirkungen, Laienwissen oder aus der bloßen Abneigung bestimmter Medikamentengruppen (zum Beispiel Kortikoide).

Mit einer Wirkungslosigkeit der Medikation wird zum Teil argumentiert (zwei Patienten), oder dass die ursprünglichen Beschwerden gar nicht mehr da sind (drei Patienten). Dazu kommt gelegentlich das Argument, dass es der Patient gar nicht einsieht das Präparat zu nehmen. Gerade an dieser Stelle wird oft erwähnt, dass sich der Patient unzureichend aufgeklärt fühlt.

Zuerst ein pflanzliches Medikament oder ein ihnen aus unterschiedlichen Gründen bekanntes Medikament auszuprobieren, ist manchen Patienten wichtig. Sie setzen deswegen die empfohlene Medikation eigenverantwortlich ab.

3.3.2.3. Mögliche Modifikation der Medikation durch den Patienten / Compliance

Ihre Medikation immer korrekt einzunehmen, geben insgesamt zehn Patienten an.

Ihre Medikamente hin und wieder zu vergessen, aber ansonsten recht zuverlässig im Einnahmeverhalten zu sein räumt die Mehrzahl der Patienten ein.

Hin und wieder absichtlich Medikamente wegzulassen oder bewusst die Dosis zu erhöhen oder zu erniedrigen geben einige Patienten an.

Bei zusätzlich eingenommenen Medikamenten ist es für den Patienten nicht relevant, ob der Hausarzt der Einnahme zustimmt oder nicht. Veränderungen bei diesen Präparaten erfolgten in der Regel eigenständig.

Eine Medikamentenänderung kommt aber trotzdem für mehr Patienten nur nach Rücksprache mit dem Hausarzt in Frage, als dass der Arzt umgangen wird und das Medikament ohne fachliche Rückversicherung geändert wird. Fehlende Kenntnisse werden hier vorwiegend als Argument angebracht.

Ganz von den Medikamenten weg zu kommen hat ein Patient zum Ziel, er will dieses Ziel zusammen mit dem Hausarzt erreichen.

Eine außergewöhnliche Form der Modifikation der Medikation beschreibt folgendes Beispiel:

Ein Patient gab an, dass er, in diesem Fall, von einem verordneten Eisenpräparat nur die Hälfte der rezeptierten Menge bei der Apotheke geholt habe, weil er es erst versuchen wollte und danach, je nach Verträglichkeit, über die weitere Einnahme entscheiden will.

3.3.2.4. Theorien über empfundene Wirkungen und Nebenwirkungen bei der Medikamenteneinnahme

Bei dem Thema unerwünschte Arzneimittelwirkungen, hier immer Nebenwirkungen genannt, gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Argumente des Patienten, die häufig mit der Persönlichkeit des Patienten, z.B. fehlende Geduld, assoziiert sind.

Darüber, dass sie ein Medikament trotz aufgetretener Nebenwirkungen weiter einnehmen, berichten acht Patienten. Zu einem Abbruch der Einnahme, wenn Nebenwirkungen auftreten, kommt es aber vergleichbar oft – mit oder ohne Rücksprache mit dem Hausarzt. Psychosomatische Nebenerkrankungen liegen bei einer geringen Anzahl der Patienten vor. Zu einem Abbruch der verordneten Medikation aufgrund medizinisch nicht begründbarer Nebenwirkungen kommt es gerade bei diesen Patienten häufiger.

Dass das Lesen des Beipackzettels schon ausgereicht hatte, um mögliche Nebenwirkungen auszulösen, erwähnt eine Patientin.

Über das Auftreten von Nebenwirkungen unter Gabe von Lipobay[®] berichtet anamnestisch ein Patient. Seit dem medienwirksamen Skandal war er nicht mehr bereit, ein vergleichbares Präparat einzunehmen. Ohne selbst Lipobay[®] eingenommen zu haben, führte das Verbot von Lipobay[®] bei zwei Patienten zum Auftreten von unspezifischen

Nebenwirkungen, die aber keinem eingenommenen Medikament zugeordnet werden konnte.

Die Angst vor einer möglichen Abhängigkeit hat bei einem Patienten zum Abbruch der Medikation geführt.

Bei einigen Patienten wurde die Tabletteneinnahme auf mehrere, nicht medikamentenplankonforme Einnahmen gesplittet.

3.3.2.5. Begründungen für Veränderungen der Medikation durch behandelnde Ärzte wie sie vom Patienten wahrgenommen werden

In diesem Kapitel sollen Prozesse gezeigt werden, in denen Modifikationen an den Medikamenten von Krankenhausärzten oder Hausärzten durchgeführt wurden, so wie es der Patient aufgenommen, verstanden und im Interview wiedergegeben hatte. Es ist in diesem Kontext zu betonen, dass die hier angeführten Äußerungen nicht auf Aussagen von Hausärzten, sondern auf Aussagen von Patienten beruhen.

Hier gab es vor allem Zitate der Patienten, in denen eine medizinische Notwendigkeit erkannt wurde, im Krankenhaus Änderungen an der Medikation vor zu nehmen. Auf konkrete Wünsche, beziehungsweise Forderungen des Patienten bezüglich einer Änderung reagierten die Ärzte in zwei Fällen.

In den meisten Fällen musste auf eine neue Situation oder auf ein zu schwaches Ansprechen durch die bisherige Medikation reagiert werden. Dabei wurde eine Erhöhung der bestehenden Blutdruckmedikation in zwei Fällen erwähnt.

Auch bei Änderungen durch den Hausarzt wird vom Patienten in der Regel eine Notwendigkeit erkannt. Meistens handelt es sich hierbei um eine medizinische Notwendigkeit oder die Anpassung an eine neue Situation, ähnlich wie bei den Änderungen die im Krankenhaus vorgenommen wurden. Auch hier erwähnen mehrere Patienten erhöhte oder erniedrigte Blutdruckwerte nach der Entlassung. In einem Fall wurde Acetylsalicylsäure aufgrund des Auftretens von Nasenbluten abgesetzt.

Auf der Hausarztbene kommt es jetzt aber gehäuft zu den Forderungen und dem Druck durch den Patienten auf den Arzt, vom Krankenhaus empfohlene Medikamente beizubehalten. Die Umstellung auf ein Generikum, bei Erwähnung eines Originalpräparates im Arztbrief wird einmal konkret kritisiert.

Dass der Hausarzt die Nicht-Verschreibung eines Medikamentes damit begründete, dass ein vom Patienten gewünschtes Präparat nicht auf dem Arztbrief stand, wurde einmal

erwähnt. Dass der Hausarzt sagte, ein verordnetes Medikament sei gar nicht mehr auf dem Markt, kam einmal vor.

In einem Kurzarztbrief, wurde die Medikation falsch weitergegeben und durch den endgültigen Arztbrief wieder korrigiert. Auch hier fand eine nachträgliche Modifikation durch den Hausarzt statt.

3.3.2.6. Nicht-Hausarzt-Medikation: Eigenmedikation und Einnahme von „Mitteln“ für die Gesundheit

Häufig wird in den Interviews die Einnahme von Phytopharmaka oder homöopathischen Medikamenten erwähnt. In der Regel wird der Hausarzt aus Sicht des Patienten über diese Medikation nicht informiert.

Ganz besonders geht es in diesem Kapitel um die eigenständige Einnahme von pflanzlichen Medikamenten, die in der Regel ohne Kenntnis des Hausarztes eingenommen werden.

Zusätzliche Medikamente über die verordneten hinaus nehmen über die Hälfte der Patienten ein. In lediglich einem Fall war es eine Salbe, die durch einen anderen Arzt verordnet wurde. In allen anderen Fällen handelt es sich um selbst verordnete und besorgte Medikamente. Zu einem Drittel sind es allopathische Präparate, in der Regel Schmerz- oder Beruhigungs-/Schlafmittel.

Darüber hinaus werden pflanzliche Medikamente bei Befindlichkeitsstörungen oder Erkältungskrankheiten zusätzlich zu der regulären Medikation eingenommen. Die verordneten Medikamente wurden in zwei Fällen abgesetzt und durch „biologische Heilmittel“ und „Nahrungsergänzungsmittel“ ersetzt. Bei diesen zwei Patienten handelt es sich um eine ganze Serie von Zubereitungen aus dem Programm eines einzigen phytopharmazeutischen Herstellers. Diese Patienten vertrauen den Produkten dieses einen Herstellers so stark, dass sie alles andere nicht mehr berücksichtigen.

Hinzu kommen diätetische Maßnahmen oder die Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln. Erwähnenswert ist eine, vom Patienten selbst entworfene Diabetesdiät oder die Einnahme von Vitaminen und Spurenelementen.

Eiswasser um eine vegetative Reaktion auszulösen, wurde von einem Patienten verwendet. Dadurch konnte er selbst ein Sinken des Blutdruckes bewirken.

Der Besuch von Heilpraktikern und die Einnahme deren Empfehlungen zusätzlich zu den bestehenden Medikamenten ist eine immer wieder aufkommende Angabe. Eine Patientin erhält regelmäßig eine Kolon-Hydro-Therapie.

3.3.2.7. Einflüsse der erwähnten Motive und Argumente auf die Compliance während der stationären und ambulanten Behandlung

In diesem Kapitel sollen Argumente der interviewten Patienten gezeigt werden, die Einfluss auf deren Verhalten haben. Über Störungen der Compliance durch fehlende Schaffung vertrauensfördernder Maßnahmen im Krankenhaus wurde in zehn Fällen berichtet.

Eine Verbesserung der Compliance während des Krankenhausaufenthaltes wird von einer Patientin mit dem Warten von kleinen Kindern zu Hause begründet. Für sie war es Anreiz genug, gut mit zu wirken, um bald wieder nach Hause zu kommen.

Auch kam ein Argument eines Patienten, schon so lange und oft im Krankenhaus gewesen zu sein, dass es ohne gutes Mitwirken zu einer unnötigen Verzögerung kommen würde.

Den freundlichen und aufmerksamen Umgang mit dem Patienten durch Hausarzt, Krankenhausärzte und Pflegepersonal sehen insgesamt viele Patienten als compliancefördernd an. Eine gute Aufklärung wird zwar auch erwartet, wurde aber nur von zwei Patienten erwähnt.

Deutlich mehr Argumente, insgesamt elf, wurden von den Patienten gefunden, warum sie kein Vertrauen zu der Behandlung schöpfen konnten. Vor allem im Krankenhaus spielen für den Patienten zwischenmenschliche Faktoren eine Rolle. Auf einer Station wurde von einer Patientin Mobbing beobachtet, was ihr Vertrauen in die gesamte stationäre Behandlung reduzierte. Aber auch arrogantes Verhalten von Stations- und Chefärzten wurde von zwei Patienten bemängelt. Vertrauen konnte von den Patienten zu diesen Ärzten nicht aufgebaut werden. So stand der Patient in der Folge nicht hinter seiner Medikation und stellte auch die Einnahme in Frage.

Das Fehlen von aufmunternden Worten des Chefarztes wurde in einem Fall von einem Patienten beklagt. Auch wurde kritisiert, dass der Chefarzt zu selten kam.

In einem Fall kam es dazu, dass der Hausarzt, nach Wahrnehmung des Patienten, die Medikation des Krankenhausarztes als unwirksam bezeichnete.

Der Stil des Hausarztes gefiel lediglich einer Patientin nicht. Sie war von Worten des Hausarztes vor den Kopf gestoßen und froh, Ihrem Ärger in dem Interview Luft zu verschaffen.

Darüber, nicht über Empfehlung der Krankenhausärzte informiert worden zu sein beklagte sich ein Patient.

3.3.2.8. Ursachen, die in der Arzt - Patient - Beziehung liegen

Probleme wegen der fehlenden Aufklärung durch den Arzt werden von fünf Patienten erwähnt. Eine mangelnde Aufklärung über die Medikamente beklagten drei Patienten. Es wird ein Zeitmangel beim Arzt, aber auch ein unguter Stil des Arztes als Begründung, oder Selbsterklärung gefunden.

Dass ihm ein gutes und vertrauensvolles Verhältnis zum Arzt sehr wichtig ist und dass er aufgrund dieses Verhältnisses bereit sei, die Anordnungen des Arztes auch einzuhalten, erklärt ein Patient konkret.

Dass er Änderungen dem Arzt nicht mitteilen kann, sagt in einem Fall ein Patient.

3.3.2.9. Kommunikationsstörungen / Störungen des Arzt - Patient - Verhältnisses

Hinweise auf Störungen des Arzt-Patient-Verhältnisses finden sich insgesamt bei acht der interviewten Patienten, Kommunikationsstörungen dominieren hier.

Dass er Informationen durch Hausarzt nur durch Eigeninitiative erhielt wurde von einem Patienten beklagte. Selbst auf den Arzt zugehen, um etwas zu erreichen, musste ein anderer Patient.

Zaghafte Zweifel an den Aussagen des Hausarztes äußert ein Patient.

Kommunikationsprobleme werden in sechs Interviews erwähnt. So sagt ein Patient, dass er eine Absprache mit dem HA nicht immer für notwendig hält. In einem anderen Fall sagt ein Patient, dass er den Arzt nicht über die Modifikation der Medikamenteneinnahme informiere.

Die Weigerung eines Hausarztes ein Medikament zu verordnen führte in einem Fall dazu, dass ein anderer Arzt hinzugezogen wurde, um das erwünschte Rezept zu verordnen.

Eine Rücksprache mit dem Hausarzt wurde vom Patienten nicht gemacht, da er von einer Ablehnung der Eigenmedikation ausgegangen ist.

Schwammige, nicht nachvollziehbare Argumente zur Nicht-Einhaltung von medizinisch sinnvollen Allgemeinmaßnahmen wurden aber auch in einigen Fällen angebracht. So gibt eine Patientin viele Gründe an, die erklären sollte, warum sie sich nicht an die Anordnung des Arztes halten kann, sich mehr zu bewegen.

Die eigene Erfahrung des Patienten wurde einmal über den Rat der Ärzte gestellt.

3.3.2.10. Äußerungen, die Rückschlüsse auf die Grundhaltung des Patienten zulassen.

In einer Anzahl von Interviews gaben Patienten von sich aus an, konkrete Therapieformen abzulehnen. In einem Interview wurden konkret Zäpfchen, in einem anderen Interview Tropfen abgelehnt und deshalb die Medikation abgelehnt.

Ein prinzipielles Ablehnen von Tabletten äußerte ein Patient. Der betroffene Patient sagte aber, dass er die Tabletten trotz seiner ablehnenden Haltung einnehme.

Ein anderer Patient legt Wert darauf, nur bewährte Therapien zu bekommen.

Das grundsätzliche Hinterfragen der Medikation war eine andere, manchmal geäußerte Grundeinstellung.

Eine grundsätzlich positive Einstellung zu Naturheilverfahren äußern andere Patienten, oder sagen, dass wenn sie einer Therapie zustimmen, dann nur auf Naturbasis. Ein grundsätzlicher, primärer Versuch mit natürlichen Mitteln wird auch angegeben. Eine Umstellung auf schulmedizinische Präparate war von 2 Patienten nur zugelassen, weil es nicht auf natürlicher Basis ging.

Eine geringe Anzahl von Patienten äußert sich dahin, eher Medikamente zu reduzieren.

Äußerungen gingen auch dahin, eine Neigung dazu zu bekennen, die Augen vor der Krankheit zu verschließen.

Grundsätzlich von Medikamenten wegkommen, will ein Patient, egal um welche es sich handelt.

Eine Patientin nimmt Medikamente ein, wenn es notwendig ist, würde die gleichen Medikamente ihren Kindern aber nicht geben.

3.3.2.11. Weitere Informationsquellen, die außer dem Hausarzt oder Krankenhausarzt in Bezug auf die Medikation hinzugezogen wurden

Es kann zwischen medizinischen Quellen und nicht medizinischen Quellen unterschieden werden. Einerseits wird der Hausarzt besonders häufig als wichtige Quelle genannt, andererseits ist aber gerade der Hausarzt für einen Patienten die einzig explizit erwähnte Quelle die keine Bedeutung hat.

Neben dem Hausarzt werden immer wieder Krankenhausärzte erwähnt. Vor allem die Empfehlung eines Chefarztes als höchste Instanz wird in einigen Interviews unkritisch hingenommen.

Neben den Ärzten dienen auf der medizinischen Seite aber auch Apotheker und Heilpraktiker als wichtige Quellen.

Ganz oft werden aber auch nicht medizinische Quellen genannt. Hierbei werden viele Personen des persönlichen und öffentlichen Umfeldes genannt. Vor allem kommen viele Ratschläge von Nachbarn und Verwandten. Ehepartner werden als Informationsquelle nicht erwähnt, einmal aber eine Tochter.

Bedeutung haben auch Empfehlungen von Fernsehsendungen oder Zeitschriftenartikel. Zwei Patienten hören regelmäßig auf Empfehlungen von bundesweit tätigen Populärmediziner, die vor allem in selbst publizierten Zeitschriften und Büchern vertreten sind.

3.3.2.12. Fehlende Argumentationen

Entgegen den Erwartungen der Arbeitsgruppe wurde ein Argument wie "Ich habe nichts von der Anordnung gewusst" oder andere Ausdrücke der Ahnungslosigkeit nicht gefunden. Alle Patienten, die eine Änderung der Medikation vorgenommen hatten, taten dies bewusst, oder zumindest im Glauben, das Richtige zu tun.

Gründe für das Fehlen von Ahnungslosigkeit lassen sich nicht erkennen.

3.3.2.13. Aussagen, die für sich stehen

In Einzelfällen werden Medikationspläne auch deshalb geändert, weil Patienten mit den Grundzügen der medikamentösen Behandlung nicht einverstanden sind und durch angelesene Informationen eine eigene Medikation entwerfen. So hatte ein Patient seine

eigene Vorstellung über seine Behandlung und nutzte Informationen aus dem Beipackzettel zur Medikamenteneinnahme. Er verzichtete bewusst auf die Empfehlungen des Hausarztes

Den Wiedervorstellungstermin beim Hausarzt modifizierte ein Patient nach eigenen Vorstellungen. Er wollte zuerst die verordnete Packung fertig nehmen und sich, entgegen dem vereinbarten Termin, erst danach wieder vorstellen.

Mangelndes Schnittstellenmanagement kann zu relevanten klinischen Konsequenzen führen und sogar in dieser kleinen Population konnte ein Fall identifiziert werden, bei dem eine Verschlechterung des klinischen Bilds durch mangelnde Kontinuität der Medikamentenversorgung ausgelöst wurde. Dieser Patient musste nach der Verschlechterung seines Allgemeinzustandes erneut stationär aufgenommen werden.

4. Diskussion

4.1. Kritische Zusammenfassung der Ergebnisse

Anhand der Struktur der Arbeit ließ sich sehr gut darstellen, dass es Änderungen der Medikamente an der Schnittstelle KH – Patient gegeben hat. Die Arbeitsgruppe hat, entsprechend der hypothesengenerierten Fragestellung eine Systematik von Gründen, die die Medikation an der Schnittstelle zwischen stationärer und hausärztlicher Betreuung beeinflussen, erstellen und damit Gruppen von Gründen für diese Änderungen erstellen können. Nahezu alle Diskontinuitäten von Medikation, und die entsprechenden Begründungen, die theoretisch vorstellbar sind, traten tatsächlich auf.

Die Ergebnisse zeigen, dass wir es mit mündigen Patienten zu tun haben, die Ihr Recht auf Information in Anspruch nehmen wollen. Neben dem Arzt, egal ob er im Krankenhaus arbeitet oder ob es sich um den, dem Patienten vertrauten Hausarzt handelt, gibt es auch andere Informationsquellen für den Patienten, die er nebenher in Anspruch nimmt.

Für einen großen Teil der Patienten ist es sehr wichtig, dem Arzt zu vertrauen. Ist dieses Vertrauen da, reicht einigen Patienten das Urteil ihres Arztes und die Therapieempfehlung wird beachtet.

Gibt es Zweifel bei dem Patienten, dass das Vertrauen gerechtfertigt ist, ziehen viele Patienten schnell andere Quellen hinzu. Hier sind vor allem Verwandte und Bekannte zu erwähnen. Aber auch Werbung und Veröffentlichungen in Zeitungen und Zeitschriften werden von Patienten und deren Umfeld beachtet.

In den Interviews zeigt sich ein Unterschied zwischen dem Abbruch einer Medikamentenempfehlung, was nur in Einzelfällen vorkommt und der Modifikation der Verordnung. Einen kompletten Abbruch der Medikation kam nicht vor.

Dagegen nehmen nur zwei Patienten zum Zeitpunkt des Interviews genau die gleichen Medikamente ein, wie sie auch im Arztbrief empfohlen wurde.

Bei allen anderen Patienten erfolgte zumindest eine Veränderung der Empfehlung. Änderungen können eine Veränderung der Dosis, der tatsächlich eingenommenen Medikamente oder, was die Regel war, eine zusätzliche Einnahme von frei erhältlichen Präparaten sein.

Der Hauptgrund für die Beibehaltung von Empfehlungen lag in der Bestätigung der Wirksamkeit. Als Grund für das Absetzen oder Abändern der Medikation wurde dagegen die Wirkungslosigkeit angegeben.

4.2. Methodenkritik

Zur Ausarbeitung der Fragestellung kam von uns eine prospektive qualitative Studie mit Gegenüberstellung von Entlassbrief und Interviews zur Verwendung.

Die Untersuchungsmethode mit Patienteninterviews war erfolgreich. Es konnten Aussagen der Patienten zusammengefasst und kodiert und damit wesentliche Gruppen von Argumenten herausgearbeitet werden. Am Ende hatten wir repräsentative Argumente, warum eine Medikation eingenommen wurde oder warum nicht, beziehungsweise warum eine Medikation nach den Vorstellungen des Patienten oder des Hausarztes modifiziert wurde.

Die Anzahl der Interviews war ausreichend, bereits vor Auswertung aller Interviews wurde eine Sättigung erreicht. Für die Zielsetzung der Arbeit, zu zeigen, ob es Veränderungen gegeben hat, wie diese Veränderungen aussehen und worin die Gründe dafür lagen, hätte eine größere Fallzahl keine neuen Erkenntnisse gebracht.

Eine quantitative Auswertung, ist entsprechend der Fragestellung der Arbeit nicht sinnvoll und möglich. Zu vielfältig ist die Medikation und deren Modifikationsmöglichkeit. Man müsste sich dann auf einzelne Medikamentengruppen oder Krankheiten beschränken. Das brächte dann aber wiederum keinen Aufschluss darüber, was Patienten tatsächlich dazu bewegt, Empfehlungen von Krankenhaus- oder Hausärzten zu missachten.

Eine quantitative Abschätzung der Gewichtung der einzelnen Gründe oder Gruppen von Gründen bleibt einer Untersuchung mit entsprechend quantitativ ausgelegter Methodik überlassen.

Die Auswahl der Patienten erfolgte nach einem vorher festgelegten Auswahl Schlüssel (siehe Anlage). Alle in dem festgelegten Zeitraum entlassenen Patienten wurden gefragt, ob sie bereit wären, an der Studie teilzunehmen. Eine Selektion wurde nur anhand der Auswahlkriterien und der Bereitschaft der Patienten vorgenommen. Eine weitere Selektion wurde nicht vorgenommen.

Eine Einschränkung ergab sich durch die unterschiedliche Bereitschaft der Stationsärzte uns zeitnah die Daten aller entlassenen Patienten zur Verfügung zu stellen. Aufgrund der qualitativen Auswertung ergibt sich kein Anhalt dafür, dass durch diesen Umstand eine Veränderung oder Verfälschung der Ergebnisse aufgetreten ist.

Der zeitliche Rahmen wurde eingehalten. Die Zeit zwischen der Entlassung und dem Interview lag zwischen 24 und 84 Tagen, im Mittel bei 51,4 Tagen. Die Patienten wussten die entscheidenden Fakten und Einflüsse noch gut und relativ genau.

Bei den eher noch jungen, beziehungsweise beruflich noch aktiven Menschen handelte es sich um wenige und damit übersichtliche Medikamentenpläne. Bei den älteren, multimorbiden Patienten dreht sich soviel um die Gesundheit, beziehungsweise nehmen ihre Krankheiten einen solch hohen Stellenwert im Leben ein, dass sie sich noch sehr gut an alles erinnern konnten.

Eine Verkürzung der Zeit zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus wäre technisch möglich gewesen. Doch hat sich unsere Arbeitsgruppe dafür entschieden, den Patienten mehr Zeit zur Verfügung zu stellen um sich nach der Erkrankung wieder zu regenerieren und zu einer „normalen“ Medikamenteneinnahme zu kommen.

Wir haben ein Procedere entwickelt, welches dem Patienten zu mehreren Zeitpunkten die Möglichkeit gab, Ihre Einwilligung wieder zurück zu ziehen. Auch musste eine Einwilligung des Hausarztes vorliegen. All diese Maßnahmen erforderten einen erhöhten Zeitbedarf.

Da die Gegebenheiten, die im Interview erfragt wurden, dem Patienten noch präsent waren, haben wir keinen Zweifel daran dass die Ergebnisse bei früheren Interviews genau so ausgefallen wären.

Unsere Arbeit ist auf einen kleinen geographischen, ländlichen Bereich beschränkt. Eine Arbeit in dem Einzugsgebiet einer Großstadt oder in anderen Bundesländern könnte andere Ergebnisse bringen.

Die Innere Abteilung des ausgewählten Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung hat eine vergleichbar geringe Bettenzahl und damit eine kleine Anzahl an Patienten, die täglich entlassen werden. An einem größeren Krankenhaus oder einer Uniklinik hätte man im gleichen Zeitraum eine höhere Fallzahl erreichen können.

Die Arbeit war erfolgreich, in dem Bestreben einen Überblick über die Beweggründe der Patienten zu bekommen.

Um eine noch repräsentativere Auswertung zu ermöglichen, müsste eine bundesweite multizentrische Untersuchung in mehreren ländlichen, sowie in städtischen Gebieten durchgeführt werden.

Ob die wesentlichen Ergebnisse von unserer Arbeit abweichen würden, müsste sich dann zeigen.

4.3. Vergleich mit anderen Arbeiten

Studien, die sich mit den Gründen für die Veränderung der Entlassmedikation durch den Patienten beschäftigen, lassen sich bisher nicht finden. Teilaspekte der von mir vorgestellten Arbeit lassen sich bei manchen Autoren finden. Studien mit den Patienten befassen sich aber meistens nur mit der Medikamentencompliance überhaupt. Die Schnittstelle Krankenhaus / Patient findet sich in keiner anderen Arbeit.

Einige Arbeiten, die sich mit vergleichbaren Themen befassen möchte ich hier vorstellen.

Untersuchungen über den Zusammenhang der Einnahme von Medikamenten durch den Patienten und einem stationären Aufenthalt beschäftigen sich meist mit der Frage nach der Medikation zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme eines Patienten in ein Krankenhaus [14, 15, 23]. Hier werden Gründe dargestellt, warum Ärzte im Krankenhaus die Medikation der Hausärzte veränderten.

Bei der Betrachtung der poststationären Medikation wird in bisherigen Studien die Anzahl der Medikamente dargestellt, ohne Gründe für eine Veränderung dafür zu geben [12, 25]. In diesen Studien wird allerdings nur die Anzahl der Entlassmedikamente überhaupt genannt. Diese werden in Medikamentengruppen unterteilt. In der Studie von Wilkie [25] wird das Ordnungsverhalten von Polikliniken mit dem Ordnungsverhalten von Hausärzten und die Beeinflussung durch den gegenseitigen Informationsfluss gezeigt.

Angela Roth-Issigkeit und Sebastian Harder stellen dagegen in Ihrer Arbeit von 2004 die Anzahl der Entlassmedikamente der Anzahl der vom Hausarzt weiterverordneten Medikamente gegenüber [21].

Vor allem im angelsächsischen Sprachraum wurden Studien über die Medikation nach einem Krankenhausaufenthalt durchgeführt, die sich vor allem mit den Kosten für das Gesundheitssystem befassen. Die Arbeitsgruppe um John Feely untersuchte den Einfluss

der Entlassmedikation auf die Kosten der Medikamentenverordnung im ambulanten Bereich in Irland [10]. Auch bei der oben erwähnten Studie von Wilkie wird auf die Kosten für das Gesundheitssystem eingegangen [26]. Studien über die Kosten, speziell der poststationären Behandlung, lassen sich von deutschen Autoren nicht finden. Bei Adl wird zwar ein leichter Anstieg der Medikamentenkosten 7 Wochen nach der Entlassung beschrieben, die Studie befasst sich allerdings vor allem mit den Veränderungen der Medikation überhaupt [2]. Interessanterweise wird festgestellt, dass die Anzahl der Medikamentenänderung abhängig ist von der Anzahl der Arzt-Patient-Kontakten.

Mehrere Autoren beschäftigten sich mit der Frage, wie viel ein Patient nach einem Krankenhausaufenthalt über seine Medikation weiß und zum Teil, ob ein Informationsgespräch vor der Entlassung etwas an dem Einnahmeverhalten ändert [16, 17, 19, 24]. Erstaunlicherweise ließ sich in einer Arbeit von Kimberly A. Galt [11] keine Verbesserung der Compliance nachweisen, während die Arbeit von Dorothea Stobach die Beratung von Patienten zur Entlassmedikation aus Compliance- und wirtschaftlichen Gründen empfiehlt [24].

1991 untersuchte Colin P. Bradley in Manchester wie sich soziale und nichtmedizinische Faktoren der Patienten auf die Entscheidung der Hausärzte auswirkten, empfohlene Medikamente weiter zu verordnen [4].

Arbeiten, die sich mit Gründen in den Änderungen der Medikation befassen, zeigen vor allem Medikamentenänderungen durch die Hausärzte [8, 18, 22, 26].

Eine bemerkenswerte Arbeit von I. Barat in Dänemark untersucht Veränderungen in der aktuellen Medikation der Patienten [3]. Hier wird gezeigt, welche Abweichungen zu der vom Hausarzt verordneten Medikation bestehen. Ein Krankenhausaufenthalt bleibt hierbei unberücksichtigt.

Im Vergleich zu der von uns vorgestellten Studie werden von Barat aber keine Gründe für die Änderungen dargestellt. Dafür wird detailliert auf die einzelnen Medikamentengruppen, die Anzahl der Medikamente und die soziale Herkunft des Patienten geachtet.

5. Zusammenfassung

Einleitung:

Die hier vorliegende Dissertation beschäftigt sich mit der Frage, warum es an der Schnittstelle Krankenhaus / Patient nach einem Krankenhausaufenthalt zu Medikamentenänderungen kommt. Nachdem es Untersuchungen gibt, die belegen, dass es Veränderungen gibt, und dass diese Veränderungen Auswirkungen auf die Kosten im Gesundheitswesen haben, wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, die die Ursachen der Veränderungen klären soll. Dafür wurden Interviews mit Patienten durchgeführt, die in einem definierten Zeitabstand davor aus der Inneren Abteilung eines bestimmten Krankenhauses entlassen wurden. In einer Parallelarbeit wurden die dazugehörigen Hausärzte interviewt.

Material und Methoden:

Es wurde eine prospektive qualitative Studie durchgeführt. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden die Daten aus den Interviews in einem Konsensgespräch bearbeitet und dabei codiert. So konnten Gruppen von Argumenten oder Umständen gebildet werden, die zur Änderung der Medikation geführt hatten.

Die Patienten wurden aus einem Patientenkollektiv rekrutiert, die während eines bestimmten Zeitraumes aus einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung entlassen wurden. Nach einem Interviewleitfaden wurden die Gespräche standardisiert durchgeführt.

Ergebnisse:

Hier zeigte sich eine Vielfalt von Gründen. Meistens spielen tatsächlich fachliche Gründe eine Rolle, bzw. die medizinische Notwendigkeit. Ganz deutlich kommt heraus, dass Patienten ein Bedürfnis nach Information haben. Sie erwarten, diese Informationen von Ihren Ärzten zu bekommen. Funktioniert dies nicht, ist die Bereitschaft groß, sich Informationen aus anderen Quellen zu besorgen.

Die meisten der Patienten berichten über Änderungen in der Medikation, die vom Hausarzt oder eigenverantwortlich durchgeführt wurden. Veränderungen können bedeuten, dass mehr Medikamente, weniger oder andere Medikamente eingenommen wurden. Gerade bei Schmerzmitteln, pflanzlichen Medikamenten und Nahrungsergänzungsmitteln zeigt sich eine große Bereitschaft zur Eigenmedikation am Hausarzt vorbei.

Diskussion:

Entsprechend der Fragestellung zeigt die Arbeit viele Gründe und Ursachen für Änderungen in der Kontinuität der Medikamentenverordnung und –Einnahme auf. Nahezu alle Diskontinuitäten von Medikation, und die entsprechenden Begründungen, die theoretisch vorstellbar sind, traten tatsächlich auf.

Fast alle interviewten Patienten hatten eine Veränderung in der Einnahme der Medikamente vorgenommen. Besonders häufig werden fehlende Wirkung der Medikamente und Informationen aus nichtmedizinischen Bereichen genannt.

Die Arbeit ist auf ein kleines Patientenkollektiv und auf einem kleinen umschriebenen geographischen Bereich beschränkt, zeigt aber eine Vielfalt von Gründen auf. Untersuchungen zum Beispiel in einer Großstadt könnten andere Ergebnisse erzielen.

Ein Vergleich mit anderen Arbeiten zeigt, dass verwandte Themen untersucht wurden, eine Arbeit mit gleicher Fragestellung wurde nicht gefunden.

6. Literaturverzeichnis

- 1) Addison RB: Grounded Hermeneutic Research. In Crabtree BF Miller WL, editors. Doing Qualitative Research. Sage Publ, Newbury Park, S. 110-124 (1992)
- 2) Adl S, Weltermann BM, Kuching A, Martin C, Korbonits G, Hopp HW: Pharmakotherapeutische Transferproblematik von stationärer zu ambulanter Versorgung. Gesundheitswesen 63: 597-601 (2001)
- 3) Barat I, Andreasen F, Damsgaard EMS: Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. Br J Clin Pharmacol 51: 615-622 (2001)
- 4) Bradley CP: Factors which influence the decision whether or not to describe: the dilemma facing general practitioners. Br J Gen Pract 42: 454-458 (1992)
- 5) Breakwell GM: Interviewing. In Breakwell GM, Hammond S, Fife-Schaw C (Eds.), Research methods in psychology. BPS-Books, London, S. 230-242 (1995).
- 6) Brenner M: Introduction. In Brenner M, Brown J, Canter D: The Research Interview, Academic Press, London, S. 1-18 (1985)
- 7) Britten N: Qualitative Interviews in Medical Research. Br Med J 311: 251-253 (1995)
- 8) Cochrane Rachel Ann, Mandal Asit R, Ledger-Scott Margaret, Walker Roger: Changes in Drug treatment after discharge from hospital in geriatric patients. Br Med J 305: 694-696 (1992)
- 9) DiCicco-Bloom B, Crabtree BF: The qualitative research interview. J Med Educ 40: 314-321 (2006)

- 10) Feely J, Chan R, McManus J, O'Shea B: The influence of Hospital-Based Prescribers in General Practice. *Pharmacoeconomics* 16: 175-181 (1999)
- 11) Galt K, Sodorff M, Galt M, Lambrecht E: Impact of a Hospital-based Therapeutic Interchange Program on Patients' Medication Access and Use After Discharge. *Pharmacol Ther* 26: 151-161 (2001)
- 12) Gerlach A, Hillen B, Mattern H: Änderung der Pharmakotherapie während stationärer geriatrischer Behandlung: Lässt sich die Anzahl verordneter Medikamente reduzieren? *Geriatric Forschung* 9: 15-20 (1999)
- 13) Himmel W, Kochen MM, Sorns U, Hummers-Pradier E: Drug Changes at the Interface between primary and secondary Care. *Int J Clin Pharmacol Ther* 42: 103-109 (2004)
- 14) Himmel W., Lonker B, Kochen MM: Die Bedeutung der Hausärztlichen Verordnung für die stationäre Pharmakotherapie. Eine Befragung von Hausärzten. *Dtsch Med Wochenschr* 121: 1451-1456 (1996)
- 15) Himmel W, Tabache M, Kochen MM: What happens to long term medication, when general practice patients are referred to hospital? *Eur J Clin Pharmacol* 50: 253-257 (1996)
- 16) Holloway A: Patient knowledge and information concerning medication on discharge from hospital. *J Adv Nurs* 24: 1169-1174 (1996)
- 17) King JL, Schommer JC, Wirsching R: Patients' knowledge of medication Plans after hospital discharge. *Am J Health-Syst Pharm* 55: 1389-1393 (1998)
- 18) Latz L.: In welchem Umfang realisiert der Hausarzt die therapeutische Empfehlungen im Arztbrief von stationär oder ambulant behandelten / untersuchten Patienten? Medizinische Fakultät der Universität Düsseldorf, 1996

- 19) Macdonald Elspeth T, Macdonald J B, Phoenix Margaret: Improving drug Compliance after hospital discharge. Br Med J 305: 618-621 (1977)
- 20) Mostyn: The content analysis of qualitative research data: A dynamic approach. In Brenner M, Brown J, Canter D: The Research Interview, Academic Press, London, S. 115-145, (1985)
- 21) Roth-Issigkeit A, Harder S: Die Entlassmedikation im Entlassbrief. Med Klinik 100: 87-93 (2005)
- 22) Schmidt U-M, Werkmeister P, Gulich M, Zeitler H-P: Medikamentenkarrieren – Wie und warum ändert der Hausarzt die Therapieempfehlungen des Klinikarztes? Z Allgemeinmed 79: 34-34 (2003)
- 23) Sheehan J, Reardon M, Twomey C, Hyland M: The effects of Hospital Admission on Drug Prescription in an Elderly Population. Ir Med J 89: 115-115 (1993)
- 24) Strobach D, Vetter-Kerkhoff, C, Bogner J, Breugst W, Schlöndorff D: Patient Medication Counseling - Patientenberatung zur Entlassmedikation. Med Klinik 95: 548-551 (2000)
- 25) Wilkie P, Sibbald B, Raftery J, Anderson S, Feeling P: Prescription at the hospital-general practice interface I: Hospital outpatient dispensing policies in England. Br Med J 304: 29-31 (1992)
- 26) Werkmeister P: Medikamentenkarrieren – Wie und warum ändert der Hausarzt die Therapieempfehlungen des Klinikarztes? Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde. Publikation in Vorbereitung

Anhang

1. Interviewleitfaden

Tabelle 3: Interviewleitfaden – Fragen an den Patienten

Interviewleitfaden
Sie wurden kürzlich aus dem Krankenhaus in Überlingen entlassen. Wie geht es Ihnen jetzt?
Wie lange waren Sie stationär gewesen?
Wie hatten Sie sich dort gefühlt?
Geht es Ihnen jetzt besser wie vor dem Krankenhausaufenthalt?
Hat sich der Behandlungserfolg halten können?
Wurde im Krankenhaus die Medikation umgestellt?
Haben Sie seither neue Medikamente bekommen?
Wie kommen Sie mit den Änderungen der Medikamente zurecht?
Kommen Sie mit den momentanen Medikamenten gut aus?
Wissen Sie, ob Ihr Hausarzt etwas an den Medikamenten, die das Krankenhaus empfohlen hat, verändert hat? Wenn ja, wissen Sie warum?
Haben Sie selbst Medikamente geändert oder zur Umstellung beigetragen? Welche?, Warum
Wie haben Sie das mit den Medikamenten nach der Entlassung denn organisiert? Hatten Sie noch Medikamente Zuhause oder haben Sie welche aus dem Krankenhaus mitbekommen? Oder sind Sie gleich zum Hausarzt und dann zur Apotheke?
Richten Sie sich die Medikamente selbst oder wird Ihnen dabei geholfen?
Ist es schon mal vorgekommen, dass Sie Medikamente vergessen haben?
Nehmen Sie noch andere Medikamente ein, vielleicht welche, die man ohne Rezept bekommt, Kopfschmerztabletten oder zum Beispiel pflanzliche Präparate? Weiß Ihr Hausarzt davon?
Wissen Sie, was passieren kann, wenn Sie zuviel nehmen, Ist dies schon einmal vorgekommen?

Hat Ihnen schon jemand erklärt, wofür die Tabletten sind?
Sind Sie von dem Krankenhausarzt oder dem Hausarzt über die Medikamente aufgeklärt worden?
Hatten Sie den Beipackzettel gelesen?
Haben Sie aufgrund des Beipackzettels oder der Erklärung von Ärzten Angst vor den verordneten Medikamenten bekommen?
Haben Sie einen Medikamentenplan? Kann ich den sehen?

2. Bausteine

Bausteine stellen die Strukturierung der Interviews in verschiedene Kategorien der Argumente dar. Sie sind den Kapiteln in Ergebnisteil zugeordnet.

zu 3.3.2.1. Argumente und Gründe für den Patienten für die Einnahme von Medikamenten

Aktuelle Hausarzt-Medikation (ohne andere aktuelle Patientenmedikation):

Entscheidung, dieses Medikament zu nehmen, liegt schon länger zurück (wird nicht mehr in Frage gestellt)	„Habe ich schon immer genommen“ (Entscheidung, dieses Medikament zu nehmen, liegt schon länger zurück)
Patient gehorcht (un-)genannter „höherer Instanz“	„Die muss ich nehmen...“
	„Mein Hausarzt hat gesagt, die muss ich nehmen“
Patient hat Motivation durch „klinische Rückmeldung“ seiner Medikamenteneinnahme: - durch andere Einnahme/Einnahmefehler negativen Folgen - positive Rückmeldung durch Erfolg	Chefarzt als „Höhere Instanz“ bestätigt Richtigkeit der Medikation
	Erfahrung mit Absetzen des Medikaments: führte zu negative Folgen
	Erfahrung mit falscher Einnahme des Medikaments: führte zu negative Folgen
	Patient kontrolliert (und sieht) selbst den Erfolg der Medikamenteneinnahme (<i>fördert Compliance</i>)
	Erfolg der Medikation /Medikation wirkt (<i>habe die beiden Kategorien zusammengefasst</i>)
	Die Wirkung der Medikamente überzeugt
	Vor der Änderung wurde die Medikation als zu schwach empfunden
Patient hat Hoffnung, dass die Medikamente	Laborchemische Rückmeldung
	In der Hoffnung, dass Erkrankung nie wieder auftritt, nimmt sie das Medikament

wirken	Patient hofft, dass die Medikamente wirken/ansprechen
Patient hat Motivation durch Leidensdruck und Einsicht in med. Notwendigkeit der Medikation	Patient hat(te) Leidensdruck, daher gute Compliance
	Patient sieht <u>medizinische</u> Notwendigkeit der Medikation ein
Zur Zeit unklassifizierbare sonstige Argumente	Patient von Medikation wegen langer Wirkdauer überzeugt
	Patient sieht keine Alternative zu der Medikation
	Patient hat Angst vor Änderung der Medikation
	Patient setzt Zeitpunkt, ab wann Kooperation mit Medikamenteneinnahme beginnt
	Gute (bzw. bessere) Verträglichkeit der Medikation
	Einnahme trotz NW – im KH, da dort „keine andere Wahl“
	Medikament habe bessere Wirkung als die (Gruppengleiche) Vormedikation
	Sicherheitsbedürfnis
	Besserung nach Medikamentenänderung
	Flapsige (Wortwahl) Begründung
Wirtschaftliche Gründe	Billigeres Medikament bei gleicher Wirksamkeit
Begründung fehlt	Patient nimmt Medikamente, weiß aber nicht genau warum
Naturheilkundliche HA-Medikation	Ausgleich von Nebenwirkungen nach KH-Therapie

„Nicht Hausarzt-Medikation“: Eigenmedikation/ Einnahme von „Mitteln“ für die Gesundheit

Patient vertraut natürlichen Medikamenten und hat das Gefühl sie wirken	„Pflanzliches“ / <i>Homöopathisches</i> Mittel – weil es wirkt
	Vertrauen in natürliche Medis
	Bevorzugung naturheilkundlicher Medikation
Patient vertraut eigenen (allopathischen) Medikamenten und hat das Gefühl sie wirken	Schmerzmittel weil es wirkt...
	Bedarfsmedikation bei Wetterwechsel..
Allopathische Medikation in „richtiger“ Indikation – medizinisch einleuchtend	Allopathische Medikation in „richtiger“ Indikation – weil keine NW – Verordnung durch anderen Arzt, ohne Wissen des HA
	Allopathische Medikation in „richtiger“ Indikation – wegen der guten Wirkung: (Verordnung durch anderen Arzt, ohne Wissen des HA)

	Allopathische Medikation in „richtiger“ Indikation – medizinisch einleuchtend – selbst besorgt unter Wissen des HA
	Allopathische Medikation in „richtiger“ Indikation – medizinisch einleuchtend – laut Pat. von HA (von HA nicht genannt)
	Allopathische Medikation in „richtiger“ Indikation – medizinisch einleuchtend
Empfehlung	Vom Apotheker oder Apothekerheftchen empfohlen worden Empfehlung von „denen“ (wohl den Ärzten) Info aus „Zeitschriften“
„Individuelle“ Begründungen	flapsige Begründung der Medikamenteneinnahme Medikamentenempfehlung durch Bekannte führt zu lebenslanger Besessenheit mit fragwürdiger Produktreihe Patient hat <u>für ihn</u> schlüssige Erklärung für Notwendigkeit der Medi-Einnahme Eigenmedikation zur Aufwiegung von Schäden durch Schulmedizin Patient ist überzeugt, dass Medikament/Mittel nicht schaden, aber eventuell nutzen kann Pat. beruhigt sich mit „Harmlosigkeit“ Medikation ist „normal“
Begründung fehlt	Es wird kein Grund genannt Pat. weiß Grund für Medikament selbst nicht mehr
Entscheidung, dieses Medikament zu nehmen, liegt schon länger zurück (wird nicht mehr in Frage gestellt)	„Habe ich schon immer genommen“ (Entscheidung, dieses Medikament zu nehmen, liegt schon länger zurück)
Verordnung von anderem Arzt: Patient hat Motivation durch Leidensdruck und Einsicht in med. Notwendigkeit der Medikation	Leidensdruck Von Wirkung überzeugt Patient sieht <u>medizinische</u> Notwendigkeit der Medikation ein
Patient hat Motivation durch „klinische Rückmeldung“ seiner Medikamenteneinnahme: - durch andere Einnahme/Einnahmefehler negativen Folgen - positive Rückmeldung durch Erfolg	Die Wirkung der Medikamente überzeugt Erfolg der Medikation /Medikation wirkt „Benutzerfreundlichkeit“ – mit weniger Aufwand bessere Wirkung
Nahrungsergänzung Prophylaktisch und therapeutisch	Nahrungsergänzungen zur Erhaltung der Gesundheit Prophylaktisch und therapeutisch - Erkältung

Anamnestisch und Theoretisch aus Sicht des Patienten

Anamnestisch und „nicht-aktuelle“ Medikation / Theoretisch

Pat braucht / fordert ausreichende Aufklärung über Medikation/NW	Pat braucht / fordert ausreichende Aufklärung über Medikation/NW
	Patient braucht / fordert einleuchtende Erklärungen vom HA für Medikation und Aufrichtigkeit vom HA, damit er die Medikation auch nimmt
	Gute Erfahrung mit Naturheilmitteln u.ä....
	Pat. möchte es zunächst mit Naturheilmitteln probieren, <u>bevor sie dann allopathische Medikamente nimmt</u>
	Patient sieht <u>medizinische</u> Notwendigkeit der Medikation ein (Einnahme gegen ihre Grundeinstellung)
	Medikament zur Vorbeugung– durch vorherigen HA verordnet

Patientenpersönlichkeit / Patientenseite (alle Medis – nicht unterteilt)

Gründe in der Patientenpersönlichkeit	Patientenpersönlichkeit – Opferrolle, Leidende, Verpfuschte
	Patientenpersönlichkeit – Angst vor Veränderungen
	Patientenpersönlichkeit – Medikamenteneinnahme als fast schon eigenständige wichtige Handlung
	Patientenpersönlichkeit – Ergebenheit in Schicksal
	Patient nimmt Medikamente, weiß aber nicht genau warum
Patient akzeptiert Autorität /hat Vertrauen in Ärzte	Patient akzeptiert Autorität des HA in gewissen Grenzen
	Patient hat Vertrauen in HA/
	Patient hat Vertrauen in Ärzte
Zur Zeit unklassifizierbare sonstige Argumente	Patient sucht Argumente, um sich selbst zur Einnahme zu überreden
	Patient akzeptiert Medikation, zufrieden damit

Zu 3.3.2.2. Argumente und Gründe für den Patienten für die Nicht-Einnahme von Medikamenten

Aktuelle HA-Medikation (ohne andere aktuelle Patientenmedikation):

Laut Patient von HA abgesetzt worden	Laut Patient von HA abgesetzt worden: (laut HA weiterverordnet!)
Unwirksamkeit	Medikation wirkt nicht
Klinisch nicht mehr nötig	Keine Beschwerden mehr

	Anpassung an aktuelle Gegebenheiten – Medizinisch sinnvoll
	Laut Patient von HA abgesetzt worden: (laut HA weiterverordnet!)
Unverträglichkeit / Nebenwirkungen	Unverträglichkeit/NW → Patient setzt Medikation ab
	Unverträglichkeit/NW → Patient und Arzt setzen Medikation gemeinsam ab
Testung der Wirkung einer anderen Therapieform	Um zu sehen, wie (alleinige) physikalische Therapie wirkt
„Aufwand“ der Einnahme	Einnahme eines anderen Medikaments ist dem Patienten lieber

**„Nicht HA“-Medikation: Eigenmedikation/ Einnahme von „Mitteln“ für die
Gesundheit**

Unwirksamkeit	Fehlende Wirkung
Pat. sieht keine Notwendigkeit der Medikation	Patient sieht zur Zeit keine Notwendigkeit der Medikation

Anamnestisch und „nicht-aktuelle“ Medikation / Theoretisch

Pat. sieht Notwendigkeit der Medikation <u>nicht</u> ein	Pat. sieht Notwendigkeit der Medikation <u>nicht</u> ein
Bevorzugung naturheilkundlicher Medikamente	Pat. möchte es zunächst mit Naturheilmitteln probieren, bevor sie dann allopathische Medikamente nimmt
Für Patienten unzureichende Aufklärung / unzureichender Aufklärungsstil (Ursache im Arzt-Patient-Verhältnis)	Fehlende Aufklärung
	Patient hat Probleme mit dem Stil/der Persönlichkeit des Arztes
	Mangelnde Aufklärung - über Notwendigkeit der Medikation
Kontraindikationen	Patient sieht die (berechtigte) KI der Medikation für sich
Furcht vor / oder Auftreten von Nebenwirkungen	Furcht vor / oder Auftreten von Nebenwirkungen
	Furcht vor den Nebenwirkungen NW im BPZ
	Auftreten von NW
	Medikation beeinträchtigt Arbeitsfähigkeit – Nicht-Einnahme mit Konsens des HA (doppelt)
	Einnahme verursacht unangenehme Effekte
Medikament zu stark	Medikation beeinträchtigt Arbeitsfähigkeit – Nicht-Einnahme mit Konsens des HA (doppelt)
	Patient empfindet Medikation als <u>zu stark</u> , daher abgesetzt
Medikation wirkte nicht, oder nicht so schnell, wie von Patientin gefordert	Medikation wirkte nicht so schnell, wie von Patientin gefordert
	Gefühl, dass Medikation nicht hilft
Pt. nimmt nicht gerne Medikamente	Pt. nimmt nicht gerne Medikamente

Klinische und wirtschaftliche Gründe gegen physikalische Therapie	Anwendung tut nicht gut, dann muss die Krankenkasse auch nicht dafür bezahlen
---	---

Patientenpersönlichkeit / Patientenseite (alle Medikamente – nicht unterteilt)

Gründe in der Patientenpersönlichkeit	Patient zu ungeduldig
---------------------------------------	-----------------------

Zu 3.3.2.3. Mögliche Modifikation der Medikation durch den Patienten / Compliance

Einnahme

Aktuelle HA-Medikation (ohne andere aktuelle Patientenmedikation):

Änderungen des Einnahmezeitpunktes	<u>Zeitpunkt</u> der Einnahme manchmal verschoben, aber <u>keine Ausfälle</u>
	Zeitpunkt der Einnahme: Einnahme der Medikamente erfolgt zeitlich versetzt /gesplittet da sonst Unwohlsein
	Dosis beibehalten, aber Veränderung des Einnahmezeitpunktes und der Aufteilung
	Dosiserhöhung und Veränderung des Einnahmezeitpunktes - Patient hält sich wahrscheinlich an Infos aus der KH-Schulung
Sehr zuverlässige Einnahme (pünktlich und regelmäßig)	Sehr <u>pünktlich</u>
	Sehr <u>regelmäßig</u>
	Nicht vergessen
Relativ zuverlässige Einnahme (einmal bis wenige Male vergessen bzw. falsch eingenommen))	Einmal falsch eingenommen
	Einmal vergessen
	Medikamenteneinnahme vergessen: - ganz selten mal
	Medikamenteneinnahme vergessen: - ab und zu / manchmal
	Öfter mal vergessen – aber immer nur einen Tag
	Modifikation der Einnahme je nach Beschwerden (vom HA indirekt abgesehnet)
Unregelmäßige Einnahme	Nimmt Medikation nur noch unregelmäßig – da keine Beschwerden mehr
Keine Veränderungen durch den Patienten	Patient verändert keine Medikamente
Medikamente abgesetzt	Absetzen: Wirkungslosigkeit macht Änderung notwendig – HA informiert (<i>Übergang zu „Änderungen durch HA“</i>)
	Absetzen: Unverträglichkeit führt zum Absetzen
	Absetzen: Klinisch nicht mehr nötig („Warum“)
Medikamentendosis reduzieren	Reduktion geplant
Regelmäßige Einnahme zeitlich befristet	Regelmäßige Einnahme zeitlich befristet

„Nicht HA“-Medikation: Eigenmedikation/ Einnahme von „Mitteln“ für die Gesundheit

Ansetzen / Einnehmen...	Zustimmung/Ablehnung des HA hat keinen Einfluss auf die vom Patienten getroffene Entscheidung zur Medikamenteneinnahme
	Irgendwann mit HA besprochen. Unklar ob der HA noch davon weiß
	HA weiß nichts von Begleitmedikation
Reduktion	Anwendung/Einnahme verursacht unangenehme Effekte - Reduktion
	Ohne Begründung

Anamnestisch und „nicht-aktuelle“ Medikation / Theoretisch

Absetzen	Patient setzte Medikation selbst ab
	Absetzen: Unverträglichkeit führt zum Absetzen
	Pat. will grundsätzlich von Medikamenten wegkommen
	Unwirksamkeit führte zum Absetzen der (wohl Eigen-) Medikation
„Verändern“	Pat. würde mit HA über Veränderungen der Medikation sprechen
	Primäre Nicht-Einnahme von Medikamenten (wird mit HA nicht besprochen)

Dosis

Aktuelle HA-Medikation (ohne andere aktuelle Patientenmedikation)

Anpassung der Medikamentendosis durch den Patienten	Anpassung der Medikamentendosis durch den Patienten – der Symptomatik angepasst, aufgrund der ihm vom Arzt gegebenen Informationen, wohl unter Rücksprache mit Arzt?
	Anpassung der Medikamentendosis durch den Patienten – nach Verträglichkeit, ohne Rücksprache mit HA
Unklar durch wen Veränderungen vorgenommen werden	Dosiserhöhung und Veränderung des Einnahmezeitpunktes - unklar durch wen initiiert
Veränderungen stehen bevor	Dosis-Reduktion unter Rücksprache mit HA von Patient erwartet
Keine Änderungen durch Patient	Patient verändert keine Medikamente

„Nicht HA“-Medikation: Eigenmedikation/ Einnahme von „Mitteln“ für die Gesundheit

Anpassung der Medikamentendosis durch den Patienten	Anpassung der Medikamentendosis durch den Patienten – nach Wirkung, ohne Rücksprache mit HA
---	---

	Anwendung/Einnahme verursacht unangenehme Effekte - Reduktion
	Ohne Begründung

Rezepteinlösung

Aktuelle HA-Medikation (ohne andere aktuelle Patientenmedikation):

	Nur Teilmenge des rezeptierten Medikaments wird geholt
--	--

Zu 3.3.2.4. Theorien über empfundene Wirkungen und Nebenwirkungen bei der Medikamenteneinnahme

Nebenwirkungen/Unverträglichkeit:

Aktuelle HA-Medikation (ohne andere aktuelle Patientenmedikation):

Auftreten medizinisch begründbarer (Neben-) Wirkungen (Überschneidung mit Theorien)	Medizinisch begründbare NW <ul style="list-style-type: none"> - Hypotonie bei Blutdruck-Medikamenten - Führt nicht zum umsetzen, da NW nicht signifikant
	Medizinisch begründbare NW <ul style="list-style-type: none"> - Hypotonie bei Blutdruck-Medikamenten - Führt zum umsetzen, da NW signifikant
	Medizinisch begründbare NW <ul style="list-style-type: none"> - Juckreiz bei bekannter Unverträglichkeit - Umsetzen vom Patient in Betracht gezogen
	Fehler bei der Medikamenteneinnahme führt zu Problemen – „selber Schuld“
Einnahme trotz Nebenwirkungen	Einnahme trotz signifikanten (nachvollziehbaren) NW
	Einnahme trotz vermuteten NW
	Einnahme trotz NW – im KH, da dort „keine andere Wahl“
Mögliche psychosomatische Genese einer Nebenwirkung	Einnahme trotz Unwohlsein
	Symptom: „Henne oder Ei?“
	Mögliche psychosomatische Genese einer Nebenwirkung
Info aus dem BPZ löst NW aus - Pharmakologisch-theoretisch nicht ganz nachvollziehbar	
Modifikation der Medikamenten-Einnahme durch Patient da sonst Unwohlsein erwartet	Zeitpunkt der Einnahme: Einnahme der Medikamente erfolgt zeitlich

(siehe auch: Theorien des Patienten)	versetzt /gesplittet da sonst Unwohlsein
--------------------------------------	--

„Nicht HA“-Medikation: Eigenmedikation/ Einnahme von „Mitteln“ für die Gesundheit

Pharmakologisch-theoretisch nicht nachvollziehbare NW → Theorie des Patienten	Durch Schmerzmitteleinnahme geht Blutdruck hoch
---	---

Anamnestisch und „nicht-aktuelle“ Medikation / Theoretisch

Allergie	Allergien auf Medikamente
Wirkstärke	Medikation war zu stark
Bekannte NW	Störung der Darmflora durch Antibiose
Nebenwirkungen	Muskelschmerzen von Antihypertensiva

Theorien des Patienten (zu Medikamentenwirkungen/-NW):

Aktuelle HA-Medikation (ohne andere aktuelle Patientenmedikation):

Mögliche psychosomatische Genese einer Nebenwirkung („Was“) (Überschneidung mit NW)	Symptom: „Henne oder Ei?“
	Mögliche psychosomatische Genese einer Nebenwirkung
	Info aus dem BPZ löst NW aus - Pharmakologisch-theoretisch nicht ganz nachvollziehbar
Modifikation der Medi-Einnahme durch Patient da sonst Unwohlsein erwartet	Zeitpunkt der Einnahme: Einnahme der Medis erfolgt zeitlich versetzt /gesplittet da sonst Unwohlsein
Keine Nebenwirkungen/Unverträglichkeit, sondern Symptom der Grundkrankheit (korrekte Theorie)	Symptom wird (wohl richtigerweise) nicht als NW der Medikation gesehen, sondern als Zeichen der Grundkrankheit und anderer Störungen
Angst vor einem Medikament wegen allgemeiner Vorurteile	Angst vor einem Medikament wegen allgemeiner Vorurteile („Abhängigkeit“)
	Einnahme trotz Furcht vor den Nebenwirkungen
Pharmakologisch-theoretisch nicht nachvollziehbare Wirkungsstärke	Pharmakologisch-theoretisch nicht nachvollziehbare Wirkungsstärke
Synergie von HA- und Nicht-HA-Medikation	Wirkung der Hausarztmedikation erst durch alternative Zusatztherapie ermöglicht
Pharmakologisch-theoretisch nachvollziehbare Wirkungsstärke	Unwohlsein wegen zu vieler Medikamente

„Nicht Hausarzt-Medikation“: Eigenmedikation/ Einnahme von „Mitteln“ für die Gesundheit

Pharmakologisch-theoretisch nicht nachvollziehbare NW → Theorie des Patienten	Durch Schmerzmitteleinnahme geht Blutdruck hoch
---	---

Anamnestisch und „nicht-aktuelle“ Medikation / Theoretisch

Einfluss durch Medien	Medien: Lipobayskandal
Sonstige Theorien:	Vermutete NW führte zum Absetzen/Pausieren einer Medikation
	Patientenverständnis führt zu fast einleuchtender Kombination der HA- und Eigenmedikation (Eigenregie)
	Patient meint, ohne eigenverantwortliches Verhalten und Zusatzmedikation geht es nicht

Zu 3.3.2.5. Begründungen für Veränderungen der Medikation durch behandelnde Ärzte wie sie vom Patienten wahrgenommen werden

Argumente für An-/Ab-/Umsetzen von Medis durch Krankenhausärzte (von Patient erzählt)

Aktuelle HA-Medikation (ohne andere aktuelle Patientenmedikation):

Änderung ausgehend von KH-Ärzten	<i>Vorherige Therapie zu schwach (Umsetzen)</i>
	Prophylaxemaßnahmen durch KH-Ärzte
	Reaktion auf neue Situation
	Nebenwirkungen (Absetzen)
	Nebenwirkungen/Unverträglichkeit
	Absetzen wegen angeblich fehlender Wirksamkeit („es bringt nichts“) – Patient nimmt es trotzdem weiter ein...
Änderung ausgehend von Patienten	Reduktion von Medikation auf Wunsch der Patientin
	Ansetzen einer Medikation auf Wunsch des Patienten

Anamnestisch und „nicht-aktuelle“ Medikation

Ansetzen weil „Notwendig“	Notwendigkeit bei path. Laborwerten
Absetzen wegen Unwirksamkeit	Absetzen wegen Unwirksamkeit des Medikaments
Absetzen wegen Nebenwirkungen/Unverträglichkeit	Absetzen von Medis wegen Nebenwirkungen in der Anamnese
Anpassung der Wirkstärke	Medikation war vorher zu schwach
	Medikation war zu stark

Argumente für Beibehalten von Medikamenten durch KH (von Patient erzählt):

Aktuelle HA-Medikation (ohne andere aktuelle Patientenmedikation):

Erfolgloser Absetzversuch	wegen NW abgebrochen - medizinisch einleuchtende NW... - zu schnelles Absetzen
---------------------------	--

Theoretisch

	„Arzt ändert Medikation ungern“
--	---------------------------------

Argumente für An-/Ab-/Umsetzen von Medis durch Hausarzt (von Patient erzählt)

Aktuelle HA-Medikation (ohne andere aktuelle Patientenmedikation):

Änderung ausgehend von Patienten	Absetzen - Wunsch des Patienten
	Absetzen – wegen NW
	Absetzen - Wegen fehlender Wirkung
	Umsetzen – Wegen NW/ Unverträglichkeit anderes Medikament ausprobiert
	Anpassung an neue Situation
Änderung ausgehend von HA	Absetzen - Nebenwirkungen
	Absetzen: (Laut Patient) von HA abgesetzt worden: - „HA sieht keine Notwendigkeit“
	Umsetzen – HA kannte Präparat nicht – aber gleichwertiges <i>Generika-Umstellung...</i>
	Umsetzen: Firmenumstellung wegen Kombinationspräparat
	Anpassung an neue Situation
	Anpassung: Dosisreduktion – Wegen zu starker Wirkung
	Anpassung: Dosisreduktion – nach HA-Plan
	Ansetzen – nach KH-Aufenthalt durch HA „obwohl nicht von KH empfohlen“ („Warum nicht“)
	Ansetzen: Therapie für NW anderer Medikamente
Änderung auf Grund äußerer Umstände	Absetzen - Fehler im Kurzarztbrief
	Umsetzen – Medikament gibt es nicht mehr
Es wurde geändert - auf HA-Ebene (unklar durch wen initiiert)	Umsetzen – Nebenwirkungen

„Nicht HA“-Medikation: Eigenmedikation/ Einnahme von „Mitteln“ für die Gesundheit

	HA verschreibt Medikament nicht, da es nicht vom KH vorgeschlagen worden sei
--	--

Anamnestisch und „nicht-aktuelle“ Medikation

	Absetzen, da Patient dies wünschte (- in der Anamnese, nicht auf diesen oder einen konkreten Fall bezogen)
	Umsetzen – Wegen NW/ Unverträglichkeit anderes Medikament ausprobiert
	Umsetzen – weil zu schwach

Argumente für Beibehalten von Medikamenten durch HA (von Patient erzählt):

Aktuelle HA-Medikation (ohne andere aktuelle Patientenmedikation):

	Anweisung vom Krankenhaus – Krankenhaus als höhere Instanz
	„Entweder Oder“ Wenn man ein Medikament gibt, dann richtig
	Patient macht Druck
	Weitergabe der Medikation, da keine signifikanten NW (<i>erst einige Zeit nach E aus KH relevant</i>)
	Keine Veränderung durch den HA (reine Feststellung...)
	HA ändert trotz Nachfrage des Patienten eine bestehende Medikation aus medizinischen Gründen nicht
	Weil der Praxisvorgänger das Medikament auch schon verschrieben hatte
	Umstellung ist <u>nicht</u> nötig
	Keine Rückumstellung auf Medikation vor KH-Aufenthalt, da neues besser vertragen wird – HA fragte Patientin nach Ihrer Meinung
	Medikament wird trotz NW weitergeben, da NW nur passager waren

Theoretisch

	„Arzt ändert Medikation ungern“
--	---------------------------------

Zu 3.3.2.6. Nicht-Hausarzt-Medikation: Eigenmedikation und Einnahme von „Mitteln“ für die Gesundheit

Regelmäßige Medikation

Aktuell

Allopathische Medikation	Allopathische Medikation – verschreibungspflichtig: Schlafmittel – Eigenmedikation, ohne Wissen des HA
	Allopathische Medikation – nicht verschreibungspflichtig

	Allopathische Medikation – nicht mehr verschreibungspflichtig (und –fähig)
	Dermatologische Externa von anderem Facharzt
Allopathische Medikation von anderen Ärzten verordnet	Dauermedikation
	Bedarfsmedikation vom KH
Pflanzliche Medikation / Naturheilmittel / „Biologische“ Mittel	Pflanzliche Medikation – nicht mehr verschreibungspflichtig (und –fähig)
	Naturheilmittel / „Biologische“ – Eigenmedikation
	Naturheilmittel / „Biologische“ – Medikation von Nicht-Hausarzt
	„Stärkungsmittel“
Ernährung / Diät	Diabetes-Diät a la Patient
	Vom Pt. als gesund empfundene natürliche Ernährung – „Eigenmedikation“
	Medizinische Tees
	Gesunde Lebensweise

Anamnestisch

Ernährung / Diät	Diät zur Verbesserung der Gesundheit, bzw. Ausgleich von Nebenwirkungen
	Diabetes-Diät a la Patient
	Diätetische Zusatzmaßnahmen

Bedarfsmedikation und unregelmäßige Medikation

Allopathische Eigenmedikation	Allopathische Eigenmedikation bei Bedarf (ohne Rücksprache mit HA)
	Allopathische Eigenmedikation (HA fraglich darüber informiert)
	Allopathische Eigenmedikation (HA wohl darüber informiert)
	Allopathische Bedarfsmedikation – nicht vom HA genannt, aber wohl von ihm verordnet
Pflanzliche Medikation / Naturheilmittel / „Biologische“ Mittel	Naturheilmittel / „Biologische“ - Eigenmedikation
Nahrungsergänzung	Nahrungsergänzung - Vitamine
Ernährung / Diät	(Vom Patient) als gesund empfundene natürliche Ernährung – „Eigenmedikation“
Alternative Methoden	Kolon-Hydro-Therapie
Sonstiges	Eiswasser – als Vagusmanöver

Anamnestisch / Theoretisch

Pflanzliche Medikation / Naturheilmittel / „Biologische“ Mittel	Naturheilkundliche Eigenmedikation
	Grundsätzliche positive Einstellung zur Naturheilkunde

Sonstiges	Allgemeinmaßnahmen
-----------	--------------------

Zu 3.3.2.7. Einflüsse der erwähnten Motive und Argumente auf die Compliance während der stationären und ambulanten Behandlung

Aus Patienten-Umfeld

Familie	Kleine Kinder – Compliance besser und weniger Nachfragen, da sie so bald wie möglich wieder zuhause sein will
Vorheriger stationärer Aufenthalt	Schon zu lange von Zuhause weg - Compliance besser und weniger Nachfragen, da sie so bald wie möglich wieder zuhause sein will

Mögliche Störungen des Grundvertrauens in Ärzte/Medizinisches Personal/Institutionen

Ursächlich im Krankenhaus:

	Patient wird Zeuge von massivstem Mobbing der Schwestern gegen die Stationsärztin
	Anordnungen der Ärzte werden von Schwestern boykottiert
	Angehörige werden von Schwestern offensichtlich angelogen
	Organisatorisches Chaos
	Informationsdefizite
	Widersprüchliche Informationen von verschiedenen Seiten – beeinflusst auch Vertrauen in Medikament negativ / Unverständnis über fehlende Koordination im KH
	Mangelhafte Aufklärung
	Subjektive Empfindung des Patienten, zu früh aus KH entlassen worden zu sein
	Keine ausreichende Medikation bzw. auch kein Privatrezept für Zuhause mitbekommen
	Unwohlsein im Krankenhaus führt zur Ablehnung einer stationäre Aufnahme
Chefärzte	Chefärzte kümmern sich nicht richtig um Patienten
	Chefarzt macht Patient keinen Mut
	Probleme mit dem Pflegepersonal
	Medikamente vom HA werden als unwirksam/nutzlos bezeichnet

Praxis

Interaktion Patient/Arzt

	Patient hat Probleme mit dem Stil/der Persönlichkeit des Arztes
--	---

Kommunikation/Sprache

	Sprachliches Missverständnis führt zu Misstrauen
	Patient formulierte: „Arzt sagte, jetzt wisse er selbst nicht mehr weiter“
	Gespräch mit Arzt führte zu keinem besseren Verständnis (evtl. unter der Über-Überschrift zu „hart“...)

Vertrauensbildende Erlebnisse, die möglicherweise die Compliance fördern

Krankenhaus:

	Freundliche Behandlung durch Ärztin trotz widriger Umstände
	Gute Aufklärung durch Stationsärztin gibt dem Patienten Sicherheit im Umgang mit der neuen Medikation – auch Zuhause nach Entlassung

Praxis

	Patient hat Vertrauen in HA/ Vertrauen in Ärzte
	HA hat zu Medikation ähnliche Einstellung wie Patientin – Patientin fühlt sich gut aufgehoben

Zu 3.3.2.8. Ursachen, die in der Arzt - Patient - Beziehung liegen

Für Patienten unzureichende Aufklärung / unzureichender Aufklärungsstil	Fehlende Aufklärung
	Patient hat Probleme mit dem Stil/der Persönlichkeit des Arztes
	Mangelnde Aufklärung - über Notwendigkeit der Medikation
Patient teilt Medikamentenänderungen nicht mit	Gegenüber dem HA

Patienten-eigene Theorien/Einstellungen

	Pat. sieht vertrauensvolles Verhältnis als sehr wichtig an
--	--

Zu 3.3.2.9. Kommunikationsstörungen / Störungen des Arzt - Patient - Verhältnisses

HA

	Infos durch HA nur durch Eigeninitiative des Patienten Pat muss selbst auf Arzt zugehen um etwas zu erreichen
	Patient äußert zaghafte Zweifel an Aussagen des HA
	Laut Patient von HA abgesetzt worden: (laut HA weiterverordnet!) - Kommunikationsproblem?
	Anderen Arzt hinzugezogen, da HA das gewünschte Medikament nicht gab
	Umsetzen – mögliche Falschinformation durch HA begründet Wechsel auf Generika
	Patient meint, nicht explizit über Gründe der Medikation aufgeklärt worden zu sein
	Interaktion Patient/Arzt: Rücksprache mit HA fraglich aufgrund mutmaßlicher Ablehnung der Eigenmedikation
	Schwammige Argumente zur <u>Nicht-</u> Einhaltung von medizinisch sinnvollen Allgemeinmaßnahmen
	Eigene Erfahrung des Patienten wird über den Rat der Ärzte gestellt
	Patient hält Absprache mit HA nicht immer für notwendig
	Patient informiert Arzt nicht über Modifikation der Einnahme
	Patient spricht HA primär nicht auf Medikation an, da negative Einstellung dazu erwartet

Zu 3.3.2.10. Äußerungen, die Rückschlüsse auf die Grundhaltung des Patienten zulassen.

	Prinzipielles Ablehnen einer Therapieform
	Prinzipielles Ablehnen einer Applikationsart
	Möchte nur bewährte Therapien bekommen
	Prinzipielles Ablehnen von Tabletten (nimmt sie aber trotzdem...)
	Grundsätzliches Hinterfragen der Medikation

	Grundsätzliche positive Einstellung zur Naturheilkunde
	Wenn Therapie, dann nur auf Naturbasis...
	Grundsätzliche Neigung eher Medikamente zu reduzieren
	Patient neigt dazu, die Augen vor der Krankheit zu verschließen
	Primär Versuch mit natürlichen Mitteln, nur wenn es nicht geht, dann andere Schulmedizin nur als Ultima ratio
	Pat. will grundsätzlich von Medikamenten wegkommen
	Patient nimmt Medikamente, wenn es notwendig ist, würde es den Kindern aber nicht geben

Zu 3.3.2.11. weitere Informationsquellen, die außer dem Hausarzt oder Krankenhausarzt in Bezug auf die Medikation hinzugezogen wurden

mit Einfluss

Nicht medizinisch:

Nachbarin	Hauptinformationsquelle für von Pt. aktuell vermutete Diagnose und Prognose ist nicht der HA – ist gar kein Arzt, sondern Nachbarin...
Bekannte	Nahrungsergänzungsmittel-Empfehlung durch Bekannte
	Tochter „Medikamenten“-Empfehlung durch Bekannte führt zu lebenslanger Besessenheit mit fragwürdiger Produktreihe
Medien	Empfehlungen von Zeitschriften
	Fernsehen
undefiniert	Medikamente aufgrund von Empfehlungen

Medizinisch:

„Die“ (Nicht genannt - wohl Ärzte)	Empfehlung von „denen“ (wohl den Ärzten)
Apotheker	Vom Apotheker oder Apothekerheftchen empfohlen worden
Hausarzt	„Mein HA hat gesagt, die muss ich nehmen“
	Medikationsänderung nur nach Rücksprache mit HA

	Aussage des alten Hausarztes bestätigt Richtigkeit der Medikation
Chefarzt	Chefarzt als „Höhere Instanz“ bestätigt Richtigkeit der Medikation
Facharzt	Frauenarzt
Heilpraktiker	Empfehlung von Heilpraktiker
Beipackzettel	Beipackzettel

ohne Einfluss

Medizinisch:

Hausarzt	Zustimmung/Ablehnung des HA hat keinen Einfluss auf die vom Patienten getroffene Entscheidung zur Medikamenteneinnahme
	Anpassung der Medikamentendosis durch den Patienten – nach Verträglichkeit, ohne Rücksprache mit HA

Zu 3.3.2.12. Fehlende Argumentationen Aktuelle HA-Medikation (ohne andere aktuelle Patientenmedikation):

	Patient nutzt Infos aus den BPZ – zur Medikamenteneinnahme
	Patient modifiziert Wiedervorstellungstermin beim Arzt nach eigenen Theorien
	Patient nicht über KH-Empfehlung informiert

Anamnestisch und „nicht-aktuelle“ Medikation

	Einsicht, früher selbst Fehler begangen zu haben
--	--

Zu 3.3.2.13. Aussagen, die für sich stehen

Problem eher auf KH-Seite

	Mängel der Schnittstelle KH/HA führt durch fehlende Medikamentenkontinuität zur klinischen Verschlechterung/erneuten KH-Einweisung
--	--

Danksagung

Ich möchte besonders meiner Familie danken, die oft auf mich verzichten mussten und mir trotzdem den Mut gaben, die Arbeit neben meiner allgemeinmedizinischen Tätigkeit fertig zu stellen. Besonders meine Frau, Sabine Metzinger war mir dabei eine große Stütze und ein großer Antrieb.

Bei meinen Eltern möchte ich mich dafür bedanken, dass sie mir durch ihr Vertrauen den Weg in meinen Beruf überhaupt geebnet haben.

Besonders bedanken möchte ich mich auch bei meinen Betreuern und Kollegen vom Institut für Allgemeinmedizin der Universität Ulm. Vor allem die Unterstützung von Herrn Dr. Markus Gulich und Frau Dr. Uta-Maria Waldmann ermöglichten mir die Fertigstellung der hier vorliegenden Dissertation.

Meiner Kollegin Petra Werkmeister möchte ich für den gemeinsamen Beginn der Arbeit und die gute Ergänzung danken.

Danke Euch allen.