

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT GRAZ

Gesundheits- und Pflegewissenschaft

„Compliance bei geriatrischen Patienten“

Steigerung der Therapietreue (Compliance) im geriatrischen Setting

BACHELORARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades

„*Bakkalaureus der Gesundheits- und Pflegewissenschaft*“

Bachelor of Science (BSc.)

Eingereicht von:

Klaus Peter Sauseng

Matrikelnummer 0211780

Betreuer:

Ao. Univ.- Prof. Dr. Gerhard Wirnsberger

Klinische Abteilung für Nephrologie und Hämodialyse

Auenbruggerplatz 15, 8036 Graz

Titel der Lehrveranstaltungen:

moving into nursing home

Jahr der Vorlage: 2013

Inhaltsverzeichnis

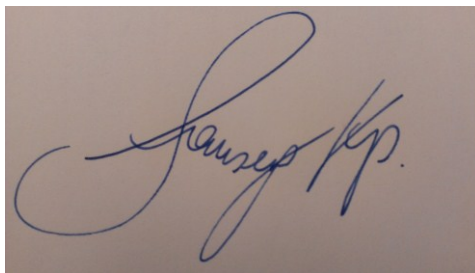
1	Ehrenwörtliche Erklärung	3
2	Vorwort	4- 5
2.1	Sprachliche Gleichbehandlung	5
2.2	Danksagung	6
3	Disposition/Abstract	8- 10
3.1	Deutsch	8- 8
3.2	Englisch	10- 10
4	Einleitung.....	11- 12
5	Material und Methoden.....	14
6	Ergebnisse und Resultate	14- 35
6.1	Forschungsfrage.....	15
6.1.1	Die drei Ebenen der medikamentösen Therapie	14- 16
	Gerontopharmakologie	15
	Compliance- Die Therapietreue	16
6.1.2	Definition und Bedeutung der Geriatrie	17- 18
	Multidimensionaler- Interdisziplinärer Ansatz	18
6.1.3	Das geriatrische Behandlungsteam	19- 21
	Geriatrisches Assessment (GA)	19- 20
	Alltagskompetenzen erfasst durch das geriatrische Assessment	20- 21
6.1.4	Der geriatrische Patient und seine Besonderheiten.....	21- 24
	Depression in der Geriatrie	22- 23
	Haupt- und Nebensymptome sowie Komplikationen der Depression	23
	Depression und soziales Umfeld geriatrischer Patienten	24
6.1.5	Gesundheitsförderung und Prävention in der Geriatrie	25- 32
	Schnittstelle stationäre und extramurale Versorgung- Schnittstellenmanager	26
	Empowerment im sozialen Umfeld geriatrischer Patienten	26- 29
	Informed- Decision- Making als standardisierter Entscheidungsprozess	29- 30
	Complianceassistenten (Compass) im sozialen Umfeld geriatrischer Patienten	30- 31
	Training on the Job (TOJ)	32
6.1.6	Sozialdemographischer Wandel- ambulante Dienste	33- 35
	Rolle von ambulanten Diensten im extramuralen Bereich	33- 35
7	Schlussfolgerung.....	35- 37
7.1	Beantwortung der Forschungsfrage	35- 37
8	Diskussion und Ausblick	37- 38
9	Literatur- Quellen- und Abbildungsverzeichnis	39- 42

1 Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet zu haben und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 28.2.2013

A photograph of a handwritten signature in blue ink on a light-colored surface. The signature is written in a cursive style and reads "Sauseng Kp.".

Klaus Peter Sauseng

2 Vorwort

Um das Studium der Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der medizinischen Universität Graz abzuschließen, sind am Ende des Studiums zwei Bachelorthesen vom Studierenden zu verfassen. Beide von mir verfasste Thesen kreisen um das Fachgebiet Geriatrie. Geriatrie ist für mich als zukünftiger Gesundheits- und Pflegewissenschaftler ein sehr spannendes Themenfeld, welches mich in seinen Bann gezogen hat. Dies war einer der Gründe warum ich in meiner ersten These den Schwerpunkt auf die Dauermedikation bei geriatrischen Patienten gesetzt habe. In dieser ersten von mir verfassten Arbeit habe ich sowohl aufgezeigt, welche Möglichkeiten es zur Messung der einzunehmenden Medikationen im sozialen Umfeld zum jetzigen Zeitpunkt bereits gibt, als auch neue Ansätze erörtert.

Die Idee der Intelligenten Tablettenbox (ITB), mit welcher ich den Kategorieerfolg „Beste Idee der Medizinischen Universität“ des Ideenwettbewerbs des Science Park Graz im Sommersemester 2012, bei dem alle steirischen Hochschulen zur Teilnahme eingeladen waren, erzielt habe, hat mich zur Verfassung meiner ersten These (Die Messung der Compliance bei geriatrischen Patienten) motiviert. Durch zahlreiche Gespräche mit Professor Dr. Gerhard Wirnsberger während der Verfassung dieser wurde mir bewusst, dass ich auch meine zweite These dem Themenkreis der Geriatrie widmen werde.

Da die Idee lediglich in der Lage wäre einen „technischen“ Lösungsansatz zur Verbesserung des Non- Compliance/ Adhärenz Phänomens bei geriatrischen Patienten im sozialen Umfeld anzubieten, werde ich mich in dieser Arbeit mit den „humanen“ Einflussfaktoren auf die Therapietreue (Compliance) auseinandersetzen. Durch die wissenschaftliche Betrachtung werde ich zahlreiche Ansätze aufzeigen, um die Compliance mit „humanen“ Faktoren in der Geriatrie zu steigern.

Wie in meiner ersten These skizziert, basiert Compliance der geriatrischen Pharmakologie auf drei Ebenen. Auf der Arzt/ Patienten-, Patienten/Arzt- und der Patient/ soziales Umfeld Ebene. Der Fokus dieser Arbeit wird auf die Patient/ soziales Umfeld Ebene gelegt. In dieser Ebene wird der technische Aspekt mit dem „Humanen“ Faktor der Compliance bei geriatrischen Patienten verbunden.

Ich sehe in dieser Ebene viele Verbesserungsmöglichkeiten für die medikamentöse Therapie geriatrischer Patienten. Durch die Aufgliederung der medikamentösen Therapie in drei Ebenen, kann man die Einflussfaktoren auf die Compliance transparent ausarbeiten. Diese Aufteilung dient zur Analyse der Hauptproblematiken der jeweiligen Ebene. Unumstritten ist, dass die Patient/ Soziales Umfeld Ebene von laufenden Veränderungen gekennzeichnet ist. Diese Dynamik hat einen großen Einfluss auf das Complianceverhalten geriatrischer Patienten im sozialen Umfeld. Mit großer Sicherheit bleibt die Familie auch zukünftig der Ort wo die meisten Pflegeleistungen vollzogen werden.

Durch zahlreiche gesellschaftliche Veränderungen wird dies zunehmend zu einem wachsenden Problemfeld und bleibt auch zukünftig Zündstoff in vielen gesundheitspolitischen Diskussionen. Um eine Verbesserung dieses latenten Problems anbieten zu können, muss man Entwicklungen mit einem wachsamen wissenschaftlichen Auge verfolgen. Daraus allein können neue Denkansätze gewonnen und Lösungen systematisch- Schritt für Schritt erarbeitet werden.

2.1 Sprachliche Gleichbehandlung

Die in dieser Arbeit verwendeten personenbezogenen Ausdrücke betreffen, soweit dies inhaltlich in Betracht kommt, Frauen und Männer gleichermaßen.

2.2 Danksagung

Für die fachliche aber auch mentale Unterstützung im Rahmen dieser Arbeit möchte ich Herrn Ao. Univ. Professor Dr. med. Gerhard Wirnsberger danken. Er hatte jederzeit ein offenes Ohr für meine Anliegen und förderte dadurch meinen wissenschaftlichen Denkprozess.

Besonderen Dank möchte ich meiner Familie aussprechen, die mich während der Studienzzeit stets unterstützt und aufgebaut hat. Meinen Eltern möchte ich von ganzen Herzen Danken und aus tiefen Respekt und Stolz, diese Arbeit widmen.

Meinem Bruder Mag. jur. Martin Robert Sauseng möchte ich für diverse Ablenkungen in den schweren Phasen meines Studiums sowie während dieser Arbeit brüderlich danken.

Meiner Freundin Fr. Dr. med. Martina Leodolter danke ich, aus Liebe zu ihr.

Der Akademie Drumbl- GmbH möchte ich für die jahrelange Zusammenarbeit danken und großes Lob aussprechen.

Weiterer Dank gilt meinen langjährigen Freunden, die nicht von meiner Seite gewichen sind, auch wenn meine Zeit durch Arbeit und Studium äußerst knapp bemessen war.

3 Disposition/Abstract

3.1 Deutsch

Geriatrische Symptome sind meist multifaktorieller Genese. Daher ergibt sich, dass diese mehrdimensional und interdisziplinär therapiert werden müssen. Neben den allgemein bekannten geriatrischen Symptomen wie Immobilität, Stürzen, Inkontinenz und Verwirrtheit, gibt es vier weitere Symptome. Diese sind iatrogene Störungen, wie unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen (UAW), Depression, Malnutrition sowie Störungen des Flüssigkeitshaushaltes. Um ein ganzheitliches Bild eines geriatrischen Patienten zu erhalten müssen diese ergänzend aufgezählt werden. (vgl. Burkhardt H. , Wehling M., 2011, S. 6- 25)

Das geriatrische Management (GM) fasst alle Bereiche zusammen die zur optimalen Versorgung des geriatrischen Patienten führen. Dabei wird auch sein soziales Umfeld implementiert. Das geriatrische Management läuft in sieben Teilschritten ab, und gibt ein Gesamtbild mit möglichen Potentialen und Einschränkungen des Patienten. (vgl. Wettstein et al, 2001, .S. 1-7) Dabei fokussiert es nicht nur physische Gebrechen, sondern versucht, bei mangelnder Motivation, diese zu Gunsten der Rehabilitation zu steigern. Dabei spielt professionelles Empowerment eine Rolle. Es versucht Fähigkeiten des geriatrischen Patienten zu erhalten, als auch zu fördern. Ziel ist es, gewisse Tätigkeiten selbst durchführen zu können. Hier wird besonders auf die Fähigkeit der selbständigen, selbstverantwortlichen Tabletteneinnahme fokussiert. In diesem Zusammenhang kann man von „self- managed- care sprechen. Durch diesen Ansatz können geriatrische Patienten durch Mentoren als Vorbilder (z.b. Complianceassistenten) motiviert werden, um sich selbst für diese Tätigkeit zu engagieren. Dadurch wird ambulante Behandlung vor die Hospitalisation gesetzt. Im Gegensatz zu Hospitalisation, die als „Niederlage“ empfunden wird, führt eine ambulante Behandlung in den meisten Fällen zu Motivation geriatrischer Patienten. Ambulante Behandlung benötigt entsprechende Angebote. Wenn diese Angebote nicht vorhanden sind, können alle Bemühungen umsonst gewesen sein. (vgl. Rössler W., 2004, S.151)

Zwischen intramuralem und extramuralem Bereich wird somit eine wesentliche Schnittstelle ersichtlich.

An diesen mangelt es oftmals an ausreichender Information von Patienten und ihren Angehörigen. Dieser Informationsmangel kann für den weiteren Verlauf der Versorgung geriatrischer Patienten im ambulanten Bereich zum Verlust des Empowerments führen. Um diese Informationslöcher an den Schnittstellen zu stopfen, können Schnittstellenmanager eingesetzt werden. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S. 63).

Steigende Kosten im Gesundheitswesen, bedingt durch den demographischen Wandel, sind allgegenwärtige Themen in gesundheitspolitischen Diskussionen. In diesen Diskussionen werden Forderungen von Gesundheitsförderung für alte Patienten immer deutlicher. Diese sollen auf eine Vermeidung von frühzeitiger Alterspflegebedürftigkeit abzielen. Es wird dabei ersichtlich, dass dies nicht nur Leistungen der Medizin sind, sondern dass auch andere Disziplinen (z. B. Pflege- und Gesundheitswissenschaft) in dieses Vorhaben implementiert werden müssen.

Schwerpunktmaßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention sowie Rehabilitation geriatrischer Patienten nehmen damit einen hohen Stellenwert in der Versorgung ein.

(vgl. Böhmer F., Rosenmayr L., 2006, S. 94- 97)

Adäquate Versorgung geriatrischer Patienten, durch das Verstehen der physischen und psychischen Eigenheiten dieser, sind für die vorliegende These von essentieller Bedeutung. Förderung und Unterstützung im sozialen Umfeld geriatrischer Patienten, sollen dem Phänomen der Therapietreue (Compliance) neue Bedeutung geben. Dabei wird deutlich, wie sehr humane Faktoren durch technische Faktoren begleitet, von Wichtigkeit für die Versorgung geriatrischer Patienten sind.

Insgesamt nimmt dieser Patientenkreis eine besondere Stellung ein. Dies soll dem Leser durch die wissenschaftliche Abhandlung der Forschungsfrage deutlich dargelegt werden. Besonders wichtig erscheint es den geriatrischen Patienten nicht nur durch die altersbedingten physischen und psychischen Symptome zu definieren, sondern Möglichkeiten zur Förderung der Selbsthilfekompetenz (Compliance) aufzuzeigen.

Daher ist das Ziel dieser Arbeit, dem Leser einen bildhaften nachvollziehbaren Einblick in präventive gesundheitsfördernde Maßnahmen im sozialen Umfeld geriatrischer Patienten, mit besonderer Fokussierung auf die Therapietreue (Compliance), zu geben.

3.2 Englisch

Geriatric symptoms are multi-factorial in most cases. Therefore they have to be treated multi-dimensionally and interdisciplinary. There are four more geriatric symptoms apart from the commonly known as immobility, fall, incontinence and disorientation. These are medical mishaps such as adverse medical effects, depressions, malnutrition and disorders in human fluid balance. To look at the geriatric patient in its entirety, these symptoms have to be named additionally. (Cf. H. Burkhardt, Wehling M., 2011, pp. 6- 25)

Geriatric management combines all fields that may lead to an optimal care of the elderly people. To achieve this goal the social environment of the geriatric patient is also considered thoroughly. Geriatric management works with seven sub-steps and delivers a general view of all possible capabilities and impairments. (Cf. Wettstein et al, 2001. pp .1- 7)

It does not focus only on physical deficiency but attempts to raise the motivation of the patient to the benefit of rehabilitation. Professional empowerment plays an important role in this context. It tries to preserve but also foster the patient's abilities. The goal is to help the patient to perform certain independent actions on his own. The ability of an autonomous and self-responsible intake of pills is highlighted in that context and it can be seen as a sort of self-managed care. Mentors (e.g. Compliance assistants) can serve as an inspiring example to motivate the geriatric patients to take care of their own. Therefore outpatient treatment should be preferred to inpatient treatment. Outpatient treatment often leads to more motivation of geriatric patients as opposed to the inpatient treatment which is often seen as a "defeat". Due to this fact outpatient treatment requires appropriate offerings. All efforts would be in vain if these offerings did not exist. (Cf. Rössler W., 2004, p.151)

There is indeed an important point of intersection between the intramural and extramural sector. Unfortunately there is often a lack of information in this very important interface that can lead to a loss of empowerment. This lack of information can lead to a loss of empowerment during the course of outpatient treatment of geriatric patients.

It would help to close this gap by appointing specialists as interface managers. (Cf. Bundesministerium für Gesundheit, 2013, p. 63).

The rising costs of health services due to the demographic change are a ever-present issue to discuss. In these discussions the promotion of health of elderly people is clearly demanded.

Promotion of health should help to avoid early care dependency among elderly people. It can clearly be stated that this goal cannot be achieved through medical accomplishments only but also through the inclusion of health and care science. The emphasis on health promotion, prevention measures as well as rehabilitation of geriatric patients is playing an essential role in care of old people. (Cf. Böhmer F., Rosenmayr L., 2006, pp. 94- 97)

Appropriate care, achieved through the understanding of the special needs of elderly people, is very important to sustain this assumption.

Humanity, accompanied by medical-technical support, is of very high importance in the care of geriatric patients, a group of frail people which needs to be paid special attention to. This should become clear to the reader after reading the treatise of the research question.

It is most important to define the geriatric patient not only through physical and mental problems, but to show possibilities to gain self-help capacity which can lead to a more independent life.

The goal of this thesis is to show the reader how a process of prevention and health promotion measures within the social environment of geriatric patients may lead to more compliance.

4 Einleitung

Der betagte Mensch als Patient ist ein besonderer. Dadurch bekommt das Fach der Geriatrie seinen besonderen Reiz. Dass Geriatrie einen wichtigen Platz in der Medizin für eine alternde Gesellschaft einnimmt, ist anhand des demographischen Wandels zu begründen. Mit der Zunahme der Lebenserwartung steigt auch die Häufigkeit von Multimorbidität an. Der Patient präsentiert gleichzeitig mehrere Symptome verschiedener Erkrankungen die sich oft nur durch straffe Diagnostik zuordnen lassen. Diese Besonderheiten finden wir nicht nur in der physischen, sondern auch im der psychischen Ebene. In der Ebene der physischen Erkrankungen sind es vor allem Erkrankungen des Herz- Kreislauf- Systems, Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus sowie Abnützungen des Stütz- und Bewegungsapparates. Neben diesen physischen Leiden spielen psychische Probleme, die durch das Ausscheiden aus dem Arbeits- und teilweise auch aus dem Sozialleben bedingt sind, eine große Rolle. Problematisch ist ein oft uncharakteristischer Krankheitsverlauf der häufig mit normalen Altersbeschwerden verwechselt wird. Diese Symptomarmut besteht leider nicht nur bei chronischen Erkrankungen sondern auch häufig bei akuten Ereignissen. Weiters können chronische Problematiken akute Ereignisse verschleiern. (vgl. Tragl K.H., 1999,S. 1-3)

Multimorbidität ist somit ein Indikator für eine erhöhte Verletzbarkeit eines geriatrischen Patienten, denn sie bedingt eine Polypharmazie. Polypharmazie bedeutet, dass gleichzeitig mehrere Wirkstoffe eingenommen werden müssen. Die problematische Grenze ist die gleichzeitige Einnahme von fünf und mehr Präparaten, denn die Wahrscheinlichkeit einer unerwünschten Arzneimittelnebenwirkung (UAW) ist hoch, und das Entstehen einer sogenannten „prescribing cascade“ wahrscheinlich. Dies bedeutet, dass aufgrund der entstandenen Nebenwirkungen weitere Medikationen eingesetzt werden um diese zu therapieren. (vgl. Burkhardt H. , Wehling M., 2011, S. 1-4)

In der Medikamenteneinnahme nimmt Therapietreue (Compliance) einen wichtigen Stellenwert ein. Dieser Terminus bezeichnet die Bereitschaft des Patienten die richtige Tablette in der richtigen Anzahl zu einem bestimmten Zeitpunkt einzunehmen und nimmt altersunabhängig mit der Anzahl der verordneten Medikamente ab. Man spricht von Non-Compliance. (vgl. Oster P., Schuler M., 2008, S.49)

Großen Einfluss auf die Compliance hat die Motivation des Patienten. *„Motivation wird dadurch erreicht, dass der Patient an die Wirksamkeit der Therapie glaubt, eine Belohnung in Form von Verbesserung des Gesundheitszustandes und sozialer Unterstützung für wahrscheinlich hält und diese Belohnung als hochwertig einschätzt“.*

(Kreyer V., 2001, S.129)

Motivation bedingt aber auch Information des Patienten, der damit immer mehr ins Zentrum der Behandlung rückt. Gesundheitsfördernde Konzepte wie Empowerment zielen darauf ab, dem Patienten Zugang zu Informationen zu bieten, sowie Information über Krankheiten, Behandlungsmöglichkeiten in einer verständlichen Sprache zu vermitteln. Autonomie, Mut und Verantwortung sind hier wichtige Schlagwörter. Dies bedeutet, dass der Betroffene sein Schicksal nicht in fremde Hände legen muss, sondern aktiv als Partner auftreten darf. Im Rahmen der Compliance kann dies bedeuten, dass Empowerment als Instrument zum Finden, Entwickeln und Üben von Fertigkeiten (richtige Tabletteneinnahme) gebraucht werden kann. Diese Methode kann den Patienten die nötige Kraft, Ermutigung, Motivation und Unterstützung geben um für sich selbst Verantwortung zu übernehmen. Damit ist er selbst Bestandteil des therapeutischen Prozess. (vgl. Rössler W., 2004, S.147- 148)

Dieser gesundheitsfördernde Ansatz kann zur Optimierung der Compliance führen. Unter dem Begriff der Optimierung versteht man, dass noch Entwicklungspotential in einen geriatrischen Patienten vorhanden ist und dieses aktivieren kann. Dies kann zu einer Stärkung der physischen als auch psychischen Ressourcen führen. Des Weiteren hängt der Prozess der Optimierung von stimulierenden Umweltbedingungen ab. (vgl. Wettstein et al , 2001, S.29)

Therapietreue (Compliance) und Empowerment stehen damit sichtbar in einen Zusammenhang. Der Complianceassistent (Compass) kann zur Verknüpfung von Compliance und Empowerment des geriatrischen Patienten im sozialen Umfeld beitragen. Das Phänomen der Therapietreue kann er durch Medikamententrainingsprogramme im Rahmen von Schulungen steigern, und dadurch eine Stärkung des Kooperationsverhältnisses erreichen. Dieses Modell ist vor allem bei der durch Polymedikation überforderten geriatrischen Patientengruppe sinnvoll. (vgl. Amelung et al., 2009, S.335- 340)

5 Material und Methoden

Die eingereichte Bachelorarbeit wurde durch Recherche in verschiedenen wissenschaftlichen Quellen erstellt. Diese Quellen wurden auf ihre Wissenschaftlichkeit geprüft und nach dieser sinngemäß interpretiert und reflektiert. Dieser Prozess kann durch die detaillierte Zitierung nach den vorgegebenen Zitierregeln verfolgt werden. Ziel dieser Arbeit war die Definition und Beantwortung der Forschungsfrage mittels schematischer Abhandlung derselben. Es stellten sich Unterfragen, die in einer Vorgehensweise des wissenschaftlichen Arbeitens, abgehandelt und beantwortet wurden, um somit schrittweise und systematisch die gestellte Forschungsfrage zu beantworten. Die Beantwortung der Forschungsfrage wurde abgesehen von einer ausführlichen Literaturrecherche auch durch Gespräche mit Professoren aus diesem Fachgebiet und für dieses Thema wichtigen, praktischen Beobachtungen in bestimmten Settings erreicht.

Da sich dieses Thema interdisziplinär betrachten lässt, wurde versucht, die Leistungen, die Gesundheits- und Pflegewissenschaft zur Steigerung der Compliance bei geriatrischen Patienten im sozialen Umfeld beitragen kann, besonders herauszuarbeiten, sowie nachvollziehbar darzustellen. Dabei wurde besonders die Ebene Patient/ soziales Umfeld dargestellt.

Diese Arbeit beschränkt sich nicht nur auf das Zusammentragen zahlreicher Literatur sondern findet auch Platz für eigene Argumente und wachsame Reflexionen aus der Praxis. Dem kritischen aufmerksamen Lesen von wissenschaftlichen Quellen wurde besondere Aufmerksamkeit geschenkt was zu immer wieder neuen Denkanstößen für eine ganzheitliche Betrachtung des Complianceverhaltens geriatrischen Patienten in das soziale Umfeld führte.

6 Ergebnisse und Resultate

6.1 Forschungsfrage

Kann man durch gezielte Interventionen eine Compliancesteigerung bei geriatrischen Patienten im sozialen Umfeld erreichen? Wenn ja- wodurch, in welchem Ausmaß, und mit welchen Mitteln könnte dies erreicht werden?

6.1.1 Die drei Ebenen der medikamentösen Therapie

Die Ebenen der medikamentösen Therapie im geriatrischen Setting kann man in drei Kategorien unterteilen. Diese drei Ebenen zeigen Stärken und Schwächen in der pharmakologischen Therapie auf. Durch die Analyse dieser, ergeben sich neue innovative Denkansätze. Diese Denkansätze können zur einer Steigerung der Compliance im geriatrischen Bereich beitragen. In der vorliegenden Arbeit wird der Fokus auf die zweite Ebene gelegt: Die Patient/ soziales Umfeld Ebene. (vgl. Sauseng K. P., 2012, S.25)

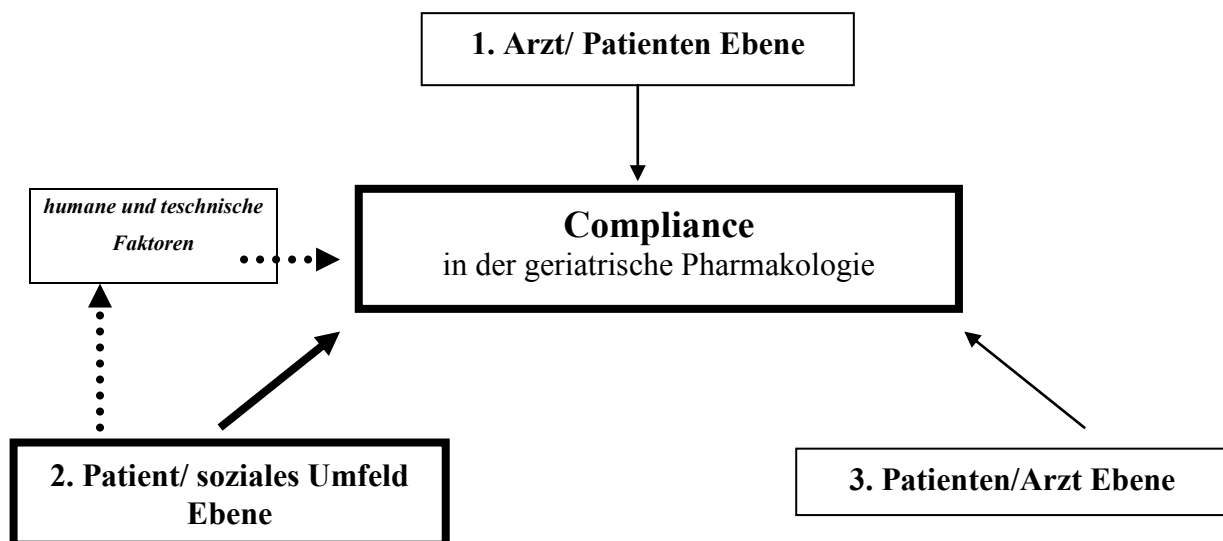


Abbildung 1: eigene Darstellung: Einfluss von humanen und technischen Faktoren auf die Therapietreue

Gerontopharmakologie

Die pharmakologischen Besonderheiten bei älteren Patienten werden unter dem Begriff „Gerontopharmakologie“ zusammengefasst. Dies impliziert sowohl gehäufte Nebenwirkungen als auch das Complianceverhalten im Alter.

Mehr als zwei Drittel aller Nebenwirkungen treten bei Patienten über 60 Jahren auf. Am häufigsten treten orthostatische Blutdruckabfälle, bradykarde Arrhythmien sowie Verwirrtheit auf. Dabei lassen sich Altersbeschwerden, Krankheitssymptome und medikamentöse Nebenwirkungen oft sehr schwer voneinander unterscheiden. (vgl. Wettstein et al , 2001, S.17) Zunehmendes Alter bedeutet eine Änderung der Pharmakodynamik und Pharmakokinetik. Unerwünschte Nebenwirkungen bei älteren Patienten entstehen durch eben diese Veränderungen. Oft werden sie fälschlich als eine Abnahme der cerebralen Leistung interpretiert, wobei diese Konsequenzen der ärztlichen Verordnung sind und im Alter nur schwer kompensiert werden. (vgl. Fröhlich J.C., Kirch W., 2003, S. 96-98)

Weiters darf die Abnahme der renalen Funktion nicht vergessen werden. Nachdem vierzig Prozent der Medikamente nur über die Nieren ausgeschieden werden, ist sie im Alter von großer Relevanz für die Pharmakotherapie. Die Problematik ist die altersabhängige Einschränkung der renalen Eliminationsrate. Diese wird als regelhaft auftretende Besonderheit in der geriatrischen Pharmakokinetik beschrieben. Des Weiteren treten Veränderungen im Gastrointestinaltrakt, der Leber und bei den plasmatischen Transportproteinen auf: herabgesetzte Motilität, verzögerte Magenentleerung, erhöhter pH-Wert im Magen, ein reduzierter First Pass Effekt bei geringerer Lebermasse und eine Abnahme des Albumins und Zunahme des Antitrypsin. Außerdem nimmt im Alter das Körperfett auf Kosten des Körperwassers zu. Die Konsequenz ist ein geringeres Verteilungsvolumen und ein gesteigerter Anteil freier- ungebundener Pharmaka. Somit sollte im Alter eine niedrige Einstiegsdosis mit langsamem Herantasten an die Zieldosis in Erwägung gezogen werden. (vgl. Burkhardt H. , Wehling M., 2011, S. 17-20)

Compliance- Die Therapietreue

Der Begriff der Compliance beschreibt die geforderte regelmäßige Tabletteneinnahme, sowie die Fähigkeit zu dieser. Es gibt eine Reihe von Einflussfaktoren auf die Compliance. So steuert die Art der Erkrankung die medikamentöse Therapie. Die Fähigkeit der Einnahme dieser Medikation ist durch Mobilität, Kognition und Sensorik beeinflussbar. Äußerst relevant erscheinen außerdem demographische und soziale Faktoren, welchen in dieser Arbeit besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird. Dazu zählen Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildung, Lebensform, Wohnform sowie der Zugang zu ambulanten Diensten. (vgl. Findl et al, 2001, S3)

Neben den oben erwähnten Einflüssen zur Fähigkeit der korrekten Einnahme der Medikation, sind Einschränkungen der Sehkraft von hoher Relevanz. Vor allem spielen hier diabetische Retinopathie, Glaukom, Katarakt und Makulopathie eine Rolle. Untersuchungen ergaben, dass geriatrische Patienten oftmals Problematiken mit der Handhabung von Medikamentenverpackung und der Eindosierung haben. (vgl. Burkhardt H. , Wehling M., 2011, S. 13)

Studien haben gezeigt, dass die Fähigkeit zur Compliance zwischen 50 bis 70 Prozent liegt. Das bedeutet, dass im Schnitt die Hälfte der Patienten zur Therapietreue fähig ist. Der Rest- also 30 bis 50 Prozent- der Patienten nimmt die verordnete Medikation nicht in der richtigen Menge und/oder nicht zum richtigen Zeitpunkt ein. Man bezeichnet dies als Non-Compliance, welche im Gesundheitssystem hohe Kosten verursacht.

Da das Complianceverhalten bei Älteren deutlich eingeschränkt ist, wird diesem Phänomen in der Geriatrie vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden müssen. Zur Steigerung der Compliance ist Empowerment ein wichtiger Faktor. Empowerment bedeutet, dass Selbstverantwortung, Gestaltungsspielraum und Ressourcen stärker aktiviert und gefördert werden. Man spricht von einem Selbstmanagement-Ansatz. Dieser Ansatz kann in der Patient/soziales Umfeld Ebene gut realisiert werden. Empowerment und Compliance stehen somit in einem engen Zusammenhang. (vgl. Amelung et al., 2009, S.235- 236)

6.1.2 Definition und Bedeutung der Geriatrie

„Der Lehrstuhl der Geriatrie sollte aber nicht nur der medizinischen Disziplin allein vorbehalten bleiben, sondern Pflegewissenschaft, Sozialwissenschaft, Geisteswissenschaft und Medizin sollten gemeinsam für das Wohl der alternden Gesellschaft zusammenarbeiten.“
(Steidl S., Nigg B, 2008, S.28)

Geriatrie ist eine multidisziplinäre, mehrdimensionale Wissenschaft, die den alten Menschen in den Mittelpunkt stellt. Sie implementiert natur-, geistes- und sozialwissenschaftliche Denkansätze um eine ganzheitliche Betrachtungsweise zu ermöglichen. Geriatrie betrachtet den alten Menschen mit seinen besonderen Problemen sowie körperlichen Erkrankungen, sozialen und psychischen Veränderungen und bietet Platz für die persönlich vorhandenen Ressourcen. Diese Ressourcen werden gezielt in multidisziplinären Behandlungsansätzen eingesetzt, um ein uneingeschränktes Alltagsleben so lange wie nur möglich zu erhalten und somit ein gewisses Maß an Selbstpflege beizubehalten. Multimorbidität und die oft damit verbundene Chronizität bringen Selbstpflegeeinschränkungen mit sich und werden in den Fokus der Geriatrie gestellt um Funktionalität so lang wie möglich zu gewährleisten.

Alter als einziger Indikator kann nicht ausreichen um Geriatrie zu beschreiben, denn der Prozess des Alterns beginnt bei jedem Menschen zu einem unterschiedlichen Zeitpunkt. Nun wird ersichtlich, warum die ganzheitliche Betrachtungsweise im Sinne bio-, psycho-, sozialer- Aspekte, unter besonderer Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen, den Mittelpunkt und Kern der Geriatrie darstellt, und nicht die statische Betrachtung des biologischen Alters. Damit stehen Bemühungen zur Verhinderung von altersbedingten Phänomenen, aufgrund der immer schlechter funktionierenden Organe, im Fokus. Der Alterungsprozess kann durch verschiedene zytotoxische Substanzen aber auch genetische Prädisposition beeinflusst werden. Dadurch sinkt die natürliche Funktionsreserve der Organe ab. Alterskrankheiten stellen sich unter dieser Betrachtungsweise schleichend ein. Es entstehen Polypathologien die im Laufe der Zeit chronifizieren und symptombezogen dauerhaft behandelt werden müssen. (vgl. Steidl S., Nigg B, 2008, S.10- 28)

Geriatric kann als Teilgebiet der Medizin betrachtet werden, das sich durch einige Aspekte abgrenzt und selbstdefiniert. So sieht Geriatric nicht isoliert Krankheiten, sondern beschäftigt sich mit Einschränkungen, die daraus resultieren, und Veränderungen in den verschiedenen Ebenen mit sich bringen. Daher verfolgt Geriatric eine ganzheitliche multidimensionale Sichtweise, die Körper, Psyche und soziales Umfeld in Wechselwirkung sieht. Das bedeutet, dass dieses Fach auch nicht ärztliche Berufsgruppen in Entscheidungsprozesse integriert, und kein klassisches Einzelfach ist. (vgl. Runge M., Rehfeld G., 2001, S. 26-28)

Multidimensionaler- Interdisziplinärer Ansatz in der Geriatric

Das Ziel des multidimensionalen Ansatzes ist, bestehende Reserven auszubauen und verlorene Fähigkeiten wiederzugewinnen. Außerdem sollen psychosoziale Benachteiligungen durch körperliche Einschränkungen verhindert werden. Diese Herangehensweise richtet sich auf die Erfassung von Reserven und Defiziten mittels geeigneten Instrumenten, wobei die Beziehung zum Klienten expertengeleitet und Klientenorientiert ist. Das Ziel des interdisziplinären Ansatzes ist die Vermittlung von Zusammenhängen zum Thema Gesundheit und normales Altern. Bei dieser Methode wird ein interdisziplinär arbeitendes Expertenteam benötigt. Dieses Team übernimmt gesundheitsfördernde Beratung und Maßnahmen für ältere Menschen. Dieser Ansatz erscheint besonders im Fachgebiet Geriatric wichtig für die Gesundheitsförderung. (vgl. Von Renteln-Kruse W., 2009, S.31- 32)

Eine interprofessionelle Kooperation führt zu einer Ausweitung des Gesundheitsverständnisses aller Beteiligten welches insbesondere durch die wachsende Komplexität menschlicher Gesundheitsprobleme immer bedeutender wird. Häufig ergeben sich jedoch Probleme in dieser Kooperation wie fehlender Austausch von Informationen, unterschiedliche Menschenbilder der Professionen, unterschiedliche Einmischstrategien, fehlendes Wissen in Bezug auf die anderen Professionen (deren Skills, deren Sprache) oder unterschiedliche rechtliche Standards (z.B. Datenschutz). Daher sind Aufgabenklärung, Flexibilität, Respekt und Vertrauen, Zielverträglichkeit, offene Kooperation und systembezogene Perspektiven wichtige Voraussetzungen dieser Kooperation. (vgl. Thole W., 2012, S.497- 503)

6.1.3 Das geriatrische Behandlungsteam

„Das geriatrische Behandlungsteam ist interdisziplinär ausgerichtet. In jeden Fall sollen Ärzte, Ergotherapeuten, Logopäden, Pflegetherapeuten, Physiotherapeuten und Sozialarbeiter im Team mitarbeiten. Alle Teammitglieder sollten Behandlungskonzepte für die häufigsten Probleme der Älteren kennen, wie Immobilität, Stürze, Sturzfolgen, Verwirrtheit, Flüssigkeits- und Ernährungsprobleme, chronischen Schmerz, Inkontinenz und sensorische Einschränkungen wie Sehen und Hören “(Hansen W., 2007, S.40)

Somit versucht das multidisziplinäre Fach der Geriatrie die Autonomie der Patienten so lange wie nur möglich sicherzustellen, beziehungsweise wiederherzustellen um Einschränkungen, die das tägliche Leben behindern würden, gering zu halten. Dabei wird ein besonderes Augenmerk auf die Nutzung persönlicher Ressourcen gelegt.

Aus dieser Betrachtungsweise heraus wird ersichtlich, dass die Förderung der Autonomie durch Kommunikation zwischen der Arzt-Patienten beziehungsweise Pflege- Patienten Ebene ein wichtiger Punkt ist. Gleichzeitig wird so die Achtung der Menschenwürde sichergestellt. (vgl. Eibach U. 2005,S.7-8)

Dieser mehrdimensionale Zugang erweist sich in Bezug auf die Behandlung geriatrischer Patienten als wesentlich. Somit sollte der Fokus pflegewissenschaftlicher Bemühungen auf die Entwicklung innovativer Lösungsansätze zur Steigerung der Compliance im sozialen Umfeld gerichtet werden. Die Ebene Patient/ soziales Umfeld sollte an dieser Stelle Forschungsschwerpunkt sein.

Geriatrisches Assessment (GA)

Das geriatrische Assessment dient der Erfassung von Funktionsdefiziten.

Das Wort Assessment bedeutet dabei Einschätzung, Beurteilung, aber auch Funktionsbewertung. Dabei werden Möglichkeiten der eigenständigen Lebensführung sowie die Ausführung täglicher Aktivitäten erhoben. Es wird die Gefahr von Multimorbidität, Gebrechlichkeit, Hilfs- und Betreuungsbedürftig erhoben.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Gesundheit des geriatrischen Patienten in drei Bereichen erfasst wird: den biologischen, psychologischen und sozialen Funktionen, welche ein Gesamtbild ergeben. Da diese Bereiche Mehr- Multidimensional sind, muss auch ein multiprofessionelles geriatrisches Team die Erhebung durchführen. Damit ergibt sich ein globales Bild der Gesundheit des geriatrischen Patienten. Somit ist das geriatrische Assessment eine notwendige Ergänzung von Anamnese und Status und ermöglicht eine Systematisierung der Behandlung.

Die Beurteilungsdimensionen sind physische Funktionen, kognitive Funktionen, emotionale Funktionen, ökonomische Funktionen, soziale Funktionen, aber auch die häusliche Umgebung.

Die Wichtigkeit dieses ganzheitlichen Assessments liegt darin, dass durch konventionelle Methoden Funktionseinschränkungen häufig nicht erkannt werden. Doch gerade das frühzeitige Erkennen von Verlust der Autonomie wird als Qualitätskriterium in der geriatrischen Betreuung gesehen.

In diesem Assessment wird auch die mögliche Umsetzung der Einnahme der Medikation beurteilt. (vgl. Böhmer F, Füsgen I., 2008,S. 34- 52)

Alltagskompetenzen, erfasst durch das geriatrische Assessment

In Zukunft wird man vermehrt auf externe Hilfe zurückgreifen müssen um das fehlende soziale Netzwerk zu kompensieren. Der Begriff der Alltagskompetenz geriatrischer Patienten beschäftigt sich mit der Verrichtung täglicher Aufgaben im sozialen Umfeld, die durch chronische Erkrankungen vermindert wird. Darunter versteht man, inwieweit der Patient in der Lage ist, sich täglich in seiner gewohnten Umgebung selbst zu versorgen.

Unter Versorgung versteht man Aktivitäten wie Essen, Waschen, Anziehen, Tabletteneinnahme und Bewegung. Man kann beobachten, dass Patienten ihre Potentiale nicht im vollen Rahmen ausschöpfen. Diese Einschränkungen führen zu einer Verminderung der Alltagskompetenz. Ziel jeder Intervention sollte das Rückführen des geriatrischen Patienten zur größtmöglichen Selbstständigkeit sein, um die Pflegebedürftigkeit so gering wie nur möglich zu halten. (vgl. Runge M., Rehfeld G., 2001, S.23- 25)

Das geriatrische Assessment sollte das soziale Umfeld möglichst vollständig analysieren. So sind Angaben über Angehörige von essentieller Bedeutung, denn diese könnten unterstützend im Haushalt mitwirken.

Zusammengefasst werden diese Punkte als Analyse des sozialen Netzwerks des geriatrischen Patienten bezeichnet, das durch Häufigkeit sozialer Kontakte und ihrer Qualität beurteilt wird. Für die Planung des Alltags geriatrischer Patienten spielen diese bei vorhandenen Einschränkungen eine große Rolle.

Demzufolge ist eine grobe Einschätzung der interfamiliären Struktur unerlässlich um Rollenverteilungen einzustufen. Dabei muss der primär pflegende Angehörige nicht zwingend Entscheidungsträger sein. In diesem Zusammenhang kann man neben den primär pflegenden Angehörigen einen sogenannten „Entscheider“ als zweite Person identifizieren, der den meisten Einfluss auf die zu pflegende Person hat. Auch dieser Zustand der Paternalisierung sollte durch das geriatrische Assessment erkannt werden.

Geriatrischen Patienten ist der Umstand dieser Paternalisierung oft nicht unrecht, denn aufgrund ihrer Hilfsbedürftigkeit nehmen sie freiwillig ihre Entscheidungsgewalt zurück, obwohl sie selbst noch in der Lage wären, diese Situation mit ihren vorhandenen kognitiven Leistungen zu durchschauen. (vgl. Rehfeld G., Runge M., 2001,126- 128)

6.1.4 Der geriatrische Patient und seine Besonderheiten

Das Wesentliche am geriatrischen Patienten sind die mulidimensionalen Wechselwirkungen zwischen Altersveränderungen, Krankheiten und Behinderungen. Somit ergibt sich ein Arbeiten im therapeutischen Team. Akutmedizinisch dominiert jedoch selbstverständlich der ärztliche Bereich.

Bei rehabilitativen Problemen haben die Pflege und funktionell-übende Therapien den größten Anteil. Zentral in der geriatrischen Betreuung ist damit der Begriff der „Teamarbeit“.

Man kann den geriatrischen Patienten als eine behinderte oder pflegebedürftige oder zumindest von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit bedrohte Person sehen. Weiters lässt sich feststellen, dass Krankheit und Funktionsminderung bei geriatrischen Patienten in enger Wechselwirkung stehen.

Daraus ergibt sich, dass das Fach Geriatrie nicht Krankheit sondern den Kranken und sein Umfeld behandeln muss. (vgl. Rehfeld G. , Runge M., 2001, S.5- 30)

„Sozialgerontologische Studien in Österreich zeigen, dass die gesundheitliche Beeinträchtigung umso geringer ist, je mehr Personen der Freundes- bzw. Bekanntenkreis umfasst“. (Böhmer F, Füsgen I., 2008,S. 15)

Depression in der Geriatrie

„Depressive Symptome im Alter sind häufig und oft reaktiv auf einen äußeren Verlust“
(Böhmer F, Füsgen I., 2008,S. 133)

Da bei alten Menschen das Krankheitsbild der Depression gehäuft auftritt, sollte man diesem in der Patient/ soziales Umfeld Ebene besondere Aufmerksamkeit schenken. Die Entstehung von Depression im Alter wird durch verschiedene Faktoren begünstigt. Der Verlust von nahen Angehörigen und Freunden, sowie der Verlust von Unabhängigkeit werden als Faktoren genannt. Man spricht von einer reaktiven Depression. Grundsätzlich kann Altersdepression viele verschiedene Ursachen haben. Der psychosoziale Bereich scheint eine tragende Rolle zu spielen, denn geriatrische Patienten sehen sich mit dem Verlust der Kontrolle über ihren Körper täglich konfrontiert. Dies kann zu dem Gefühl der Hilflosigkeit und sozialer Isolation führen. (vgl. Matolycz E. ,2011, S.30- 32)

Man kann feststellen, dass Ereignisse die das Leben verändern, Auslöser einer Depression sein können. Verschlechternd wirkt sich ein vorhandenes geringes Selbstwertgefühl aus. Dieses kann man als Verletzbarkeitsfaktor ansehen. Das bedeutet, dass die Kombination von geringem Selbstwert mit einem Ereignis das das Leben verändert, vermehrt zu Depression führt. (vgl. Küfferle B., Lenz G. , 2002, S.260)

Geriatrische Medizin findet im Spannungsfeld von körperlichen und psychischen Veränderungen statt. Diese zählt man zum Begriff der psychosomatischen Zusammenhänge. In den defizitreichen letzten Jahren des hohen Alters finden einige psychische Veränderungen statt. Die Intensität dieser wird durch die Innanspruchnahme sinnvoller Aufgaben, Interessen und sozialen Bindungen bestimmt. Depressive Reaktionen müssen in diesem Lebensabschnitt besonders hervorgehoben werden, um Schwierigkeiten von geriatrischen Patienten in ihrem sozialen Umfeld zu verstehen. (vgl. Bruder et al. , 1991, S.9-10)

„Zusammenfassend kann man feststellen, dass einer Mehrheit von depressiven Episoden belastende Ereignisse oder chronische Belastungen vorausgehen.“

(Küfferle B., Lenz G. , 2002, S.260)

Haupt- und Nebensymptome sowie Komplikation der Depression

Sinnvoll erscheint es, die Auswirkungen einer Depression im geriatrischen Setting genauer zu betrachten, um die Auswirkungen auf das Complianceverhalten im sozialen Umfeld zu verstehen. Depression wird hierbei in Haupt- und Nebensymptome unterteilt.

Generell kann festgehalten werden, dass eine Depression eine Erkrankung ist die mit einer starken Veränderung der Stimmung einhergeht. Sie wird durch viele verschiedene psychische und physische Veränderungen begleitet. Im geriatrischen Setting sind außerdem die psychosozialen Symptome zu beachten. Diese sind Verringerung der sozialen Kontakte, sowie eine Minderung des eigenen Antriebs. (vgl. Matolycz E. ,2011, S.30)

„Hervorstechend ist eine Änderung der Befindlichkeit ins Negative mit gedrückter Stimmung, Freud- und Interesselosigkeit, pessimistischer Grundhaltung und vermindertem Selbstwertgefühl“. (Küfferle B., Lenz G. , 2002, S.249)

Als Nebensymptome können speziell für den geriatrischen Patienten Hoffnungslosigkeit, Ängstlichkeit, verlangsamte Bewegungsabläufe, Vergesslichkeit, Gedankenflucht und sogenannte Morgentiefs von Bedeutung sein. (vgl. Leodolter M., Stebbegg B., 2009, S.6)

Die meist gefürchtete Komplikation einer Depression bleibt der Suizid und das gilt auch für ältere Patienten denn die Suizidrate steigt mit dem Alter an. Außerdem überleben ältere Patienten einen Suizidversuch seltener als jüngere Patienten und circa 80 Prozent der Suizidversuche geht eine Depression voran. Weiters besteht eine starke Rückfälligkeitsrate, die sich durch eine korrekte Therapie verbessern lässt. (vgl. Böhmer F, Füsgen I., 2008,S. 136) Das Complianceverhalten wird durch die Symptome einer Depression stark beeinflusst. Pessimistischen Grundhaltung, Vergesslichkeit, Gedankenflucht sind hier die minimierenden Faktoren. Dieser Umstand muss in der Patient/ soziales Umfeld Ebene beachtet werden um präventive Maßnahmen setzen zu können.

Depression und soziales Umfeld geriatrischen Patienten

„Der Freundeskreis senkt auch deutlich Symptome von Depressivität“.

(Böhmer F, Füsgen I., 2008,S. 15)

Dem sozialen Netzwerk (inklusive Familie und Freundeskreis) wird eine altersprophylaktische Relevanz zugesprochen. Man kann sagen, dass soziale Integration ein salutogener Faktor ist, wobei soziale Integration über familiäre Bindung hinausgeht.

Es wurde festgestellt, dass die Zukunftsaussichten geringer sind, je einsamer sich ein Patient fühlt. Das bedeutet, dass die Bemühungen auf den Erhalt von Gesundheit sinken. Selbstbestimmung hat einen wesentlichen Einfluss auf eine befriedigende Lebensführung. (vgl. Böhmer F, Füsgen I., 2008,S. 15- 16)

Der Umgang mit depressiven alten Menschen ist oft sehr anspruchsvoll und bedarf genauer Information. Diese Patienten kennzeichnen sich durch Passivität, Gereiztheit und Aggressionen. Interventionen im sozialen Umfeld lassen sich somit oft nur schwer steuern.

Die Erkrankung führt zu einer Vernachlässigung täglicher Aktivitäten. Häufig sind es schon einfache Dinge die nicht mehr selbständig durchgeführt werden können. Dazu zählt auch die selbstständige Einnahme der Medikation. Da diese aber wichtig für die Therapie der Erkrankung ist, sollte man so schnell wie möglich versuchen auf dieser Ebene ein Gleichgewicht herzustellen.

Dieses Gleichgewicht muss vor allem bei depressiven alten Patienten in kleinen Schritten angestrebt werden. Gezielte Interventionen bieten dem Patienten die Möglichkeit kleine Schritte der Besserung selbst zu gehen. Interventionen können bei Reizüberflutung und/oder Überforderung die gesamte Situation verschlimmern und eine dramatische Verschlechterung der Ausgangslage hervorrufen. Im Fokus stehen somit richtig dosierte, ausführliche Information und ehrliches echtes Auftreten bei Interventionen im sozialen Umfeld. (vgl. Matolycz E., 2011, S. 30- 31)

Zusammenfassend kann man sagen, dass Information und Schulungen kleine Schritte zur Selbstkontrolle darstellen und bei depressiven geriatrischen Patienten das Complianceverhalten verbessern können. Diese Verbesserung der Compliance kann durch verschiedene Ansätze in der Gesundheitsförderung erreicht werden.

6.1.5 Gesundheitsförderung und Prävention in der Geriatrie

Die Gesundheitsförderung zielt auf den Lebensstil der Menschen ab. Sie versucht Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen zu ändern. Das Ziel ist, größeren Einfluss auf die Erhaltung und Verbesserung von Gesundheit zu nehmen. Anders formuliert: die Bewahrung der Gesundheit und die Verantwortung dafür, soll zum täglichen Alltag gemacht werden. (vgl. Böhmer F., Rosenmayr L., 2006, S.97)

Da im geriatrischen Setting eine Vielzahl limitierender Faktoren auf die Compliance vorliegt, sollen jetzt Ansätze zur Prävention ausgearbeitet und vorgestellt werden. Naidoo und Wills beschreiben fünf Ansätze der Gesundheitsförderung die unterschiedliche Strategie verfolgen. Diese sind der präventiv- medizinische Ansatz, die Verhaltensänderung, Gesundheitsaufklärung- Erziehung, soziale Veränderung und das Empowerment. Diese fünf Ansätze überlappen sich und können in Kombination angewendet werden. Außerdem lassen sie sich in der Patienten/ sozialen Umfeld Ebene besonders gut anwenden. (vgl. Von Renteln-Kruse W., 2009, S.30- 31)

Übersicht: Gesundheitsförderung und Prävention in der Geriatrie

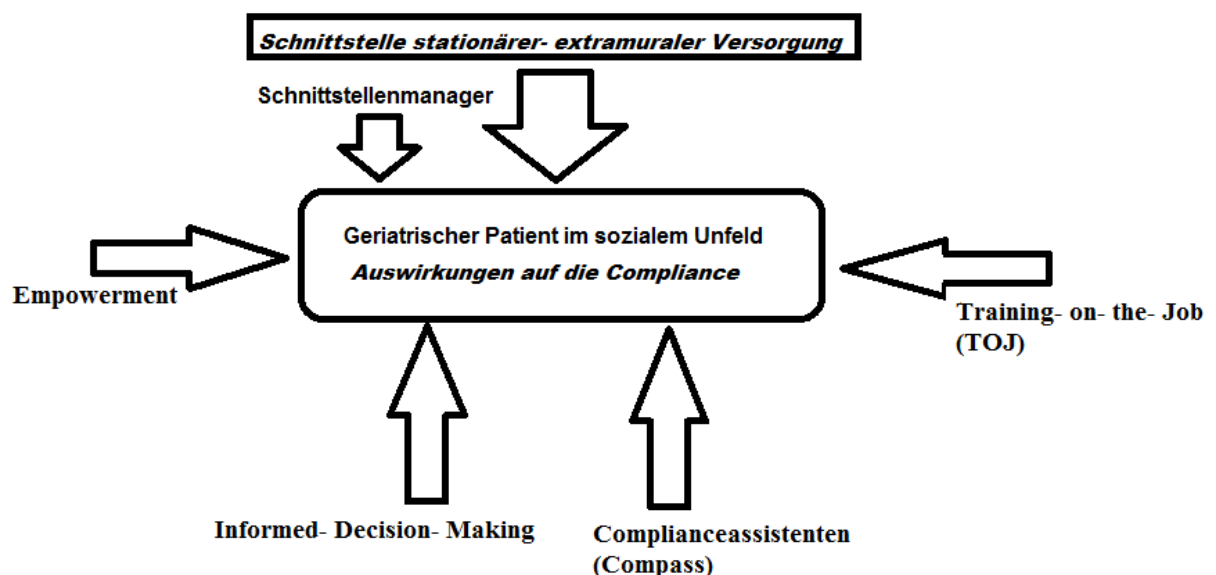


Abbildung 2: Eigene Darstellung: Gesundheitsförderung und Prävention in der Geriatrie

Schnittstelle stationäre und extramurale Versorgung- Schnittstellenmanager

Damit die Ansätze der Gesundheitsförderung: Patienten- Empowerment, Informed- Decision-Making, Complianceassistenten (Compass), Training- on- the- Job (TOJ); extramural zur Anwendung kommen können, müssen folgende Aspekte bedacht werden. Studien zeigen, dass an der Schnittstelle von stationärer und extramuraler Versorgung besonderer Informationsbedarf vorhanden ist. Diese Informationen betreffen weiterführende Maßnahmen zum Genesungsprozess, Gebrauch von Medikamenten und deren Nebenwirkungen, Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel und deren Beschaffungswege. Man kann also sagen, dass Informationen ein bedeutender Faktor sind und wann immer Gesundheitsleistungen erbracht werden, müssen erforderliche Informationen fließen. Ziel eines Informationsflusses ist das Erreichen der größtmöglichen Entscheidungsfähigkeit. Weiters soll der Patient über die ihn selbst betreffenden Punkte aufgeklärt werden. Diese Informationen sind mögliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen aber auch Chancen und Risikoabschätzung. Dazu zählt auch die Darstellung von Vor- und Nachteilen einer durchgeführten Maßnahme. Um diese Informationen an die Patienten zu bringen, können „Schnittstellenmanager“ eingesetzt werden. Diese Funktion muss von einer hoch qualifizierten Person aus dem Gesundheitswesen mit mehrjähriger Erfahrung besetzt werden, welche zur multiprofessionellen und organisationsübergreifenden Zusammenarbeit fähig ist und ein hohes Maß an Selbstorganisation besitzt. Ziel ist eine schnelle, effektive und effiziente Betreuung der Patienten bei Entlassung aus stationärem Aufenthalt ins Eigenheim. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S. 52- 64).

Empowerment im sozialen Umfeld geriatrischer Patienten

Der Begriff des Patienten- Empowerments soll in dieser Ebene auch noch deutlich dargestellt werden. Übersetzt bedeutet Empowerment Ermächtigung beziehungsweise Bevollmächtigung. Diese gibt dem Patienten Tätigkeits- Entscheidungs- und Kontrollspielräume, welche wiederum die Eigenverantwortung des Patienten steigert. Da diese Ebene von neuen Situationen und Lebensumständen gekennzeichnet ist, müssen neue Bewältigungsstrategien erlernt werden.

Gesundheitliche Probleme werden vom Individuum als besonders bedrohlich wahrgenommen, daher ist Empowerment eine aktive Form der Bewältigung gesundheitsbezogener Situationen durch den Patienten.

Das Arzt- Patienten- Machtkontinuum spiegelt mehrere Formen der Verhältnisse zwischen Arzt und Patient wider und somit auch unterschiedliche Ausprägungen des Patienten-Empowerments. Die einfachste Form ist die Möglichkeit eigene Vorschläge, im Sinne eines Vorschlagsrechts dem Arzt präsentieren zu können beziehungsweise aus Alternativen, im Sinne von vorgeschlagenen Auswahlmöglichkeiten zu wählen. Eine Stufe höher ist die Mitbestimmung, wobei der Arzt noch immer die letzte Entscheidungsgewalt besitzt. Die nächste Stufe, und somit auch extremste Form des Patienten-Empowerments ist die Selbstbestimmung. Wichtig ist, dass das soziale Umfeld des Patienten zu Empowerment-Prozessen beiträgt.

Die generelle Voraussetzung für Empowerment ist eine entsprechende Qualifikation des Patienten. Das bedeutet in diesem Kontext, dass der Patient durch Können, Kennen und Wollen in Bezug auf seine Gesundheit gekennzeichnet ist. Die Verbesserung dieser Qualifikationen führt zu einem besseren Umgang mit einer besseren Bewältigung der eigenen Krankheit und führt insgesamt zu einem besseren Zusammenarbeiten des Patienten mit Institutionen des Gesundheitswesens.

Das Wollen des Patienten ist besonders zu unterstützen, denn Patienten sollen lernen, aktiver werden zu dürfen. Ältere Patienten trauen sich oft nicht nachzufragen. Dies soll durch gezielte Motivation verhindert werden. Das „sich- nicht- Trauen“ resultiert aus dem Gedanken heraus, nicht als Störender aufzufallen. Dadurch werden Fragen die einen noch lange Zeit beschäftigen meist verschwiegen. Um diese Patientenqualifizierungen zu forcieren, bestehen grundsätzlich mehrer Möglichkeiten, die auf zwei Ebenen beschrieben werden können. Einerseits gibt es schriftliche Maßnahmen wie Poster, Informationsbroschüren oder Pinwände, andererseits auch persönliche Maßnahmen die im Rahmen von Informationsabenden stattfinden können. Durch diese Maßnahmen kann im Vorfeld ein Gefühl von Sicherheit und Vertrauen aufgebaut werden, das zu einem wünschenswerteren Therapieverhalten beiträgt. Zu beachten ist aber, dass Empowerment auch Grenzen hat.

Es soll nicht immer und überall, sondern unter Berücksichtigung der situativen Rahmenbedingungen implementiert werden. Wichtig ist, dass nicht alle Patienten sich empower lassen. Es lassen sich dementsprechend sogenannte Aktivisten und Passivisten unterscheiden. Letztere sind überzeugt, dass der Arzt sowieso alles besser weiß. Aktivisten sind dem Empowerment zugänglicher, wobei der Grad der möglichen Aktivierung immer vom Gesundheitszustand des Patienten abhängt. (vgl. Kreyer V., 2001, S.59- 77)

Im Großen und Ganzen sollen die Gesundheitsförderer als Unterstützer agieren. Patienten werden zum selbstbestimmten Handeln befähigt, und der Experte sorgt dafür, dass gesundheitsfördernde Prozesse in Gang kommen. Hierbei spricht man von einer Bottom- up Strategie.

Noch besser anzuwenden wäre Empowerment in Kombination mit dem Ansatz der sozialen Veränderung, die eine Vernetzung von gesundheitsfördernden Angeboten ist. Dabei spricht von einer Top- down Strategie. Diese Strategie stellt ein gesellschaftliches Eingreifen (zum Beispiel die Bereitstellung von sozialen Diensten) bei Chancenungleichheit dar. (vgl. Von Renteln- Kruse W., 2009, S. 31) Ambulante Dienste nehmen hier eine besondere Stellung ein. Sie können Medikamente beschaffen, über die richtige Einnahme informieren, sowie die Einnahme kontrollieren und spezifische Kompetenzen schulen. Dies führt zu einer Steigerung der Motivation geriatrischer Patienten, welche wiederum zu einer Steigerung der Compliance führt. (vgl. Findl. et al, 2001, S3)

Somit sind ambulante Dienste ein wichtiges Instrument um die Asymmetrie zwischen den aktiv behandelndem Arzt und dem passiven Patienten auszugleichen.
(vgl. Amelung et al., 2009, S.33)

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Kombination von Bottom- up und Top- down Strategien zur Verbesserung der Compliance bei geriatrischen Patienten in ihrem sozialen Umfeld als sinnvoll erscheinen. Das Bild des Patienten ist hierbei ein aktives. Er ist Koproduzent der eigenen Gesundheit und gleichberechtigter Partner im System. Der Koproduzent hat eine eigene Rolle, deren Inhalte ein ausreichendes Wissen über Gesundheit und Erkrankung sowie das Annehmen der Verantwortung über diese sind.

Um sich dieser Rolle bewusst zu werden ist häufig Unterstützung notwendig. Schlüsselbegriffe eines kooperativen Verhältnisses sind eine angemessene Information der Patienten, bedürfnisgerechte Kommunikation, persönliche Wertschätzung für die vorhandenen Ressourcen, eine respektvolle Haltung gegenüber den individuellen Werten sowie die umfassende Akzeptanz von Autonomie. Auch die Auswahl der Rahmenbedingungen (Zeit, Ort, Person, Institution) ist ein wesentlicher Punkt. Wenn Abläufe sich nach ihren Bedürfnissen orientieren, wird die Übernahme von Eigenverantwortung leichter fallen.

(vgl. Bundesministerium für Gesundheit,2013, S. 51-54).

Daraus wird ersichtlich, dass es wichtig ist, Methoden zur Förderung von Compliance anzuwenden und zu forcieren. Dabei sollte man bedenken, dass Folgen aus mangelnder Compliance einen fatalen Verlauf für geriatrische Patienten darstellen können.

Informed- Decision- Making als standardisierter Entscheidungsprozess

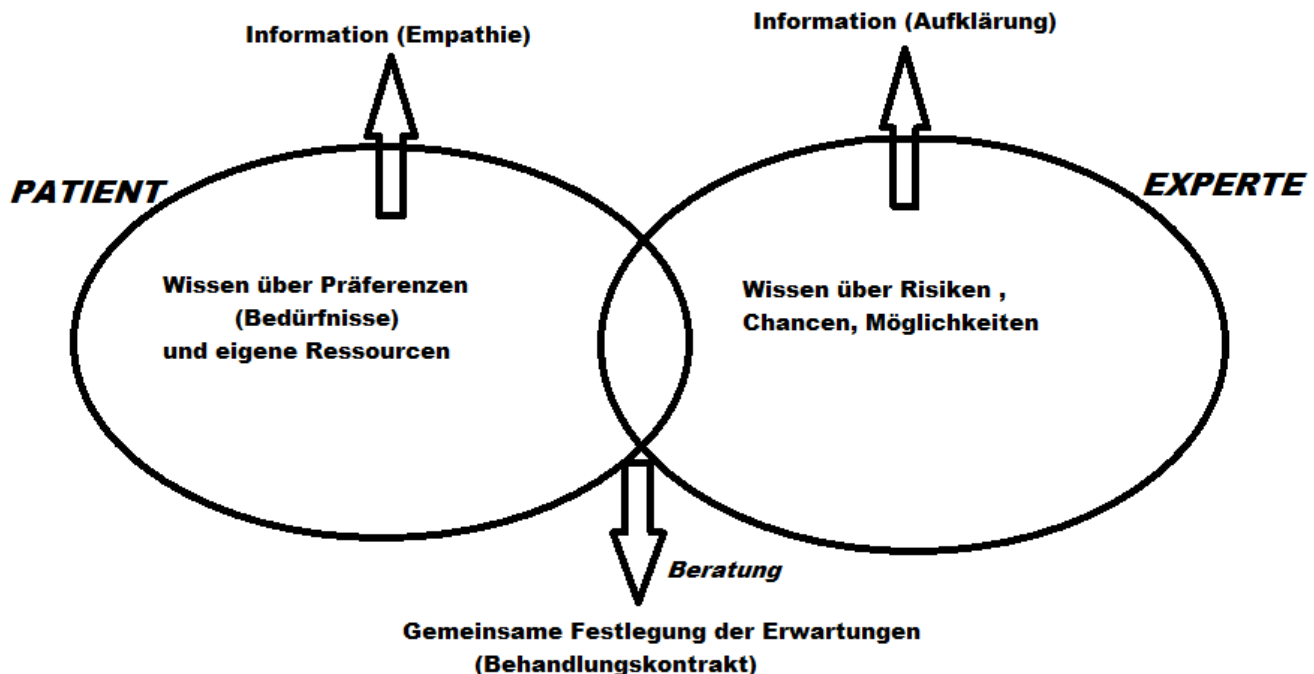


Abbildung 2: Grobes Modell des „Shared Decision Making“ –Prozess
(vgl. Bundesministerium für Gesundheit,2013, S.54)

Das Modell zeigt zwei Kreise. Der linke Kreis stellt den Patienten dar der informiert werden muss. Er selbst weiß am besten über seine Bedürfnisse und eigenen Ressourcen bescheid. Der rechte Kreis steht für den Experten. Dieser bringt das Wissen über die Risiken, Chancen, Möglichkeiten einer Behandlung oder der Unterlassung dieser mit. Beide Kreise überschneiden sich und über das Beratungsgespräch kann ein Informationsaustausch stattfinden, über welchen sowohl Experte als auch Patient Erwartungen festlegen können.

Somit beschreibt das Modell die Möglichkeit einen Patienten nach klaren standardisierten Vorgaben in die Entscheidungsfindung einzubinden. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung bei diagnostischen, aber auch therapeutischen Maßnahmen sichert das Recht auf Mitsprache und die letztendliche Entscheidung durch den Patienten selbst. Dies führt zu einem motivierten Verhalten gegenüber der Therapie. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S.54)

Complianceassistenten (Compass) im sozialen Umfeld geriatrischer Patienten

Mangelnde Beratung sowie Begleitung von Patienten im Rahmen der ärztlichen Therapie sind heutzutage Spiegel des demographischen Wandels geworden. Ein Mehr an Patienten bringt heutzutage ein Weniger an Zeit für das Individuum Patient. Da die Therapietreue, Compliance und Empowerment in engem Zusammenhang stehen, soll das Modell des Complianceassistenten (Compass) vorgestellt werden. Der Compass kann für den Arzt in vielerlei Hinsicht eine Unterstützung sein. Weiters fungiert er als Ansprechpartner für den Patienten und kann die positiven Auswirkungen einer Therapie aufzeigen, Risiken eines Abbruches erklären und Medikamententrainingsprogramme im Rahmen von Schulungen anbieten. Somit ist er ein Bindeglied zwischen Arzt und dem sozialem Umfeld des Patienten. Er fungiert als geschulter Berater und Betreuer.

Wie bereits vorne beschrieben, ist die Therapietreue vor allem im geriatrischen Setting sehr gering und verursacht enorme Kosten für das Gesundheitssystem. Der Einsatz von Complianceassistenten (Compass) soll vor allem die Therapietreue stärken und zum Ziel haben den Patienten aufzuklären, sowie zu schulen. Durch die Stärkung des Kooperationsverhältnisses soll der Therapieerfolg nachhaltig gestärkt werden.

Diese Maßnahmen sollen einen Weg von der bestehenden Arztzentrierung hin zu einer stärkeren Patientenzentrierung und somit eine Verbesserung des Gesundheitszustandes schaffen. Dieses Ziel soll durch Vernetzung von Gesundheitsberufen und Institutionen sowie einer Optimierung der Zuständigkeit erreicht werden. Das System wäre in der Lage Ärzte zeitlich zu entlasten und die Einhaltung der Therapietreue durch ein partnerschaftliches Verhältnis zu forcieren. Da geriatrische Patienten besonders durch Polymedikation- also die gleichzeitige Einnahme mehrerer Medikationen- überfordert sind wäre dieses Modell in diesem Setting besonders sinnvoll. Wenn diese Intervention die Therapietreue stärkt, führt dies zu einer Abnahme von stationären Aufnahmen durch falsch- oder nicht- eingenommene Medikation. Die Senkung des Non- Compliance Phänomens in der Patient/soziales Umfeld Ebene kann somit helfen dem Gesundheitssystem Geld zu sparen.

Ein Compass kann mit verschiedenen Methoden- wie zum Beispiel Empowerment- Patienten zu Partnern ihrer eigenen Therapie befähigen und damit die Therapietreue erhöhen. Für die Ausübung des Berufs des Compass muss man auf diese besondere Patientengruppe somit speziell geschult werden. Nicht zu vergessen ist, dass geriatrische Patienten an verminderten Hörvermögen leiden, worauf besonders Rücksicht genommen werden muss, denn nicht verstandene Therapieanordnungen könnten nicht befolgt werden. (vgl. Amelung et al., 2009, S.335- 340)

Der Ansatz der Patientenanleitung und Schulung baut darauf auf, dass sich der Patient nicht nur in der Entscheidung als Partner findet, sondern auch aktiv an der Behandlung beteiligen kann. Aufgebaut werden diese Schulungen auf die persönlichen Ressourcen der Patienten. Je chronischer die Erkrankung ist, desto bedeutender werden diese Leistungen, und vor allem an der Schnittstelle intramural- extramural sind sie sehr sinnvoll. Weiters kann man im extramuralen Bereich- auf Wunsch der Patienten- Angehörige in diesen Prozess eingliedern. Dies führt zu Gewohnheit und schafft Sicherheit für den Patienten. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S. 55)

Training- on- the- Job (TOJ)

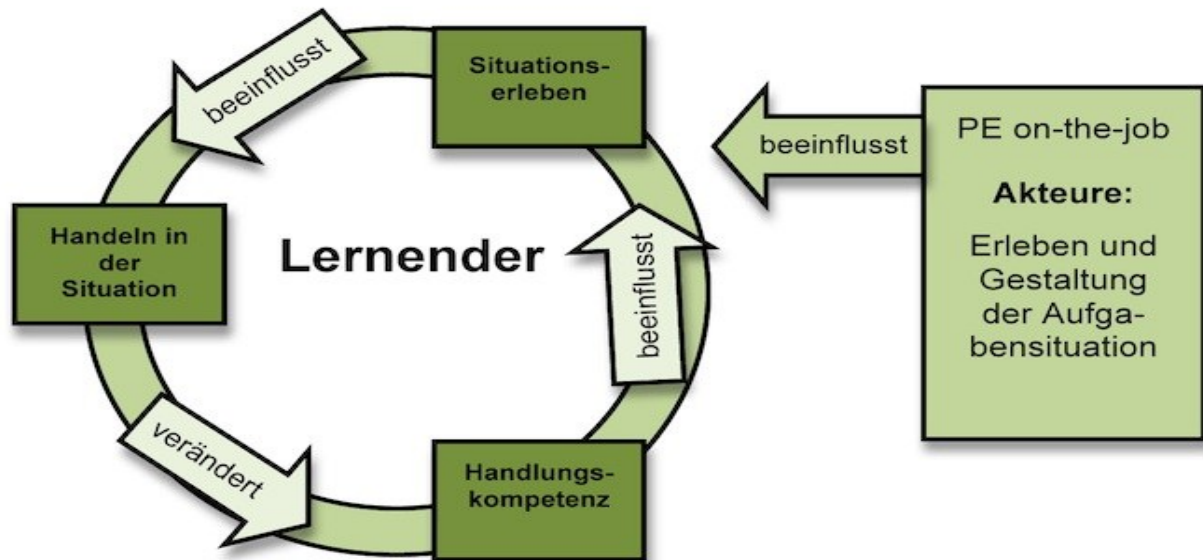


Abbildung 3: Training- on- the- Job (TOJ)
(vgl. Günther, 2001, S.80)

Eine weitere Methode die zur Anwendung kommen kann, ist die Training- on- the- Job Methode und wird hauptsächlich im Rahmen der Personalentwicklung (PE) eingesetzt.

In der Abbildung wird folgendes dargestellt: Die Ausgangssituation beschreibt eine vom Akteur aktive Gestaltung einer Aufgabe wie zum Beispiel die selbständige Einnahme von Tabletten nach Anordnung durch den Hausarzt. Dieser Punkt wird unter Erleben und Gestalten der Aufgabensituation beschrieben und beeinflusst als wichtige Grundlage den Kreislauf des Erlernens.

Das Wissen um den Zusammenhang der Beeinflussung und Veränderung in Situationserleben, Handlung und Handlungskompetenz bewirkt eine verbesserte Sichtweise, um das TOJ gezielter einsetzen zu können. Als Grundgedanke des TOJ wird Handeln in Bezug auf bestimmte Situationen thematisiert. Dieses Training ist ein Lernprozess der eine Situation fokussiert. Das Handeln ändert sich oder Situationen werden anders betrachtet.

Die Gestaltung sowie das Erleben werden systematisch verbessert und effektiv der Aufgabenerfüllung angepasst. (vgl. Günthers, 2001, S.80)

6.1.6 Sozialdemographischer Wandel- Ambulante Dienste

Seit dem Ende des Ersten Weltkrieges kann man demographisches Altern in Österreich beobachten. Wir befinden uns seit Beginn des 21. Jahrhunderts im letzten Drittel des Alterungsprozesses. Diese Verwandlung umfasst eine Zeitspanne von hundertzwanzig Jahren. (vgl. Böhmer F., Rosenmayr L., 2006, S. 132)

„Die demographische Entwicklung wird zu einer Zunahme im Bereich der psychischen Erkrankungen bzw. gerontopsychiatrischen Erkrankungen (Demenz, Depression) führen.“

(Hasseler M., Görres S., 2005, S. 22)

Rolle von ambulanten Diensten im extramuralen Bereich

Kundenorientierung für extramurale Pflegedienste – ambulante Dienste ist eine Einrichtung die zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Sie ist ein Merkmal des Qualitätsmanagementkonzepts. Im Großen und Ganzen passt man alle Pflegeaktivitäten an Wünsche beziehungsweise an Bedürfnisse der Patienten an. Dies ist nicht immer einfach. Das Hauptproblem erklärt sich aus den inkongruenten Bedürfnissen des Patienten und dem Bedarf aus der Sicht der Pflege. (vgl. Kemetmüller E., 2008, S.207)

An dieser Stelle soll der Nutzen von ambulanten Diensten genauer betrachtet werden.

Ambulante Dienste unterstützen eine „Top Down“- Strategie, die zur Förderung der Compliance im sozialen Umfeld geriatrischer Patienten angewandt werden kann. Im Allgemeinen ist eine Zunahme von ambulanten Diensten zu beobachten, welche sich auf folgende Faktoren begründet: Einerseits kommt es zu einer Zunahme von älteren, multimorbiden Menschen aufgrund der immer höheren Lebenserwartung, andererseits ist eine Zunahme von Ein- Personen Haushalten in kleinen Wohnungen zu beobachten

Daraus ergibt sich, dass immer mehr Pflegebedürftige von ihren Angehörigen gepflegt werden müssen. Durch die Zunahme der Berufstätigkeit der Frau stehen diese als pflegendes Element nur mehr eingeschränkt zu Verfügung. Weiters kann von einer Feminisierung und Singularisierung des Alters gesprochen werden.

Das bedeutet, dass der Anteil der Alleinlebenden, vermehrt Frauen sind. Neue Lösungen für die Versorgung im sozialen Umfeld müssen zur Anwendung kommen. (vgl. Menche, Langen/Hessen, 2004, S.1430- 1431)

Ambulante Dienste sollten kleinräumig mit anderen Elementen des sozialen Umfelds von geriatrischen Patienten zusammenarbeiten und aufeinander abgestimmt sein. Damit entsteht ein integriertes, abgestuftes System. Dieses vernetzte Arbeiten setzt ein gemeinsames Verständnis für das Problem (Compliance des geriatrischen Patienten) als Arbeitsgrundlage voraus. Vernetzte Akteure müssen sich aufeinander verlassen können und die Betroffene Person in ihr Handeln integrieren. (vgl. Kaus et al., 1998, S.42-46)

Durch das partnerschaftliche Verhältnis aller Akteure kommt es zu einer konstruktiven Auseinandersetzung mit Krankheit. Dies führt zu einer Optimierung der Compliance, die bei chronisch Kranken eine bedeutende Rolle spielt. Diese Optimierung wird durch die Vermittlung von Informationen erreicht, was wiederum die Interaktionskompetenz stärkt. Fehlende oder mangelhafte Kooperation und deren Auswirkungen im sozialen Umfeld geriatrischer Patienten dürfen nicht unterschätzt werden. (vgl. Ansen et al, 2004, S. 16- 17)

Der Einsatz von ambulanten Diensten bei alleinlebenden älteren Menschen mit physischen und psychischen Beeinträchtigungen gewinnt immer mehr an Bedeutung. Sie unterstützen das Leben in der eigenen Wohnung und ersparen so manchem geriatrischen Patienten den Umzug von den eigenen vier Wänden in ein Pflegeheim. Schwerpunkte ambulanter Dienste sind Grundpflege, Behandlungspflege, Haushaltshilfe und Vermittlungsangebote. Unter Grundpflege wird eine Hilfeleistung beim Waschen, Anziehen und der Nahrungsaufnahme verstanden. Behandlungspflege legt den Fokus auf Mobilitätsübungen sowie Messen des Blutdrucks.

Diese Dienste werden mittlerweile durch Hilfsdienste ergänzt wie zum Beispiel Hausnotrufsysteme und Essen auf Rädern. Diese Dienste versuchen Angehörige die die Pflegearbeit übernommen haben zu unterstützen und zu entlasten. Diese Mixtur aus lebensweltlicher und professioneller Hilfe wird als optimale Pflege für alte Menschen bewertet.

In der Praxis finden sich einige Probleme bei lebensweltlichen- professionellen Hilfsarrangements. Die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe muss nicht zwanghaft zu einer Reduktion von Belastungen führen da häufig strukturelle Barrieren und Missverständnisse auftreten. (vgl. Thole W. , 2012, S.510- 516)

7 Schlussfolgerung

7.1 Beantwortung der Forschungsfrage

Durch die wissenschaftliche Ausarbeitung der Forschungsfrage -Kann man durch gezielte Interventionen eine Compliancesteigerung bei geriatrischen Patienten im sozialen Umfeld erreichen? Wenn ja- wodurch, in welchem Ausmaß, und mit welchen Mitteln könnte dies erreicht werden?- können nun Phänomene, die eine Steigerung der Therapietreue (Compliance) im sozialen Umfeld geriatrischer Patienten forcieren, in Verknüpfung gebracht werden. Wichtig war es mir das Verständnis über die Besonderheiten der Therapie geriatrischer Patienten als ersten Schritt aufzuzeigen.

Gerontopharmakologie beschreibt eines dieser Phänomene. Kennzeichen der Gerontopharmakologie ist der erhöhte Bedarf an Medikation- im Sinne einer Polypharmazie- in der geriatrischen Patientengruppe. Polypharmazie bedeutet somit die Einnahme mehrerer Medikamente. Unter Therapietreue (Compliance) versteht man die korrekte Einnahme der vom Arzt verschriebenen Medikation. Diese Compliance in der geriatrischen Pharmakologie findet auf drei Ebenen statt:

Der Arzt/Patienten Ebene, der Patient/Arzt Ebene und, der für diese These wichtigste Ebenem, der Patient/soziales Umfeld Ebene. Da Geriatrie ein multidimensionales, interdisziplinäres Fach ist, kann man die von mir gestellte Forschungsfrage über viele Zugänge erörtern. Eine wichtige Erkenntnis meiner Arbeit ist, dass das Team in der Behandlung eine große Rolle spielt -nicht nur die unterschiedlichen Akteure als Einzelkämpfer, sondern die Vernetzung und der Informationsfluss zwischen diesen. Geriatrie möchte Alltagskompetenzen erfassen, die zu einer selbstständigen Lebensführung führen. Diese gilt es zu fördern und dauerhaft zu erhalten. Das geriatrische Assessment (GA) spiegelt die Zusammenarbeit im Team wieder und erfasst notwendige individuelle physische, psychische und soziale Kompetenzen. Ein die Therapietreue (Compliance) limitierender Faktor ist das Krankheitsbild der Depression und diese kommt in diesem Zusammenhang oft durch Verlusterlebnisse zustande. In Bezug auf die Compliance spielt der Informationsfluss eine große Rolle -vor allem mit dem betroffenen Patienten.

Dieser Informationsfluss muss in alle Richtungen funktionieren, also innerhalb des behandelnden Teams und zwischen dem Team und dem Patienten. Wenn man sich nun Gedanken über mögliche Interventionen zur Verbesserung der Therapietreue im geriatrischen Setting macht, erscheint ein wechselseitiger Informationsfluss als Schlüssel zum Erfolg.

Methoden die solch einen Fluss forcieren, finden wir in Ansätzen der Gesundheitsförderung. Schnittstellen stellen hier jedoch eine mögliche Informationsblockade dar. Schnittstellen sind also quasi Kreuzungen auf Transferwegen- zum Beispiel dem Übergang von der stationären Versorgung zu ambulanter Betreuung. Da alle gesundheitsfördernden Ansätze nur bei genügend Informationsfluss funktionieren, erscheint genau hier ein Bedarf an Verbesserung. Das ist das Nadelöhr durch das der rote Faden der weiteren Versorgung gezogen gehört.

Nur der informierte geriatrische Patient ist zu motivieren. Nur ein motivierter Patient nimmt die Therapietreue ernst. Er sieht sich als Mitproduzent seiner Gesundheit, die ihm nur so als wichtig erscheinen kann. Er kann nur informiert Entscheidungen treffen. Information im Rahmen der medikamentösen Therapie kann der Complianceassistent(Compass) geben. Er ist die Person, der im Rahmen einer Beratung den geriatrischen Patienten „empowern“ kann. Er ist interdisziplinär verankert und sieht sich selbst als „ Personalentwickler“. Vergleichbar mit der Methode aus der Personalentwicklung „Training- on- the Job“. (TOJ)

Durch den sozio- demographischen Wandel werden wir mit einer Überalterung der Gesellschaft zukünftig konfrontiert werden. Dies thematisiert schon heute die Gesundheitspolitik. Daher wird die Zukunft der Pflege vor allem im extramuralen Bereich sich noch deutlich weiterentwickeln müssen.

Das Ziel dieser Entwicklung wird eine –solange wie mögliche- Versorgung von geriatrischen Patienten im sozialen Umfeld sein. Genau dort wird der Informationsfluss bezüglich benötigter Angebote im Speziellen gebraucht. Zusammenfassend kann man sagen, dass die Therapietreue (Compliance) geriatrischer Patienten mit dem Informationsfluss in den verschiedenen Ebenen verbunden ist. Daher führen alle Maßnahmen, die auf eine Erhöhung des Informationsflusses abzielen, zu einer Verbesserung dieser. Information ist somit der Schlüssel zur Therapietreue. (Compliance)

Nur ein aufgeklärter Patient ist in der Lage zu verstehen, wie er mit seiner Medikation umgehen muss. Ohne Informationsfluss wird der geriatrische Patient aus dem Team genommen und zum Einzelspieler degradiert, der meist „demotiviert auf der Ersatzbank“ sitzt. Besonders gut eignen sich bekannte Methoden aus der Gesundheitswissenschaft oder Personalentwicklung, um ihn zum Teamspieler zu befähigen.

8 Diskussion und Ausblick

Um ein Optimum an Therapietreue (Compliance) zu erlangen, wäre neben der gezielten Informierung des geriatrischen Patienten eine nachvollziehbare Kontrolle der Therapietreue (Compliance) sinnvoll. Eine Kombination aus humanen und technischen Behelfen wäre optimal, um dieser Forderung adäquat nachzukommen. Die technischen Mittel wurden von mir bereits in meiner Bachelorarbeit „ Dauermedikation bei geriatrischen Patienten“ vorgestellt.

In dieser habe ich mögliche technische Ansätze in der Patient/Arzt Ebene dargestellt. Ziel meiner Überlegungen war es, die Tabletteneinnahme im sozialen Umfeld transparent zu gestalten. Über diese Transparenz würde sich der Tablettenkonsum nachvollziehbar gestalten, und Abweichungen könnten gemessen werden. Des Weiteren wurde von mir in der oben erwähnten Arbeit die Arzt/Patienten Ebene genauer betrachtet, in welcher mir die Notwendigkeit der Patienteninformation bewusst wurde. In der damaligen Arbeit richtete sich mein Hauptaugenmerk auf die richtige Tabletteneinnahme, nach deren Verordnung.

Vor allem bei chronischen Erkrankungen wird Dauermedikation häufig zum Problem für geriatrische Patienten. Nicht zu vergessen ist der immer größer werdende Markt an Generika. Oft kommt es zu Veränderungen in Form und Farben der Medikation, bei gleichbleibendem Wirkstoff. Dies führt häufig zu Verwirrung geriatrischer Patienten bei ihrer täglichen Tabletteneinnahme. Auch hier wäre gezielte Information nützlich.

Um der Forderung der Erhöhung der Therapietreue (Compliance) sinnvoll nachzukommen, darf man die humanen Faktoren nicht ausblenden. Möglichkeiten zur Erhöhung der Therapietreue (Compliance) in der Patient/ soziales Umfeld Ebene, wurden von mir in dieser vorliegenden Bachelorarbeit ausgearbeitet. In dieser Ebene lässt sich die Wichtigkeit des Informationsflusses zwischen den einzelnen Ebenen herausstreichen. Im Fokus stehen sogenannte Schnittstellen. Diese entstehen beim Transfer von Patienten zwischen den verschiedenen Ebenen und führen oft zu einem Verlust an Information.

Da Information und Therapietreue (Compliance) in einem kausalen Zusammenhang stehen, muss man versuchen genau hier einen Verlust zu verhindern.

Der Einsatz von Schnittstellenmanager wäre eine ideale Lösung um Informationsverlust zwischen den Ebenen entgegenzuwirken und einen informierten geriatrischen Patienten zu schaffen. Information ist jedoch auch für sein soziales Umfeld sehr wichtig. Informationsfluss kann also als treibende Kraft der Therapietreue (Compliance) gesehen werden.

Nach der Verfassung dieser- meiner zwei Bachelorarbeiten aus Gesundheits- und Pflegewissenschaft mit der Spezialisierung auf das Fach der Geriatrie, kann ich folgende Punkte als besonders relevant zur Steigerung der Compliance feststellen:

- Vernetzung der Ebenen als Voraussetzung einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Transparenz in allen Ebenen als Instrument der Kontrolle
- Einbeziehung des Individuums und dessen sozialen Umfelds in den Therapieverlauf
- Teambildung mit dem Patienten
- Motivation durch Begleiten
- Aufzeigen von Chancen und Risiken
- Erlernen gewisser Tätigkeiten durch Schulung
- Schulungen als Informationstransfer nutzen
- Schnittstellen als mögliches Informationsloch identifizieren

Dies sind die Voraussetzungen um eine Erhöhung der Therapietreue (Compliance) zu erzielen, und um diese über einen längeren Zeitraum erhalten zu können.

9 Literatur- Abbildungs- Abkürzungs- und Quellenverzeichnis

Literaturverzeichnis

Ansen et al (2004) Soziale Arbeit im Krankenhaus, Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Amelung et al (2009) Vernetzung im Gesundheitswesen, Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Bruder et al (1991) Was ist Geriatrie? , Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie

Bundesministerium für Gesundheit (2013) Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, Kopierstelle des BMG, Radetzkystraße 2, Wien

Burkhardt H. , Wehling M. (2011) Arzneimitteltherapie für Ältere, 2.Auflage, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg

Böhmer F, Füsgen I. (2008) Der ältere Mensch und seine Besonderheiten, 1. Auflage, Böhlau Verlag Ges.m.b.H, Wien-Köln- Weimar

Böhmer F., Rosenmayr L. (2006) Hoffnung Alter, 2. Auflage, Facultas Verlags und Buchhandels AG, Wien

Eibach U.(2005) Autonomie, Menschenwürde und Lebensschutz in der Geriatrie und Psychiatrie, LIT Verlag, Münster

Findl et al (2001) „Medikamenten- Compliance geriatrischer Patienten“ Top Tipps 03, S.3- 5

Fröhlich J.C., Kirch W. (2003) Praktische Arzneimitteltherapie, 3.Auflage, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg

Günther S. (2001) Evaluation von Personalentwicklung on-the-job, Josef Eul Verlag, Köln

Hansen W. (2007) Medizin des Alterns und des alten Menschen, Schattauer GmbH, Stuttgart

Hasseler M., Görres S. (2005) Was Pflegebedürftige wirklich brauchen..., Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH& Co. KG, Hannover

Kauss et al. (1998) Vernetzung der ambulanten geriatrischen Versorgung- die Schlüsselstelle der Hausarztes, LIT Verlag, Münster

Kemetmüller E. (2008) Berufsethik und Berufskunde für Pflegeberufe, 5., aktualisierte und erweiterte Auflage, Maudrich Verlag, Wien

Kreyer V.(2001) Gesundheits- und Medizinmarketing, R. v. Decker Verlag, Hüthig GmbH .KG, Heidelberg

Küfferle B., Lenz G. (2002) Klinische Psychiatrie, 2.Auflage, Facultas Verlag- und Buchhandels AG, Wien

Leodolter M., Stebbegg B. (2009) Der Einfluss von Bipolarität auf das Sexual- und Beziehungsverhalten, Medizinische Universität Graz

Matolycz E. (2011) „Die Pflege depressiver alter Menschen“, pro care 08, S.30- 32, Springer Verlag

Menche, Langen/Hessen (2004) Pflege Heute, 3.vollständig überarbeitete Auflage, Elsevier GmbH, Urban Fischer Verlag, München

Oster P., Schuler M.(2008) Geriatrie von A bis Z, Schattauer Verlag GmbH, Stuttgart

Rehfeld G., Runge M., (2001) Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team, 2.unveränderte Aufgag, Thieme Verlag, Stuttgart

Rössler W. (2004) Psychiatrische Rehabilitation, Springer Verlag, Berlin

Sauseng K.P. (2012) Dauermedikation bei geriatrischen Patienten, Medizinische Universität Graz

Steidl S., Nigg B. (2008) Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie, 2 überarbeitete Auflage, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien

Thole W. (2012) Grundriss Sozialer Arbeit, 4. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

Tragl K.H. (1999) Handbuch der internistischen Geriatrie, Springer Verlag Wien, New York

Von Renteln- Kruse W. (2009) Medizin des Alterns und des alten Menschen, 2.Auflage, Steinkopf Verlag

Wettstein et al (2001) Checkliste Geriatrie, 2.komplett überarbeitete und erweiterte Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Eigene Darstellung: Einfluss von humanen und technischen Faktoren auf die Therapietreue (Compliance)

Abbildung 2: Eigene Darstellung: Gesundheitsförderung und Prävention in der Geriatrie

Abbildung 3: Grobes Modell des „Shared Decision Making“ –Prozess (Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S. 54)

Abbildung 4: Training- on- the- Job (vgl. Günther, 2001, S.80)

Abkürzungsverzeichnis

S.	Seite
vgl.	vergleiche
usw.	und so weiter
etc.	et cetera
Hrsg.	Herausgeber
zB.	zum Beispiel
bzw.	beziehungsweise