

ZUSAMMENFASSUNG: EMPFEHLUNGEN FÜR DIE (FORSCHUNGS-)PRAXIS

Ein beträchtlicher Anteil der Bevölkerung leidet unter mehreren chronischen Erkrankungen, die mit Polypharmakotherapie, d.h. mit mehr als fünf Medikamenten, behandelt werden. Insbesondere ältere Menschen, aber auch andere vulnerable Personengruppen wie z.B. Asylbewerber, sind davon betroffen und haben somit ein erhöhtes Risiko für vermeidbare unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Hospitalisierungen.

Für diese Patienten ist ein umfassendes, gut organisiertes Medikationsmanagement besonders wichtig. Ein optimales Medikationsmanagement sollte bei Risikopatienten zumindest einmal jährlich durchgeführt werden und beinhaltet eine Bestandsaufnahme der tatsächlich eingenommenen Medikation (Brown Bag Review), eine systematische Medikationsprüfung, ein strukturiertes Arzneimittelgespräch sowie die konsequente Nutzung eines Medikationsplans. Bislang werden diese Empfehlungen jedoch nur unzureichend in der Routineversorgung umgesetzt.

Gemeinsames übergeordnetes Ziel der in dieser Habilitationsschrift dargestellten Studien war es, wirksame Implementierungsstrategien zu entwickeln, um die Umsetzung eines optimalen Medikationsmanagements insbesondere im hausärztlichen Bereich zu verbessern. Zusammenfassend können basierend auf den Ergebnissen dieser Studien und der langjährigen Forschungserfahrung in diesem Bereich die folgenden Empfehlungen für die (Forschungs-)Praxis gegeben werden:

4.1 Empfehlungen zum Tailoring für Implementierungswissenschaftler

- Implementierungsprogramme zur Verbesserung des Medikationsmanagements sollten unter Berücksichtigung von Barrieren und Förderfaktoren für die Umsetzung der zu implementierenden Empfehlungen entwickelt werden (Tailoring). Hierbei kann auf bereits publizierte Erhebungen von Determinanten zurückgegriffen werden (wie bspw. auf das als Ergebnis von Studie 2 publizierte Kategoriensystem). Sich verändernde (gesundheits-)politische und kontextuelle Rahmenbedingungen bspw. durch zunehmende Digitalisierung des Gesundheitswesens erfordern jedoch unter Umständen eine wiederholte Identifikation von möglichen hemmenden und fördernden Faktoren.
- Beim Tailoring sollte auf eine ressourcenschonende Arbeitsweise geachtet werden, indem auf vorhandene Hilfsmittel für Implementierungsforscher zurückgegriffen wird (16, 28, 29, 33). Zudem sollte der Grad der Komplexität des Implementierungsziels und des Settings analysiert und bei der Auswahl der Strategien berücksichtigt werden. Wenn qualitative Methoden zur Identifikation

von Determinanten zum Einsatz kommen, sollte das Forschungsdesign so einfach wie möglich und so komplex wie nötig gehalten werden (oft ist ein einfaches Brainstorming ausreichend).

- Eine Schwachstelle des Tailorings besteht darin, dass Forschende geneigt sind, Barrieren und Strategien zu priorisieren, die im Rahmen von zeitlich und budgetär begrenzten Drittmittelprojekten veränderbar bzw. umsetzbar sind. Häufig kommen daher überwiegend edukative Maßnahmen zum Einsatz ohne wesentliche strukturelle und systemische Veränderungen. Im Forschungsprozess sollte daher besonderes Augenmerk auf (scheinbar) nicht veränderbare Barrieren und (scheinbar) nicht umsetzbare Strategien gelegt werden.
- Insbesondere bei der Entwicklung von Strategien zur Adressierung von Determinanten auf Institutions- oder Systemebene kann eine Kooperation mit anderen Forschungsdisziplinen wie bspw. der Politikwissenschaft und Organisationsentwicklung sinnvoll sein. Bei Strategien, die auf eine individuelle Verhaltensänderung abzielen, kann es zielführend sein, Expertise aus damit befassten Forschungsdisziplinen wie z.B. der Soziologie, der Lehr- und Lernforschung, der Kommunikationswissenschaft oder der Werbewissenschaft einzubinden.
- Wenngleich Tailoring per se bei der Erhebung der Determinanten eine gewisse Beteiligung der Zielgruppen am Forschungsprozess vorsieht, sollten partizipatorische Ansätze gestärkt werden, beispielsweise indem die Betroffenen auch in die Ausgestaltung des Implementierungsprogramms mit einbezogen werden.

4.2 Empfehlungen zum Medikationsmanagement für Versorgungsforscher und in der Versorgung Tätige

- Ziel sollte eine verbesserte Implementierung aller Elemente eines optimalen Medikationsmanagements sein (Brown Bag Review, Medikationsprüfung, Arzneimittelgespräch, Medikationsplan). Da medikationsbezogene Kommunikation, Dokumentation und Verordnung ineinandergreifende Prozesse sind, die sich gegenseitig bedingen, ist die isolierte Implementierung von nur einer Teilkomponente wenig erfolgsversprechend. Bisher konzentrieren sich die Bemühungen für eine Verbesserung des Medikationsmanagements bei Polypharmakotherapie insbesondere auf die Implementierung von Medikationsplänen und Medikationsreviews. Wenig untersucht sind Strategien zur Verbesserung der Kommunikation über Medikamente. Hier sollten zukünftige Forschungsprojekte ansetzen.
- Wenngleich häufig zahlreiche Akteure (Hausärzte, ambulant und stationär tätige Spezialisten, Apotheker, klinische Pharmakologen, Pflegekräfte, pflegende Angehörige etc.) am Medikationsmanagement älterer, multimorbider Patienten beteiligt sind, ist die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit wissenschaftlich wenig beleuchtet. Bisherige Studien konzentrieren sich insbesondere auf die Rolle von Apothekern/Pharmakologen

im klinischen Setting. Zukünftige Forschungsprojekte sollten auch die anderen Akteure und das ambulante Setting in den Blick nehmen.

- Die Elemente eines optimalen Medikationsmanagements sollten stärker in der Aus- und Weiterbildung von Medizinstudierenden bzw. Fachärzten für Allgemeinmedizin verankert werden und Evidenz für wirksame Edukationskonzepte generiert werden. Die Implementierung könnte über die derzeit bundesweit entstehenden Kompetenzzentren für Allgemeinmedizin und die Verbundweiterbildungen erfolgen.
- Bislang werden Qualitätsverbesserungsmaßnahmen im Bereich des Medikationsmanagements überwiegend in Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenversicherungen durchgeführt. Es sollten jedoch auch vulnerable Patientengruppen außerhalb der Regelversorgung in den Fokus genommen werden. Hierzu zählen insbesondere Flüchtlinge, Asylbewerber, Obdachlose, Arbeitsmigranten und ethnische Minderheiten, aber auch Privatpatienten.