

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. Attila Altiner

**Wie wird eine strukturierte medizinische Betreuung nach kardialer
Bypassoperation im Vergleich zur herkömmlichen Nachsorge von
Patienten wahrgenommen?
- Eine qualitative Studie**

Inauguraldissertation

zur Erlangung des akademischen Grades Doktor der Medizin

der Universitätsmedizin Rostock

vorgelegt von Julia Dempki, geb. Dittkrist am 20.04.1990 in Berlin
aus Papendorf

Rostock, April 2021

Gutachter:

1. Prof. Dr. med. Attila Altiner, Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Rostock
2. Prof Dr. med. Pascal M. Dohmen, Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, Universitätsmedizin Rostock
3. Prof. Dr. med. Marcus Dörr, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin B, Universitätsmedizin Greifswald

Datum der Verteidigung: 27.04.2022

Inhaltsverzeichnis

1. <u>Einleitung</u>	8
1.1 Hintergrund.....	8
1.2 Forschungsstand.....	9
1.3 Forschungsfrage.....	11
2. <u>Material und Methode</u>	12
2.1 Studiendesign.....	12
2.2 Samplebeschreibung.....	13
2.3 Datenerhebung.....	15
2.3.1 Durchführung der Interviews.....	16
2.3.2 EQ-5D Fragebögen.....	17
2.3.3 Datenerfassung und Transkription.....	19
2.3.4 Datenschutzrechtliche Aspekte.....	20
2.4 Datenauswertung.....	20
3. <u>Ergebnisse</u>	24
3.1 Die präoperative Versorgung.....	24
3.1.1 Umgang mit Symptomen der KHK.....	24
3.1.2 Bedenken vor der Operation.....	26
3.2 Aspekte im unmittelbaren Zusammenhang mit der Bypassoperation.....	28
3.2.1 Krankenhausaufenthalt.....	28
3.2.2 Komplikationen.....	31
3.2.3 Reha-Aufenthalt.....	33
3.3 Die postoperative Versorgung.....	37
3.3.1 Ambulante Betreuung.....	37
3.3.2 Einfluss von Multimorbidität.....	42
3.3.3 Lebensqualität.....	44
3.3.4 Umgang mit den Folgen der KHK.....	45
3.4 Effekte der klinischen Betreuung im Rahmen der PERFECT-Studie.....	47
3.4.1 Positive Effekte.....	47
3.4.2 Unerwünschte Effekte.....	49
4. <u>Diskussion</u>	51
4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	51
4.2 Einordnung der Ergebnisse in die existierende Literatur.....	52
4.2.1 Gesundheitskompetenz bei Patienten mit KHK.....	52

4.2.2	Medikalisierungsphänomene durch Teilnahme an PERFECT-Studie.....	54
4.2.3	Persönlicher Arztkontakt mit Patienten während des Krankenhausaufenthaltes.....	55
4.2.4	KHK bei gleichzeitigem Vorliegen weiterer chronischer Erkrankungen.....	57
4.3	Stärken und Schwächen der Studie.....	59
4.4	Implikationen für die Versorgung.....	60
4.5	Weitere Forschungsperspektiven.....	62
5.	<u>Thesen</u>	63
6.	<u>Literaturverzeichnis</u>	65
7.	<u>Anhang</u>	73
7.1	Informationsblatt für die Patienten.....	73
7.2	Einverständniserklärung.....	75
7.3	Kurzfragebogen.....	76
8.	<u>Danksagung</u>	77
9.	<u>Erklärung</u>	78

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Sozio-demografische Merkmale der interviewten Patienten, n=20.....	15
Tabelle 2: Datenmaterial.....	19
Tabelle 3: Beispielkategorien mit zugehörigen Codes und Textpassagen.....	21

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Auszug aus der Baumstruktur des Softwaresystems Nvivo 10.....	21
Abbildung 2: Beispiel Kodierparadigma nach Strauss/Corbin.....	23

Abkürzungsverzeichnis

PERFECT-Studie	Intramyocardial TransPlantation of BonE MaRrow Stem Cells For ImprovEment of Post-Infarct MyoCardial RegeneraTion in Addition to CABG Surgery
KHK	Koronare Herzkrankheit
PCI	Perkutane Koronarintervention
EKG	Elektrokardiogramm
MRT	Magnetresonanztomographie
EQ-5D	generisches Messinstrument, das die gesundheitsbezogene Lebensqualität untersucht
VAS	visuelle Analogskala
DDR	Deutsche Demokratische Republik
BMG	Bundesgesundheitsministerium
KomPaS-Studie	Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Patientensicherheit und informierte Entscheidung
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
HZV	Hausarztzentrierte Versorgung

Abstrakt

Hintergrund:

Im Rahmen einer klinischen Studie, in der die Interventionsgruppe autologe Stammzellen intramyokardial während der kardialen Bypassoperation appliziert bekam (PERFECT-Studie), fand eine intensive Nachbetreuung der Patienten statt, wie sie sonst in der Regelversorgung nicht üblich ist. Daraus ergab sich die einmalige Möglichkeit, in einem qualitativen Studiendesign folgende Forschungsfrage zu untersuchen: Wie wird eine strukturierte medizinische Betreuung nach kardialer Bypassoperation im Vergleich zur herkömmlichen Nachsorge von Patienten wahrgenommen?

Methode:

Im Rahmen der qualitativen Studie wurden 2013 und 2014 mit 20 Patienten narrative Interviews geführt und vollständig ton-aufgezeichnet. Die Patienten im Alter zwischen 52 und 76 Jahren wurden 24 Monate nach ihrer Operation in deren häuslichen Umfeld interviewt. Eine Hälfte der Befragten erhielt im Rahmen einer zuvor durchgeführten Studie (PERFECT-Studie) zusätzliche regelmäßige klinische Nachuntersuchungen in einer herzchirurgischen Abteilung. Die zehn anderen Patienten erhielten nach der Operation *care as usual*. Die Auswahl der Interviewpartner basierte auf dem theoretischen Sampling. Das vollständig transkribierte Audiomaterial von insgesamt 578 Minuten wurde auf Basis der Grounded Theory analysiert. Zur Kodierung der Daten wurde das Softwaresystem Nvivo10 verwendet. Die generierten Hypothesen zur Optimierung der Patientenversorgung wurden regelmäßig in einer multidisziplinären Forschungsgruppe diskutiert.

Ergebnisse:

Die Analyse des Materials zeigte, dass Probleme bei der postoperativen Versorgung vor allem im ländlichen, strukturschwachen Raum bestanden. Die im Vorfeld der Operation von den Patienten so wenig bedachten postoperativen Komplikationen nahmen einen hohen Stellenwert in den Interviews ein und spielten bei der Genesung, der Mobilität und der Eigenständigkeit der Patienten nach der Operation eine wichtige Rolle. Sowohl die angesprochenen Komplikationen als auch oftmals beschriebene Verschlechterungen kardialer Symptome nach der Operation machten eine regelmäßige ärztliche Nachbetreuung notwendig. Auffällig war, dass ein großer Anteil der Patienten Probleme bei der Bewerksstellung der kardiologischen Betreuung hatte. Die Konsultationen beim Kardiologen variierten in den Zeitabständen sowie in der von den Patienten wahrgenommenen Relevanz. Für die Patienten waren persönliche Gespräche mit

behandelnden Ärzten bei der Nachbetreuung von entscheidender Bedeutung. Insbesondere Teilnehmer der PERFECT-Studie profitierten von den ausführlichen Gesprächen mit den für die Studie zuständigen Ärzten vor und nach der Operation. Dies beeinflusste die für die Patienten wahrgenommene Bewertung des Krankenhausaufenthaltes. Die Interviews zeigten, dass die Kompetenz der Spezialisten aus dem Krankenhaus höher eingestuft wurde als die der ambulant betreuenden Fachärzte. Zweifel an der Kompetenz ambulant tätiger kardiologischer Ärzte wurden sowohl bei Teilnehmern der PERFECT-Studie als auch bei Patienten ohne zusätzliche klinische Nachbetreuung deutlich. Die Patienten fixierten sich auf Befunde technischer Untersuchungen und äußerten Zweifel an der Aussagekraft manueller oder technisch wenig aufwendiger Untersuchungsmethoden.

Diskussionen:

Eine für den Patienten ersichtliche kontinuierliche und strukturierte Nachbetreuung mit fest eingeplanten Kontrolluntersuchungen scheint bei der Genesung förderlich zu sein. Hierbei ist ein fester Ansprechpartner für die Patienten von entscheidender Bedeutung. Bei der medizinischen Betreuung nach kardialer Bypassoperation gilt es zu berücksichtigen, dass eine Unsicherheit im Umgang mit Leitsymptomen der koronaren Herzerkrankung (KHK), sowie der körperlichen Belastung nach der Operation bestehen. Um die Adhärenz bei der Sekundärprävention und die langfristige Versorgung zu verbessern, sollte die Gesundheitskompetenz der Patienten erhöht werden. Die ärztliche Beratung spielt eine wichtige Rolle bei der Förderung des Gesundheitsverhaltens. Hierbei sollten behandelnde Ärzte für Medikalierungsphänomene sensibilisiert werden. Die Interviews zeigten, dass zusätzliche medizinische Informationen, die von den Patienten aus Mangel an medizinischem Wissen fehlinterpretiert werden, zur negativen Beeinflussung von patientenseitigen Krankheitskonzepten führen können.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Die koronare Herzerkrankung (KHK) ist die klinisch relevante Manifestation der Artherosklerose an den Herzkranzarterien. In der Folge kommt es zur Mangel durchblutung des Herzmuskelgewebes. Eine KHK manifestiert sich typischerweise als Angina pectoris. Abhängig von Häufigkeit und Intensität ist bei Angina-pectoris-Beschwerden oder Belastungsdyspnoe die Lebensqualität vermindert. Herzinfarkt, Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen stellen andere häufige Komplikationen der KHK dar, die mit einer hohen Sterblichkeit einhergehen und zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes führen (1).

Die KHK ist bei Frauen und Männern in Deutschland und weltweit die häufigste Todesursache (2,3). Im Jahr 2019 starben in Deutschland laut amtlicher Todesursachenstatistik insgesamt 52 550 Frauen und 66 532 Männer an einer KHK (4). In den letzten Jahrzehnten zeigt sich ein kontinuierlicher Rückgang der altersstandardisierten Sterberaten aufgrund einer KHK, wie auch in anderen Ländern Westeuropas, in Australien und in den USA (5–11). Zu dieser Entwicklung tragen vermutlich vor allem Verbesserungen im Gesundheitsverhalten und des kardiometabolischen Risikoprofils (12) sowie in der Versorgung des akuten Herzinfarktes (11) bei.

Zur Behandlung der chronischen KHK stehen als Therapieoptionen medikamentöse und konservative, nicht-medikamentöse Maßnahmen sowie die Revaskularisationstherapie zur Verfügung. Diese Therapien unterscheiden sich in ihrer Wirksamkeit, ihrem Nebenwirkungsprofil und ihrem Einfluss auf den Alltag der Patienten¹. Sie haben das Ziel, die krankheitsbezogene Lebensqualität zu verbessern und kardiovaskuläre Morbidität und Sterblichkeit zu reduzieren (1,13).

Zu den Revaskularisationstherapien zählen die perkutane Koronarintervention (PCI) und die koronare Bypassoperation. Die Wahl zwischen beiden hängt von den Präferenzen des Patienten, von morphologisch-anatomischen Kriterien, die das Ausmaß der KHK beschreiben und wesentlich von Komorbiditäten ab (1,13). Im Vergleich zu den minimal invasiven Behandlungen mit 293 972 Patienten stellt die Bypassoperation mit 44 270 Patienten im Jahr 2018 in Deutschland die Minderheit dar (11). Aus der aktuellen

¹Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird das Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Literatur geht hervor, dass die koronare Bypassoperation bei Befall mehrerer Herzkranzgefäße sowie bei komplexeren Verengungen der Herzkranzgefäße die bessere Wahl für den Patienten im Hinblick auf die Überlebensrate ist (14,15). Ihre Bedeutung in der Gesundheitsversorgung ist trotz der geringeren Zahl an Eingriffen groß, da die Zahl komplexer koronarer Befunde aufgrund der demografischen Entwicklung stetig steigt (16–18). Der Anteil der über 70-Jährigen hat über die vergangenen Jahre kontinuierlich zugenommen. Im Jahr 2018 waren ca. 44,8 Prozent der Bypasspatienten 70 Jahre und älter (11). Bei älteren Patienten mit mehreren präoperativen Komorbiditäten rückt insbesondere die Lebensqualität in den Vordergrund der Behandlung. Bezogen auf die Lebensqualität infolge koronarer Bypassoperation kommt die bisherige Forschung zu keinem eindeutigen Ergebnis. Einerseits geht aus Studien hervor, dass sich die Lebensqualität nach der Operation bei den Patienten verbesserte (19,20). Andererseits zeigen Studien, dass ein erheblicher Anteil der Patienten keine Verbesserung der Lebensqualität wahrnahm oder über eine Abnahme der Lebensqualität berichtete (21,22). Diese Untersuchungen legen nahe, dass bezüglich der Lebensqualität nach Bypassoperation weiterer Forschungsbedarf besteht.

1.2 Forschungsstand

Die Fortschritte in chirurgischen Techniken, Perfusionssystemen und perioperativem Management haben die Mortalität während herzchirurgischer Eingriffe reduziert (23). Nichtsdestotrotz bleiben nach überstandener Operation postoperative Komplikationen sowie Schwierigkeiten im Alltag bestehen. Studien zeigen, dass das Auftreten von Depressionen eine wichtige Rolle spielt. Es gibt Hinweise dafür, dass zwischen 30 und 40 Prozent der Bypasspatienten unter einer Form von Depression unmittelbar im Vorfeld oder nach der Operation leiden (24–28). Aus der Literatur geht hervor, dass bei Patienten nach Bypassoperation kognitive Dysfunktionen (29) und Schlaganfälle (29,30) auftreten und Einfluss auf die Lebensqualität haben. Die Inzidenz von Schlaganfällen nach einer Bypassoperation liegt zwischen 1,1 und 5,7 Prozent (30). Bei der Messung und Definition der kognitiven Dysfunktion gibt es bisher große Differenzen zwischen den einzelnen Studien, so dass hierbei Abweichungen in der Prävalenz um mehr als das 10-fache bestehen (29). Eine klinisch randomisierte kontrollierte Studie aus Norwegen mit insgesamt 416 Patienten zeigte eine hohe Prävalenz von mäßigen und starken Schmerzen nach Herzoperationen (31). Sie belegt zudem, dass Patienten auch zum Zeitpunkt der

Entlassungen Schmerzen hatten (31). Zur Erfassung von postoperativen Komplikationen wurden vor allem quantitative Forschungsmethoden angewendet.

Darüber hinaus untersuchen Forschungsgruppen in verschiedenen Ländern Erfahrungen von Patienten nach Bypassoperation qualitativ. Hierbei fokussieren sich zwei Studien auf den frühen Zeitraum der Rehabilitation (32,33). Beide zeigen, dass nach der Entlassung körperliche Belange im Vordergrund stehen, die im Laufe der Zeit in längerfristige, zukunftsorientierte Bedenken übergehen. Die Patienten wünschten sich in beiden Untersuchungen eine kontinuierliche Nachbetreuung in dem Krankenhaus, in dem sie operiert wurden. Die Forschungsgruppe um Lie führte hierzu in Norwegen 39 Patienteninterviews sowohl zwei Wochen, als auch vier Wochen nach der Bypassoperation durch (32). Die Patienten beklagten, dass sie bei der Entlassung aus dem Krankenhaus unzureichend aufgeklärt wurden. Hartford et al. führten in Kanada mit zehn Patienten Telefoninterviews zu unterschiedlichen Zeitpunkten durch: zur Entlassung, einen, zwei, vier und sieben Tage, sowie zwei und sieben Wochen nach Entlassung (33). Nach dem Krankenhausaufenthalt hatten die Patienten Angst vor der Bewerkstelligung ihres Alltags zuhause.

Andere qualitative Studien befassen sich mit Langzeiterfahrungen nach Bypassoperation (34–37). Hierbei konnte gezeigt werden, dass sowohl Patienten als auch deren Angehörige einen höheren Bedarf an Nachbetreuung hatten. In zwei Studien (36,37) äußerten Patienten explizit den Wunsch nach einer engmaschigen postoperativen Betreuung in dem Krankenhaus, in dem die Operation stattfand. Die Forschungsgruppe um Bäckström (37) interviewte in Norwegen neun Patienten ein Jahr nach der Bypassoperation. In der anderen Studie wurden in Australien mit 30 Patienten und deren Betreuungspersonen fünf Wochen sowie ein Jahr nach der Bypassoperation Interviews durchgeführt. Die Interviews von Theobald et al. (36) zeigen zudem, dass die Entlassungsplanung verbesserungswürdig ist. Sowohl die Patienten als auch deren Angehörige berichteten von einschneidenden Veränderungen nach der Bypassoperation, auf die sie im Vorfeld nicht vorbereitet waren. Es wurde davon berichtet, dass das Gesundheitssystem nicht in der Lage war auf die individuellen Bedürfnisse ausreichend einzugehen. In dieser Hinsicht wünschten sich die Patienten mehr Unterstützung und Informationen. Zwei Studien aus Großbritannien (34,35) zeigen die Komplexität der Genesung und Rehabilitation nach einer Bypassoperation. Dabei hatten psychische Faktoren wie das Auftreten von Angst und Depression negativen Einfluss auf die Genesung. Dunckley et al. (34) interviewten hierzu elf Patienten sechs bis zwölf Monate

nach der Bypassoperation, sowie zehn Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, die Erfahrungen mit der Betreuung von Bypasspatienten hatten. Die Forschungsgruppe um Tolmie et al. (35) führte 62 Interviews sieben Jahre nach der Operation durch. In beiden Studien konnte gezeigt werden, dass die Erwartungen der Patienten an die postoperative Versorgung nicht erfüllt wurden. Der Genesungsprozess wurde von den Patienten insgesamt als eine langwierige Herausforderung gesehen.

1.3 Forschungsfrage

Die vorgelegte Dissertation greift die o.g. Ergebnisse auf und untersucht in Zusammenarbeit mit dem Institut für Allgemeinmedizin und der herzchirurgischen Abteilung der Universitätsmedizin Rostock die Sichtweise der Patienten auf ihre Bypassoperation. Dazu wird eine qualitative Herangehensweise genutzt.

Das Besondere an dieser Studie ist, dass die Hälfte der Interviewpartner aus der von 2009 bis 2016 an der herzchirurgischen Klinik laufenden PERFECT-Studie (38,39) rekrutiert wurde. Im Rahmen der PERFECT-Studie erhielten die Patienten vor und nach der Operation zusätzliche Untersuchungen (siehe Samplebeschreibung S. 13). Zur Koordination dieser zusätzlichen Termine im Krankenhaus und zur Erfassung der für die PERFECT-Studie notwendigen Daten bestand ein kontinuierlicher Kontakt zur Studienassistentin. Die andere Hälfte der Patienten erhielt eine herkömmliche Nachsorge (engl. *care as usual*). Insgesamt wurden mit 20 Patienten narrative Interviews durchgeführt. Alle Interviews fanden ca. zwei Jahre nach der Bypassoperation statt.

Im Gegensatz zu früheren Studien erlaubt dieses methodische Vorgehen den direkten Vergleich einer intensiven klinischen Nachbetreuung mit einer herkömmlichen Nachsorge. Ziel war es, zu ermitteln, ob und wenn ja, welche Komponenten und Aspekte der umfangreichen Betreuung aus Sicht der Patienten hilfreich waren. Diese neuen Erkenntnisse könnten die Versorgung von Patienten mit Bypassoperation langfristig verbessern.

Um die gesamte Vielfalt an Erfahrungen der interviewten Patienten abbilden zu können, geht diese qualitative Studie einer offengehaltenen Forschungsfrage nach:

Wie wird eine strukturierte medizinische Betreuung nach kardialer Bypassoperation im Vergleich zur herkömmlichen Nachsorge von Patienten wahrgenommen?

Von besonderem Interesse waren hierbei der Umgang mit aufgetretenen Komplikationen, die Nachsorge, sowie die intensive Betreuung im Rahmen der PERFECT-Studie. Die Fragen zur Beantwortung dieser Teilaspekte lauten:

Wie sah die Betreuung vor und nach der Operation aus?

Welche Schwierigkeiten traten im Zusammenhang mit der Operation auf und wie gingen die Patienten damit um?

Welche Erkenntnisse lassen sich aus der intensiven klinischen Betreuung im Rahmen der PERFECT-Studie für die Routine gewinnen?

2 Material und Methode

2.1 Studiendesign

Zur Bearbeitung der Thematik *Wie wird eine strukturierte medizinische Betreuung nach kardialer Bypassoperation im Vergleich zur herkömmlichen Nachsorge von Patienten wahrgenommen?* wurde ein qualitatives Studiendesign verwendet. Ziel war es hierbei fundierte neue Hypothesen zu diesem Thema zu generieren. Im Gegensatz zur quantitativen Forschung handelt es sich um eine induktive Forschungsmethode. D.h. qualitative Studien verfolgen das Ziel neue Hypothesen und Theorien zu generieren. So eröffnen sich neue Möglichkeiten, ein Phänomen aus der Sicht der Betroffenen heraus zu verstehen (40–42).

Qualitative Methoden wurden und werden v.a. in den Sozialwissenschaften entwickelt und in zahlreichen interdisziplinären Bereichen als Forschungsmethode verwendet. In Praxisfeldern wie der Medizin, in denen Interaktionen zwischen Menschen eine wichtige Rolle spielen, findet diese Methode zunehmend Anwendung (43). Unter dem Oberbegriff der qualitativen Forschung versammelt sich eine Vielzahl an unterschiedlichen Ansätzen (42). In diesem Projekt wurde sowohl zur Datenerhebung, als auch zur systematischen Auswertung des erhobenen Materials, die *Grounded Theory* (44–46) verwendet. Die *Grounded Theory* wurde in den 1960er Jahren von Barney Glaser und Anselm Strauss entwickelt. In dieser Untersuchung wurden, so wie es in der Medizin üblich ist, wesentliche methodische Prinzipien der *Grounded Theory* nach Strauss angewandt. Kennzeichnend für diesen Forschungsstil ist die Parallelisierung der verschiedenen Arbeitsschritte. Hierbei wird die Erhebung von neuen Daten von den jeweils vorhandenen Resultaten beeinflusst. Das bereits vorliegende Material wird in einem weiteren Schritt, in einem Prozess des Kodierens ausgewertet. Alle Interpretationen und Hypothesen, die sich bei der Datenerhebung und -analyse herauskristallisieren, werden mithilfe von

Memos festgehalten. Ziel ist es, in einem weiteren Schritt neue Hypothesen anhand zugrundeliegender Phänomene systematisch zu entwickeln.

In der vorliegenden Studie wurden Datenerhebung, Datenanalyse sowie Hypothesenbildung ebenfalls gleichzeitig betrieben und beeinflussten sich gegenseitig. In der Praxis sah dieses Vorgehen zum Beispiel folgendermaßen aus: Zunächst wurden ausschließlich Patienten interviewt, die im Rahmen der klinischen PERFECT-Studie (38) eine sehr umfangreiche Betreuung in der herzchirurgischen Abteilung erhielten. Nach der inhaltlichen Analyse der ersten fünf Interviews wurde der Kreis der Patienten, die in diese Studie eingeschlossen werden sollten, erweitert. Um eine größere Vielfalt und Effekte der klinischen Nachbetreuung besser abbilden zu können, wurden danach ebenfalls Patienten mit herkömmlicher Nachsorge interviewt. Die Unterscheidung zu quantitativen Methoden liegt nicht nur in der Art der Datenanalyse, sondern auch in der Datenerhebung. Die Auswahl der Interviewpartner basierte auf dem *theoretischen Sampling* (44,47), welches das Herzstück der *Grounded Theory* darstellt. Die Interviewpartner wurden nach sozio-demografischen Merkmalen wie z.B. Alter, Wohnort und Geschlecht ausgewählt. Basierend auf den zuvor ausgewerteten Interviews zeigten einige Merkmale, dass sie die Erfahrungen und Einstellungen der Interviewten in Bezug auf die Bypassoperation beeinflussen. Ziel bei der Auswahl der Interviewpartner war es, möglichst kontrastierende Fälle gegenüberstellen und ähnliche Fälle vergleichen zu können. Beispielsweise wurden während der Forschungsarbeiten die Unterschiede zwischen den Patienten im ländlichen Raum und der Stadt als wichtig erachtet und herausgearbeitet. Dementsprechend wurden die Interviewpartner ausgewählt und in die Studie aufgenommen. Eine Datensättigung wurde nach 19 Interviews erreicht. Dies meint, dass zusätzliche Interviews keine neuen Erkenntnisse geliefert hätten. Da bereits ein weiterer Termin feststand, fand das 20. Interview dennoch statt.

2.2 Samplebeschreibung

Die Untersuchungen im Rahmen der PERFECT-Studie (38) fanden in der herzchirurgischen Abteilung der Universitätsmedizin Rostock statt. Bei der PERFECT-Studie handelte sich um eine doppelblinde Placebo-kontrollierte randomisierte klinische Studie. Die Studienteilnehmer erhielten in der Interventionsgruppe im Rahmen der Bypassoperation autologe Stammzellen intramyokardial appliziert. Zum Follow-up gehörten vor der Operation, zur Entlassung, 6 Monate und 24 Monate nach der Operation ein Langzeit-EKG, 6 Minuten-Gehtest, MRT, Echokardiografie und Blutuntersuchungen.

Neben diesen Untersuchungsverfahren füllten die Patienten zu denselben Zeitpunkten Fragebögen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5D) aus. Für die Koordination der jeweiligen Termine war eine Studienassistentin zuständig, zu der die Patienten während des gesamten Zeitraumes von 24 Monaten Kontakt hatten.

Die andere Hälfte der interviewten Patienten nahm nicht an der PERFECT-Studie teil, sondern erhielt eine herkömmliche ärztliche Betreuung nach kardiochirurgischer Bypassoperation.

Der Kontakt zu allen Patienten dieser qualitativen Studie wurde jeweils von der Studienassistentin der PERFECT-Studie 24 Monate nach Bypassoperation aufgenommen. Die Interviews fanden zwischen 2013 und 2014 statt. Die Teilnehmer unterschieden sich in Alter, Geschlecht, Familienstand, Wohnort und aktueller Tätigkeit, wobei alle Teilnehmer im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern wohnhaft waren. Diese sozio-demografischen Informationen wurden im Anschluss an das jeweilige Interview auf einem Kurzfragebogen erfasst (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Sozio-demografische Merkmale der interviewten Patienten, n=20.

Soziodemografische Merkmale:		Anzahl der Patienten:
Geschlecht	Weiblich	2
	Männlich	18
Alter	45-54 Jahre	1
	55-64 Jahre	3
	65-74 Jahre	13
	75-84 Jahre	3
Familienstand	Ledig	2
	verheiratet	17
	verwitwet	1
Wohnort	Großstadt ²	4
	Mittelstadt ³	3
	Ländlicher Raum	13
Aktuelle Tätigkeit	Vollzeit berufstätig	3
	Nebentätigkeit	1
	Berentung	16
Teilnahme an der PERFECT-Studie	Ja	10
	Nein	10
Gesamt		20

2.3 Datenerhebungen

Um das zu untersuchende Thema aus der Perspektive der Interviewten zu erfassen, zu verstehen und erklären zu können, wurde zur Datenerhebung das Format eines offenen narrativen Interviews gewählt. „Von der Annahme ausgehend, dass sich biografische Selbstpräsentationen am überzeugendsten in Erzählungen darstellen lassen“ (Rosenthal/Fischer-Rosenthal, 1997: 136) (48) wurde das narrative Interview als Forschungsinstrument genutzt. Das narrative Interview (49) bildet eine besondere Form offener Interviews und hat als zentrales Anliegen „die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner zu einer längeren Erzählung von eigenerlebten Ereignissen zu

² >100.000 Einwohner

³ 20.000-100.000 Einwohner

motivieren und sie in einen Erinnerungs- und Erzählstrom zu bringen.“(Rosenthal/Fischer-Rosenthal 1997:139) (48). Dieses Vorgehen ermöglicht, mehr über Handlungsmotive zu erfahren sowie Alltagstheorien und Selbstinterpretationen zu rekonstruieren.

Die Interviews wurden mit einer Ausnahme im häuslichen Umfeld geführt und alle tonaufgezeichnet. Lediglich ein Interview fand auf Wunsch des Patienten im Seminarraum im Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock statt.

2.3.1 Durchführung der Interviews

Nach der Phase der Kontaktaufnahme begann jedes Interview mit einer thematisch und zeitlich offen gehaltenen Erzählaufforderung. Diese setzte zeitlich gesehen nach der Bypassoperation an und motivierte zur autonom gestalteten Haupterzählung und Selbstpräsentation. In diesem Fall begann jedes Interview wie folgt:

„Ich bin heute zu Ihnen gekommen, weil ich mich dafür interessiere, wie es Ihnen mit Ihrer Herzerkrankung geht, welche Erfahrungen Sie gemacht haben und wie Sie die Bypassoperation überstanden haben. Bitte erzählen Sie mir davon!

Sie können sich dabei so viel Zeit lassen, wie Sie möchten. Ich werde Sie erst einmal nicht unterbrechen, mir nur Notizen machen und ggf. später darauf zurückkommen.“

Während der Haupterzählung wurden Notizen im Sprachstil der Interviewten aufgeschrieben. Diese bildeten den Leitfaden für Nachfragen in chronologischer Reihenfolge. Durch die Einhaltung der Themenabfolge orientierte sich der Gesprächsverlauf an den Äußerungen des Interviewten. Dadurch sollten die Befragten ihre Perspektive entfalten. Die Fragen im Anschluss an die Haupterzählung wurden ebenfalls offen formuliert, um die Interviewten zu weiteren Erzählungen anzuregen. Zum Abschluss jeden Interviews wurden externe Nachfragen gestellt, soweit diese im Vorfeld noch nicht angesprochen wurden. So wurden wichtige Aspekte im Zusammenhang mit der Bypassoperation in jedem Interview thematisiert. (47).

„Bestimmt erinnern Sie sich noch daran, wie es war, als feststand, dass Sie am Herzen operiert werden müssen. Können Sie mir bitte mehr über diese Zeit erzählen?“

„Können Sie sich daran erinnern, was Ihnen vor und nach der Operation besonders geholfen hat, wieder gesund zu werden?“

„Können Sie sich noch daran erinnern, was vor und nach der Operation eher hinderlich für Ihre Genesung war?“

„Wie haben Sie die Behandlung in der Klinik empfunden? Können Sie sich noch an Dinge erinnern, die Ihnen besonders geholfen haben?“

Die ersten fünf Interviews zeigten, dass die ambulante Betreuung einen hohen Stellenwert in den Interviews einnahm. Daraufhin wurde der Interviewleitfaden um eine Fragestellung hierzu erweitert.

„Wie ging es nach dem Krankenhausaufenthalt mit der ärztlichen Betreuung weiter? Bitte erzählen Sie mir etwas darüber!“

2.3.2 EQ-5D Fragebögen

Der EQ-5D ist ein Instrument, das durch ein standardisiertes, präferenzbasiertes Verfahren die gesundheitsbezogene Lebensqualität beschreibt und untersucht. Es wurde 1987 von der EuroQol Group entwickelt und liegt mittlerweile in zahlreichen Sprachen vor (50). Die Erfassung dieser Daten diente in dieser Studie der objektivierbaren Vergleichbarkeit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach der Operation und veranschaulichte damit die Problematik der Nachbetreuung. EQ-5D Fragebögen wurden im Rahmen der PERFECT-Studie von den Patienten zu unterschiedlichen Zeitpunkten ausgefüllt: vor der Operation, zur Entlassung, sechs Monate und 24 Monate nach der Operation. Die anderen zehn Patienten, die nicht in die PERFECT-Studie eingeschlossen waren, füllten den EQ-5D Fragebogen nach den narrativen Interviews, 24 Monate nach der Bypassoperation aus. Dadurch konnte die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu dem Zeitpunkt 24 Monate nach der Operation deskriptiv verglichen werden. Die Fallzahl

und das Studiendesign waren nicht darauf ausgelegt signifikante Aussagen bezüglich der beiden zu untersuchenden Gruppen zu treffen.

Bei allen Patienten wurde die Version von 1995 verwendet. Der EQ-5D umfasst zwei Teile. Im ersten Teil füllten alle Patienten einen Fragebogen aus. Der Gesundheitszustand wurde hierbei an fünf Dimensionen in einer Selbstbeurteilung der Patienten abgebildet: Beweglichkeit/Mobilität, „für sich selbst sorgen“, allgemeine Tätigkeiten, Schmerzen/körperliche Beschwerden und Angst/Niedergeschlagenheit. Jede Dimension hatte drei Antwortlevel: 1) „keine Probleme“, 2) „einige Probleme“ und 3) „extreme Probleme“. Die Gesundheitszustände lassen sich durch Kombination der Dimensionen mit drei Antwortlevel konstruieren. Aus den insgesamt 243 ($=3^5$) möglichen Gesundheitszuständen lässt sich der EQ-5D Index transformieren. Der EQ-5D Index liegt hierbei zwischen null und eins, wobei Tod mit null und der bestmögliche Gesundheitszustand mit eins bewertet wird. Der EQ-5D Index fiel mit 0,926 bei den Teilnehmern der PERFECT-Studie höher aus als bei den Patienten mit herkömmlicher Nachsorge mit 0,84.

Im zweiten Teil des EQ-5D schätzten die Patienten ihren momentanen Gesundheitszustand auf einer visuellen Analogskala (VAS) zwischen 0 und 100 ein. Die VAS erlaubt eine allgemeine Bewertung des eigenen momentanen Gesundheitszustands unabhängig von den Antworten auf den fünf Dimensionen des Fragebogens. Die Anwendung des EQ-5D VAS wurde den Patienten im Vorfeld folgendermaßen erklärt:

„Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der bestdenkbare Gesundheitszustand ist mit einer 100 gekennzeichnet, der schlechteste mit 0.

Ich möchte Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist. Bitte verbinden Sie dazu den untenstehenden Kasten mit dem Punkt auf der Skala, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.“

Die Werte der EQ VAS fielen bei den Studienteilnehmern mit 71,9, höher aus als bei den Patienten ohne gesonderte klinische Betreuung mit 67,9.

2.3.3 Datenerfassung und Transkription

Der Umfang des zu analysierenden und vollständig transkribierten Audiomaterials von insgesamt 578 Minuten ist in der Tabelle 2 dargestellt. Durchschnittlich dauerte ein Interview 29 Minuten. In vier Fällen waren auf Wunsch der Interviewpartner die Ehepartner mit anwesend und brachten Aspekte aus einer weiteren Perspektive mit ein.

Tabelle 2: Datenmaterial

Interview	Dauer in Minuten	Beisein des Ehepartners	Anzahl der vergebenen Kodes	EQ-5D Index	EQ-VAS
01_Bypass_m_67_P ⁴	13	Nein	31	0,701	75
02_Bypass_m_71_P	41	Nein	150	0,999	80
03_Bypass_m_75_P	33	Nein	105	0,887	80
04_Bypass_m_52_P	17	Nein	65	0,999	70
05_Bypass_m_70_NP	13	Nein	32	0,788	70
06_Bypass_m_75_NP	28	Ja	79	0,999	80
07_Bypass_m_67_P	60	Ja	180	0,999	80
08_Bypass_m_76_NP	44	Ja	104	0,887	58
09_Bypass_w_69_NP	31	Nein	72	0,175	32
10_Bypass_m_70_NP	23	Nein	76	0,887	90
11_Bypass_m_60_NP	32	Nein	84	0,999	90
12_Bypass_w_72_NP	19	Nein	52	0,999	70
13_Bypass_m_73_NP	21	Ja	74	0,887	48
14_Bypass_m_69_NP	33	Nein	81	0,900	80
15_Bypass_m_74_NP	42	Nein	82	0,887	60
16_Bypass_m_67_P	36	Nein	85	0,999	75
17_Bypass_m_69_P	38	Nein	93	0,999	85
18_Bypass_m_74_P	16	Nein	41	0,887	65
19_Bypass_m_61_P	11	Nein	47	0,887	70
20_Bypass_m_63_P	27	Nein	69	0,900	40

⁴ m=männlich; w=weiblich; 2.Zahl=Alter der Patienten; P=Teilnehmer an der PERFECT-Studie; NP=herkömmliche Nachsorge

2.3.4 Datenschutzrechtliche Aspekte

Vor der Durchführung der Interviews wurde von den Interviewpartnern das Einverständnis zur Aufnahme, Transkription und Pseudonymisierung schriftlich eingeholt. Angaben, die Rückschlüsse auf die interviewten Personen zulassen würden, wurden im Folgenden pseudonymisiert. Alle Ortsangaben wurden nach vergleichbaren Orten benannt. Namen von Personen wurden durch Buchstaben ersetzt. Ein Ethikvotum war aus Sicht der Ethikkommission der Universitätsmedizin Rostock zur Durchführung der Studie nicht notwendig (Referenznummer: A2013-0021).

2.4 Datenauswertung

Die Arbeit des Interpretierens und Analysierens am qualitativen Datenmaterial wird als Kodieren bezeichnet. In der *Grounded Theory* wird zwischen drei aufeinanderfolgenden Arten des Kodierens unterschieden: offen, axial und selektiv (42,51). Inwiefern das Kodieren bei der Auswertung des hiesigen Datenmaterials Anwendung fand, wird im Folgenden erläutert. Das offene Kodieren schuf zunächst einen thematischen Zugang zum Material. Es wurden pro Interview zwischen 31 und 180, durchschnittlich ungefähr 80 Codes vergeben (siehe Tabelle 2). Die entstehenden Codes, welche einzelnen Abschnitten, Sätzen oder gar Worten zugeordnet wurden, wurden in einem weiteren Schritt einzelnen Kategorien zugeordnet. Dadurch entstand mithilfe des Softwaresystems Nvivo 10 eine Baumstruktur, welche das systematische Arbeiten am Material erleichterte. Im Folgenden ist exemplarisch ein Auszug der Baumstruktur aus den Kategorien aller Interviews abgebildet (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Auszug aus der Baumstruktur des Softwaresystems Nvivo 10

Knoten					
Name	Quellen	Referenzen	Erstellt am	Erstellt von	
ambulante Betreuung nach OP	4	5	21.11.2014 17:40	JD	
Aufnahme in die PERFECT Studie	3	5	09.11.2014 14:19	JD	
Diagnose der Herzerkrankung	5	7	20.11.2014 18:49	JD	
Einweisung in das Krankenhaus	6	7	26.11.2013 21:00	JD	
Gedanken vor der Operation	3	6	14.01.2015 10:26	JD	
geringere Leistungsfähigkeit nach der OP	10	15	14.01.2015 10:31	JD	
Komplikationen nach OP	0	0	20.11.2014 18:57	JD	
Krankenhausaufenthalt nach OP	4	4	26.11.2014 19:08	JD	
Maßnahmen, die zur Genesung beitragen	0	0	20.11.2014 19:02	JD	
Multimorbidität	4	4	24.11.2014 16:31	JD	
Rehaufenthalt	11	14	27.11.2013 16:32	JD	
Symptomverschlechterung nach OP	1	2	26.11.2014 10:03	JD	
Abklärung der Symptome bei Kardiologe	1	1	24.11.2014 16:26	JD	
aktuell schlechter Allgemeinzustand	1	1	24.11.2014 15:17	JD	
Defibrillator nach OP	1	4	05.01.2015 11:31	JD	
erneute Luftnot	3	4	24.11.2014 15:22	JD	
Angst vor erneuter Luftnot	2	2	26.11.2014 18:41	JD	
erneut aufgetretene Luftnot wird nicht auf Herzerkrankung zurückgefü	1	1	25.11.2014 15:38	JD	
erneute Koronarstenose nach OP	1	1	28.11.2014 11:33	JD	
Luftnot nach OP verschlechtert	2	3	24.11.2014 15:42	JD	
Luftnot postoperativ Zuhause	2	4	19.11.2014 12:24	JD	
Symptome bei Überanstrengung nach OP	1	1	18.11.2014 16:16	JD	
Umzugsstress nach OP	1	2	05.01.2015 11:28	JD	
Verschlechterung der Symptome seit Reha	2	2	24.11.2014 19:05	JD	

Das axiale Kodieren umfasste das Sortieren offener Codes. Es wurden Zusammenhänge zwischen den jeweiligen Kategorien untersucht und Codes reduziert. Zur Veranschaulichung sind in Tabelle 3 zwei Kategorien mit dazugehörigen Codes und jeweils einer Textpassage abgebildet.

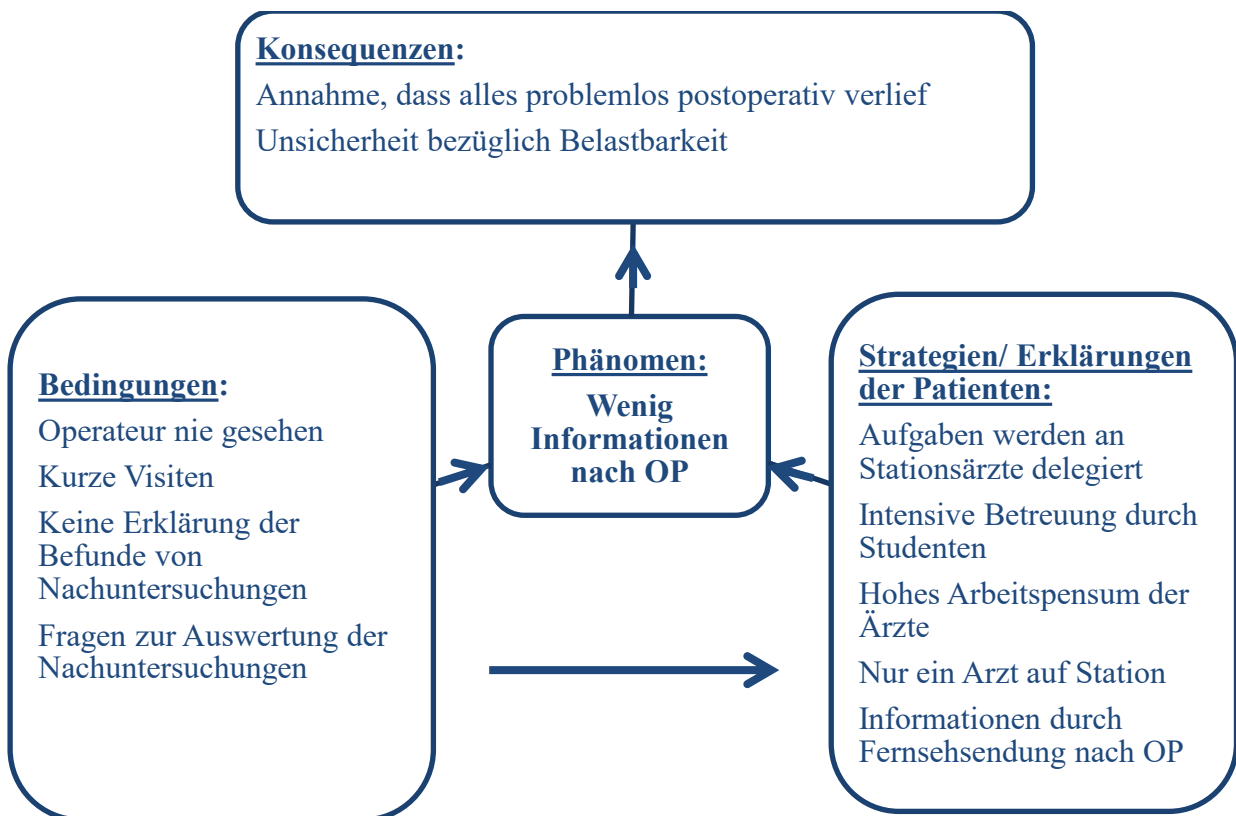
Tabelle 3: Beispielkategorien mit zugehörigen Codes und Textpassagen

Kategorie	Kodes	Textpassagen
Unzufriedenheit über das System der ambulanten Betreuung	Anderes Gesundheitssystem als früher	„Nu is ja dieses System alles ein bisschen anders als es früher mal war. Is ja auch egal.“
	Überlastung der Praxen	„Beim Kardiologe, eh Sie Termine kriegen. Viertel Jahr, vier Monate und so. Obwohl ich ein Her- sagen wir mal akuter Herzpatient bin - dafür hab ich kein Verständnis.“

	Kein persönlicher Kontakt zum Kardiologen	„Nein und auch das muss ich ehrlich sagen, dass da am Tresen wird man eigentlich schon abgefertigt. Ne, wenn man da kommt [...] Das klären die vorne am Tresen.“
	Zu wenig Untersuchungen	„So wenn ich nischt weiter sage, dann wars das. Dann bin ich wieder gegangen. Und das ist ihre vierteljährliche Untersuchung. Ich bilde mir ein, dass ist zu wenig. Sie hat noch nie ein EKG gemacht oder irgendwas.“
	Keine kardiologische Betreuung	„Nein, habe ich nicht. [...] Kardiologe brauche ich nich, dann geh ich ruf ich die Uniklinik an.“
Symptomverschlechterung nach OP	Erneute Luftnot nach OP	„Allerdings muss ich Ihnen sagen, ich kann zwischen dreißig und fünfzig Meter gehen und denn muss ich erst mal stehen bleiben. Keine Luft, wissen Sie. Und das muss ja vom Herzen kommen.“
	Geringere Leistungsfähigkeit	„Ja und so als Fazit muss ich sagen, dass ich also nich hundertprozentig leistungsfähig bin wie vorher nich. Ich bin doch äh dann schnell mal auch etwas abgeschlafft[...]“
	Aktuell schlechter Allgemeinzustand	„Besser wärs gewesen, wenn Sie vielleicht ne Woche später gekommen wären. Ich muss nämlich zur Kardiologin ne. Und allgemein, mein Zustand allgemein is bescheiden ne.“

Beim axialen Kodieren interessiert außerdem die Frage nach Ursachen, Umständen und Konsequenzen. Hierzu wurden Kodierparadigmen erstellt, die die jeweils fokussierte Kategorie möglichst umfassend erklärten. Zur Verdeutlichung ist in der folgenden Abbildung 2 das Beispiel eines Kodierparadigmas nach Strauss und Corbin, bestehend aus Bedingungen, Strategien, Phänomen und Konsequenzen, dargestellt. Hierbei ging es nicht um die Beantwortung der umfassenden Forschungsfrage. Es entstanden vielmehr Theorieminaturen (42), von denen jede in sich eine Kernkategorie erklärt.

Abbildung 2: Beispiel Kodierparadigma nach Strauss/Corbin (45)



Das Kodieren erforderte ein Bewusstsein für Feinheiten in der Bedeutung der Daten und war demzufolge abhängig vom vorausgehenden Literaturstudium und persönlichen wie beruflichen Erfahrungen.

Eine wichtige Funktion im Forschungsgeschehen hatten außerdem sogenannte Memos (42,52). Sie dienten der Dokumentation analytischer Ideen im Verlauf des Forschungsprozesses und stellten laufende Aufzeichnungen von Einsichten, Ideen, Hypothesen und weiterführenden Gedanken dar. Sie waren hilfreich beim Erstellen von Berichten und dienten zur Entlastung von Nebengedanken. Nach jedem geführten Interview sowie zur Darstellung von Forschungsergebnissen wurden Memos angefertigt.

Die generierten Hypothesen zur Optimierung der Patientenbetreuung wurden regelmäßig in einer multidisziplinären Forschungsgruppe diskutiert. Zum Forschungsteam gehörten Kardiochirurgen, eine Studienassistentin aus der Abteilung der Herzchirurgie, Allgemeinmediziner und Soziologen. Dieser multidisziplinäre Austausch ermöglichte es, verschiedene Sichtweisen und Perspektiven auf das Material zu erlangen.

3 Ergebnisse

Die von den Patienten individuell gemachten Erfahrungen im Zusammenhang mit der Bypassoperation werden zur besseren Übersicht in diesem Kapitel in chronologischer Reihenfolge dargestellt. Das erste Unterkapitel setzt sich mit der Zeit vor der Operation auseinander. Anschließend folgen die Erfahrungen, die Patienten in unmittelbarem Zusammenhang mit der Bypassoperation gemacht haben. Danach liegt der Fokus auf der medizinischen Versorgung nach der Bypassoperation. Zum Abschluss werden die Auswirkungen der intensiven klinischen Nachbetreuung im Rahmen der PERFECT-Studie beleuchtet.

3.1 Die präoperative Versorgung

Obwohl während der Interviews nicht explizit nach der präoperativen Versorgung gefragt wurde, fielen die Ausführungen der Patienten hierüber zum Teil sehr umfangreich aus. Sie berichteten zunächst von dem Auftreten kardialer Symptome, die die Patienten nicht auf die KHK zurückführten. Des Weiteren gingen die Interviewten auf ihre Bedenken und Sorgen im Vorfeld der Operation ein.

3.1.1 Umgang mit Symptomen der KHK

Nach dem offenen Stimulus haben die meisten interviewten Patienten über ihre Symptome der KHK gesprochen. Die Patienten berichteten darüber, dass sie zunächst Symptome empfanden, die sie selbst nicht zuordnen konnten. Für sie waren dabei Symptome wie Luftnot und Leistungsminderung subjektiv unspezifisch. Ein Patient beschrieb diese Symptome wie folgt:

„Angefangen hat's so, dass ich eigentlich Leistungseinbußen hatte. Ich war dann nicht mehr in der Lage körperlich schwer zu arbeiten. Aber es war nicht angenommen worden, dass das mit dem Herz zusammenhängen könnte. Das

war dann plötzlich mal so ne Notsituation[...]“ (67-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,999)

Die Patienten berichteten davon, dass sie bei den beschriebenen Symptomen oftmals zuerst an Erkrankungen anderer Organe oder des Bewegungsapparates dachten. In den meisten Fällen gingen die Patienten von Erkrankungen der Lunge aus. Der oben zitierte Patient ging in diesem Fall von einer Lebererkrankung aus und argumentierte folgendermaßen:

„[...] da merkte ich, dass das manchmal so ein bisschen von unten zieht. Aber ich dachte immer, kann ja auch Richtung der Leber sein, dass man vielleicht mal beim Grillen über die Stränge geschlagen hat oder irgendwas. Hatte ich ja nie irgendwie gedacht, weil auch wenn ich so zur Untersuchung war; es wurde nie irgendwie was mal festgestellt, dass in der Richtung was sein könnte.“ (67-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,999)

Ein Patient berichtete, dass seine Hausärztin die kardialen Symptome seiner Meinung nach zunächst nicht richtig einordnete. Er sagte:

„[...] man dachte erst ne Zeit, vielleicht ist es Rheuma. Da fing die an und wollte mich gegen Rheuma behandeln. Also es war sich keiner einig, was es wurde oder was. Es is aber, die Schmerzen die wurden immer immer intensiver.“ (71-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,999)

Aus den Interviews geht hervor, dass typische Symptome der KHK für die Patienten unspezifisch waren und sie dabei nicht an eine kardiovaskuläre Erkrankung dachten. Und das, obwohl in vielen Fällen sowohl Risikofaktoren, als auch familiäre Vorbelastungen bekannt waren. Dieses Phänomen wird in folgendem Zitat eines Patienten, der sich aufgrund einer bekannten und familiär vorbelasteten KHK seit mehreren Jahren in kardiologischer Behandlung befand, deutlich:

„Ich hab nur gemerkt, dass ich da schon unter Atemnot schon litt. Das ist mir schon aufgefallen. Aber ich hab mir direkt nicht die Gedanken gemacht.“
(60-jähriger Patient mit EQ-5D Index von 0,999)

Eine mögliche Erklärung hierfür könnte die Angst vor einer kardialen Erkrankung und eine damit einhergehende Verdrängung sein. Das folgende Zitat zeigt, wie unsicher ein Patient mit dem Umgang der neu wahrgenommenen Symptome war:

„Ich hab das alles nicht so in diese Richtung eingeordnet. Ja und nun ist man ja vielleicht ein bisschen eitel, dass man sagt, na ich muss ja nicht über alles jammern. Ich bin also auch einer, der auch mal na wenn‘s wichtig wird was wegstecken kann [...]“ (71-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,999)

3.1.2 Bedenken vor der Operation

Die bevorstehende Operation am Herzen stellte für alle interviewten Patienten ein einschneidendes Ereignis dar. Die in den meisten Fällen unerwartete Diagnose oder zumindest plötzliche Entscheidung zur Operation, löste bei vielen Patienten Besorgnis aus. Am meisten beschäftigte die Patienten hierbei die Ungewissheit, wie es nach der Operation für sie weiter geht.

Hinzu kamen bei einigen Patienten generelle Bedenken und Sorgen, die sie mit Krankenhäusern und Ärzten in Verbindung brachten. Ein Patient, der Jahre zuvor aufgrund eines Karzinoms mehrfach im Krankenhaus war, erzählte:

„Ich war in meinem ganzen Leben ein großer Schisshase bei Ärzten. [...] Ne die Angst war mehr so die Allgemeinärztliche und im Krankenhaus.“
(71-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,999)

Bei einem anderen 61-jährigen Patienten wurde die Angst vor dem Krankenhausaufenthalt durch die mögliche Gefahr einer Ansteckung mit einem „Krankenhauskeim“ geschürt.

Die meisten Patienten äußerten die Sorge darüber, dass sie die Operation nicht gut überstehen oder daran sterben könnten. Aus diesem Grund nutzte ein noch berufstätiger

und sich zur damaligen Zeit in Trennung lebender Patient die Zeit vor der Operation dazu, private Angelegenheiten zu klären und eine Patientenverfügung zu verfassen. Sowohl berufliche als auch private Zukunftsängste, die die Versorgung zuhause betreffen, wurden in vielen Interviews deutlich geäußert. Eine mögliche Verzögerung der Operation aufgrund von Infektionen oder im Vorfeld notwendiger Zahnextraktionen stellte eine zusätzliche Belastung für die Patienten dar.

Den Erzählungen der Patienten nach, spielten postoperative Schmerzen im Vorfeld der Operation eine untergeordnete Rolle. Auch postoperativ waren sie bei den meisten Patienten kein problematisches Thema: Elf der Patienten berichteten ohne explizite Nachfrage von Schmerzfreiheit nach der Operation. Lediglich zwei Patienten berichteten von Schmerzen und die übrigen Patienten gingen auf dieses Thema in den Interviews nicht ein.

Viele Patienten berichteten von vertrauensvollen Gesprächen mit den operierenden Ärzten, die sich laut ihren Erzählungen vor der Operation viel Zeit für das Aufklärungsgespräch nahmen und auf die Bedürfnisse der Patienten eingingen. Lediglich ein mit einer Rechtsanwältin verheirateter Patient erklärte, dass ihn diese Informationen davor noch mehr verunsicherten. Er äußerte die Vermutung, aufgrund der beruflichen Tätigkeit seiner Frau noch ausführlicher im Vorfeld aufgeklärt worden zu sein und beschrieb diese Gespräche wie folgt:

„Äh, dazu muss ich sagen diese ganzen Informationen, die mir die Ärzte dann gegeben haben, die haben mich gar nicht interessiert, weil das steigerte nur noch meine Angst. Also habe ich da nicht zugehört. Hab den zwar immer gesagt, sie brauchen das nicht erzählen, weil es mich nicht weiter interessiert [...]“

(70-jähriger Patient mit EQ-5D Index von 0,788)

Des Weiteren schilderten Patienten, dass sie aufgrund von positiven Erfahrungen in Krankenhäusern und mit Ärzten, als auch durch privaten Kontakt zu Personen mit medizinischen Berufen zuversichtlich der Operation entgegensahen. Viele Patienten berichteten ebenfalls, dass sie in den Fortschritt der Behandlungsmöglichkeiten in der Medizin vertrauten. Hierzu meinte ein Patient, dessen Frau und Schwester medizinischen Berufen nachgingen, folgendes:

„Da hatte ich Vertrauen zu Personal und zu der Technik, ne. Dann ist es ja so, was heute möglich ist, wäre vielleicht vor 15 Jahren oder 20 Jahren vielleicht nicht möglich gewesen.“ (63-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,900)

Ein einziger Patient gab an, keine Angst bei den Vorbereitungen gehabt zu haben. Dies lag seinen Erzählungen nach an seinem hohen Alter und an seinen weiteren Erkrankungen. Er argumentierte:

„Entweder es geht gut oder geht schlecht, ne. Ich mein, irgendwann stirbt man mal. Da hab ich auch keine Angst vor in dem Sinn. [...] Wobei ich eigentlich auch keine Angst da mehr vor hab ne, das is das Alter.“ (76-jähriger Patient mit EQ-5D Index von 0,887)

Beruhigend wirkte auf zwei Patienten ferner die Tatsache, dass bereits vor ihnen Personen aus dem Familien- oder Bekanntenkreis eine derartige Operation erfolgreich überstanden hatten.

3.2 Aspekte im unmittelbaren Zusammenhang mit der Bypassoperation

Bei den Erzählungen über die Bypassoperation wurde in allen Interviews über den Aufenthalt im Krankenhaus und anschließend in einer Rehaklinik berichtet. Die folgenden Unterkapitel setzen sich mit diesen Aufenthalten sowie den nach der Operation aufgetretenen Komplikationen auseinander.

3.2.1 Krankenhausaufenthalt

Die meisten Patienten hatten den Krankenhausaufenthalt in guter Erinnerung. In ihren Ausführungen hierüber kam zum Ausdruck, dass sie das Gefühl hatten, es würde sich um ihre Belange gut gekümmert werden. Entscheidend waren hierbei die zwischenmenschlichen Beziehungen zum Krankenhauspersonal. Dies wird in folgenden Aussagen von Patienten, die nicht an der PERFECT-Studie teilgenommen haben deutlich:

„Ich habe keine negativen Erinnerungen. Ich hab‘ sie alle als sehr, sehr freundlich und hilfsbereit empfunden. Egal auf welcher Ebene da gearbeitet

wurde.“ (69-jähriger Patient mit EQ-5D Index von 0,900)

„Nach der OP? An für sich hilft einem viel, wenn alle Schwestern und die Ärzte mit einem Lächeln reinkommen und noch ein Wort für einen übrig haben und dies find ich is schon ganz schön wichtig.“ (72-jährige Patientin mit EQ-5D Index von 0,999)

„Ich kann nur sagen, dass dort sowohl die Ärzte als auch die Schwestern und Pfleger, die Krankengymnasten, dass die sich eben gekümmert haben. Und wenn ich irgendwie geklingelt habe oder so, dann kamen die auch.“ (70-jähriger Patient mit EQ-5D Index von 0,887)

„Ja also die ärztliche Betreuung und die Betreuung der Schwestern, die war wirklich sehr gut gewesen. Also da kann ich nichts Negatives da sagen. Also das war schon wirklich sehr gut gewesen. Und auch die ärztliche Betreuung. Also da gibt's also nichts Negatives zu erzählen.“ (60-jähriger Patient mit EQ-5D Index von 0,999)

Die Patienten berichteten über ausführliche und lange Aufklärungsgespräche mit den entsprechenden Herzchirurgen. Neben den vielen Informationen über den Vorgang der Bypassoperation spielte hierbei auch der persönliche Arztkontakt eine Rolle. Da die Patienten für die Studienteilnahme umfangreicher aufgeklärt wurden als die anderen Patienten, schilderten sie diese Gespräche mit den zuständigen Ärzten im Vorfeld der Operation ausführlicher. Im folgenden Beispiel erzählte ein Studienteilnehmer:

„Ich bin dort gerade angekommen, da stand G (Oberarzt in der Herzchirurgie) schon da und hat mich da weggefangen und mit mir anderthalb Stunden gesprochen. Im Endeffekt mit dem Ziel, dass ich zu dieser Stammzellengeschichte ja sage. [...] Ich meine, da muss ich wieder auf den Herrn G (Oberarzt in der Herzchirurgie) zurückkommen. Der hat einem das richtiggehend erläutert, ein Bild gezeigt und gesagt, dass das⁵ notwendig ist. Und dann ist man auch ruhiger geworden.“ (71-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,999)

⁵ Bezogen auf die Bypassoperation

Im Vergleich dazu berichteten einige Patienten über kurze Visiten und wenige Informationen postoperativ. Es wurde deutlich, dass für Patienten vor allem Arztkontakt von entscheidender Bedeutung war. Im Vergleich zu den sehr ausführlichen Aufklärungsgesprächen im Vorfeld der Operation ging aus einigen Interviews hervor, dass der Informationsfluss und Arztkontakt zu den Patienten nach der Operation geringer war als präoperativ. Dies zeigt folgende Aussage eines Patienten, der während seines Krankenhausaufenthaltes an Herzrhythmusstörungen litt:

„Und ich konnte essen, ich konnte trinken, ich hatte wirklich keine Schmerzen. Aber was ich irgendwie nicht leiden kann und das ist ja heutzutage alles // Man kann ja keine Schwester und auch kein Arzt irgendwie konsultieren. Die Schwester, die weisen das ab: Müssen Sie den Arzt fragen. Der Arzt kommt mitn paar Mann an. Du sagst ihm das. Aber du siehst, dass er schon im Galopp beim Nächsten is ne. Nu sag ich mal so, ging es mir ja nicht wer weiß wie schlecht, aber es is diese Hektik in der Uniklinik. Man weiß nicht, wer ein überhaupt operiert hat und was man überhaupt gemacht hat. Das hab ich irgendwie nachher erst später erfahren, dass ich fünf Bypässe gekriegt hab. [...] Ich weiß nicht, wer mich operiert hat. Vielleicht ist es auch egal. Aber es fehlt ebend die Nähe von Arzt zum Patienten.“ (74-jähriger Patient mit EQ-5D Index von 0,887)

Sowohl dieser als auch ein weiterer Patient äußerten explizit, dass sie sich nach der Operation ein persönliches Kennenlernen des Operateurs gewünscht hätten.

Aus den Aussagen ging hervor, dass sie für sich Hypothesen entwickelt hatten, warum sie wenig Arztkontakt hatten. Ihre Vermutungen waren empathisch den Ärzten gegenüber. Dies wird in folgender Aussage deutlich:

„Ja aber nachher hatte ich keine Probleme. Kannste nicht meckern. Ich habe bloß kein Doktor gesehen. Die zehn Tage war nur einmal ein Doktor da. Ein Doktor sonst andern hab ich nicht gesehen. Die sind alle unterwegs. Alle ausgelastet ne. Wenn man so überlegt, was die auch machen müssen.[...] Die werden ihren Grund gehabt haben, warum sie nicht da sind.“ (73-jähriger Patient mit EQ-5D Index von 0,887)

3.2.2 *Komplikationen*

Nach der Operation berichteten die interviewten Patienten von diversen Komplikationen. Diese ließen sich in solche, die unmittelbar nach der Operation auftraten, wie Pneumothorax, Perikarderguss und Lungenödem, sowie jene, die erst im Verlauf vorkamen, einteilen. Am häufigsten wurde hierbei von neu aufgetretenen Herzrhythmusstörungen nach der Operation berichtet. Diese wurden zum Teil als sehr unangenehm beschrieben und führten unter anderem zur Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes sowie zur Verhinderung der Teilnahme an Kursen während des Reha-Aufenthaltes. Am zweithäufigsten wurden in diesem Zusammenhang Wundheilungsstörungen sowohl am Sternum, als auch im Entnahmegebiet der Vena saphena magna am Unterschenkel thematisiert. Diese hatten für die Patienten unterschiedlich weitreichende Folgen. So erläuterte ein 75-jähriger Patient, dass die Wunde am Unterschenkel für ihn das Schwerwiegendste an der gesamten Operation darstellte. Dies äußerte sich in langanhaltenden Schmerzen mit einer anschließenden umfangreichen Behandlung. Ebenfalls hinderlich waren hierbei die Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes und die eingeschränkte Teilnahme an Sportkursen, hierbei vor allem Schwimmkurse während des Reha-Aufenthaltes.

Weitaus weitreichendere Folgen der Operation stellten sowohl das Auftreten von Depressionen sowie Schlaganfällen dar. Bis auf einen unmittelbar während der Operation stattgefundenen apoplektischen Insults, traten bei jeweils zwei Patienten Schlaganfälle und Depressionen einige Zeit nach der Operation in der Häuslichkeit auf. Hierbei stellte sich bei der Auswertung des Materials die Frage, ob diese Komplikationen folglich sowohl von den Patienten selbst als auch von deren Ärzten, auf die Operation zurückgeführt wurden.

Bei einem der Patienten mit aufgetretener Depression nach der Operation deutete sich dieser Verlauf bereits vor der Operation an. Er berichtete davon, nach dem Entschluss zur Operation in ein tiefes emotionales Loch gefallen zu sein. Während des Reha-Aufenthaltes nahm er psychologische Betreuung in Anspruch. Danach lehnte er die ihm angebotene Hilfe jedoch ab und erzählte über einen langen Leidensweg:

„Ich musste das erst mal komplett verarbeiten als ich die Diagnose bekam: Operation also am Herzen. Da hab ich erst mal ziemlich dran genagt. Und auch danach. Nach der Operation. Das hat also sehr lange gedauert. Über ein

Jahr bis ich das insgesamt verarbeitet habe.“ (60-jähriger Patient mit EQ-5D Index von 0,999)

Der zweite Patient mit aufgetretener Depression beschrieb sehr ausführlich das Gefühl der Antriebslosigkeit nach der Operation und seine Frau fasste dies wie folgt zusammen:

„Also nach der OP, so ist mein Mann nie gewesen. Hat er Depressionen höchstgradig. Er is auch in Behandlung jetzt. Und das war gleich nach der // Ich hab das gleich gemerkt.“ (etwa gleichaltrige Frau eines 76-jährigen Patienten mit EQ-5D Index von 0,887)

Der Zusammenhang zwischen emotionaler Belastung infolge einer Bypassoperation und die im Anschluss entstandenen Depressionen, wurde von diesen beiden Patienten und deren Angehörigen sowie Ärzten erfasst.

Im Gegensatz hierzu sind die Symptome der zuhause aufgetretenen Schlaganfälle zunächst nicht richtig gedeutet worden. Die Ehefrau eines betroffenen Patienten meinte diesbezüglich:

„Danach hat er aber einen Schlaganfall gekriegt, nen leichten. Ein und nachm Monat ungefähr den zweiten. Auch einen leichten ne. Und dadurch ist er ein bisschen durcheinander ne. [...] Ich hatte immer gedacht das ist Demenz.“ (etwa gleichaltrige Frau eines 73-jährigen Patienten mit EQ-5D Index von 0,887)

Der Frau dieses Patienten fielen vor allem seine neu aufgetretenen Wortfindungsstörungen und Merkschwäche auf. Die Diagnose des Schlaganfalls wurde anschließend mit Hilfe einer Magnetresonanztomographie gestellt.

Bei der anderen betroffenen Patientin konnten sowohl sie und ihre Familie als auch ein dazu gerufener Rettungsdienst die Symptome des zerebralen Insults drei Monate nach der Operation nicht richtig deuten. Dies führte dazu, dass sie erst mit einer Verzögerung dahingehend therapiert wurde und langwierige Folgen behielt. Aus ihrem Interview war ersichtlich, dass sie davon ausging nach der Bypassoperation ein geringeres Schlaganfallrisiko zu haben:

„Und wissen Sie da im Februar kriegte ich nen Schlaganfall. Also das hatte ich meine Hausärztin auch gefragt, das konnte sie sich auch nicht erklären. Denn durch diese Herzoperation sollte das ja erst mal erledigt sein, ne. [...] Aber wie gesagt, zwei Monate später hatte ich schon wieder den Schlaganfall. Und da war ich natürlich sehr enttäuscht, weil man mir gesagt hat, also damit dürfte das jetzt behoben sein.“ (69-jährige Patientin mit EQ-5D Index von 0,175)

Die Folgen dieses Schlaganfalls beeinträchtigten sie anschließend ebenfalls bei der Rehabilitation nach der Bypassoperation. Aufgrund einer bestehenden Hemiparese war sie in ihrer Beweglichkeit und Mobilität eingeschränkt. Sie hatte Schwierigkeiten ihren Alltag eigenständig zu bewerkstelligen und konnte unter anderem nicht an den angebotenen Sportübungen teilnehmen. Die postoperativ aufgetretenen Schlaganfälle wurden von beiden Patienten nicht in den Zusammenhang mit der Bypassoperation oder KHK gebracht.

Der Patient, der unmittelbar während der Operation einen Schlaganfall erlitt, wurde gezielt mit den daraus resultierenden Folgen sowohl im Krankenhaus und der Reha-Einrichtung, als auch zuhause ambulant betreut. Hierbei ist der Stellenwert der Rehabilitation und der Genesung bezüglich der Bypassoperation für ihn zweitrangig geworden und er meinte diesbezüglich:

„Und nach der OP na da hab ich mich hauptsächlich beschäftigt mit dieser Gesichtsfeldeinschränkung. Und hab immer gedacht, na wie das wohl wird. Dass das mit den Bypässen irgendwie Schwierigkeiten machen könnte, darauf bin ich gar nicht gekommen.“ (70-jähriger Patient mit EQ-5D Index von 0,887)

Die im Vorfeld der Operation so wenig bedachten postoperativen Komplikationen nahmen einen hohen Stellenwert in den Interviews ein und spielten bei der Genesung, der Mobilität und der Eigenständigkeit der Patienten nach der Operation eine wichtige Rolle.

3.2.3 Reha-Aufenthalt

Über den Aufenthalt in den Reha-Einrichtungen gab es konträre Aussagen bezüglich der Behandlung sowie deren wahrgenommener Effektivität. Alle Patienten verbrachten diesen Aufenthalt in fünf verschiedenen Reha-Kliniken in Mecklenburg-Vorpommern. Bis auf eine Klinik hatten alle einen kardiologischen Schwerpunkt. Die Aussagen der

Patienten bezüglich der Behandlung wurden jedoch unabhängig davon geäußert. Ebenfalls spielten die Entfernung der Reha-Klinik zum Wohnort sowie gemeinsame Aufenthalte mit dem Ehepartner keine entscheidende Rolle bei der Bewertung der Rehabilitation.

Ein Teil der Patienten fühlte sich in den Reha-Kliniken gut betreut. Hierbei wurde positiv über die angebotenen Anwendungen und die Wundversorgung berichtet. Es sei ebenfalls auf andere Erkrankungen, wie zum Beispiel Diabetes mellitus oder Knie- und Rückenschmerzen eingegangen worden.

Acht Patienten verbrachten ihren Aufenthalt in einer von der Universitätsmedizin Rostock nicht weit entfernten Reha-Einrichtung und fünf dieser Patienten berichteten sehr positiv über eine wöchentliche Konsultation eines Oberarztes der herzchirurgischen Abteilung Rostock. Dieser informierte sich über den Gesundheitszustand der Patienten und begutachtete deren Wunden. Diese wöchentliche Visite wurde von einem dort betreuten Patienten wie folgt beschrieben:

„Der kam jede Woche einmal nach Kühlungsborn⁶. Und hat sich um seine Patienten gekümmert, die von der Uni Rostock kamen. Und hat mit uns alle immer gesprochen. Dann so ne Art Visite gemacht und gefragt, wie es uns geht und ob wir Probleme haben und dat fand ich sehr gut.“ (67-jähriger Patient und Teilnehmern an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,999)

Durch die zusätzliche persönliche Betreuung des Oberarztes der Universitätsmedizin baute sich eine Beziehung zu den Patienten auf und schaffte Vertrauen sowie ein hohes Maß an Sicherheit. Diesbezüglich berichtete ein anderer Patient, der in der gleichen Reha-Einrichtung war:

„A (Name des Herzchirurgen) kam ja dann auch mal jede Woche zur Kureinrichtung oder zur Reha-Einrichtung ne. [...] Man hatte nie das Gefühl, dass man fremd war. War immer son bisschen vertrautes Gefühl und das war eben, denke ich auch, ein ganz wichtiges Gefühl [...]“ (67-jähriger Patient und Teilnehmern an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,999)

Die meisten Schilderungen der Patienten ließen darauf schließen, dass sie den Reha-Aufenthalt als sinnvoll erachteten. In dem dort gebotenen Zeitfenster nach der Operation

⁶ Ort wurde pseudonymisiert

eröffneten sich ihnen Möglichkeiten, wieder zu Kräften zu kommen. Schrittweise erhielten sie so wieder mehr Sicherheit für den Alltag zuhause. Dies beschrieb ein Patient, der ein halbes Jahr nach der Operation wieder als Freiberufler tätig war, folgendermaßen:

„Naja ich war noch nicht so gut, noch nicht so stark belastbar, durch die gerade überstandene OP. Da wurde das Ganze noch wieder an das normale Leben wieder ran geführt, sozusagen. Und da ist man gut auf meine Probleme eingegangen. Und im Prinzip hat mir das gut bekommen dort.“ (61-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,887)

Ein paar Patienten äußerten auch gegenteilige Meinungen: es wurde ein zu geringer Umfang der medizinischen Betreuung mit zu kurzem ärztlichem Kontakt bemängelt. Außerdem entstand bei einigen Patienten der Eindruck, dass sie zum Teil ineffektiv therapiert wurden. Ein alleinlebender berenteter Patient meinte hierzu:

„Da hatten sie wohl auch keine Erfahrungen mit Herzpatienten, wussten auch nicht, was sie anwenden wollten. Außer hier mal 'n paar Bälle hin- und herwerfen. Das war es dann auch schon.“

(69-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,701)

Insgesamt empfanden vier der Interviewten diesen Aufenthalt und die dort angebotenen Maßnahmen als nutzlos. Einer dieser Patienten, der die Rehabilitation im Nachhinein lieber ambulant durchgeführt hätte, beschrieb seinen Reha-Aufenthalt wie folgt:

„Also ich muss sagen die Reha war nen Schuss in Ofen. Die hat mir überhaupt nichts gegeben. Did war nischt, also da war nischt.“ (75-jähriger Patient mit EQ-5D Index von 0,999)

Diese Patienten fühlten sich vor allem bei den Sportübungen unterfordert, so dass sie das Gefühl hatten, keine konditionelle und körperliche Verbesserung während dieses Aufenthaltes erzielt zu haben. Die Aussagen zeigten insgesamt, dass die Patienten das Gefühl hatten, dass auf ihre unterschiedlichen körperlichen Verfassungen, Altersgruppen

und Erkrankungen nicht individuell eingegangen worden ist. Ein vor der Operation noch berufstätiger Patient beschrieb diesen Aspekt wie folgt:

„Die einzelnen Maßnahmen, die gemacht wurden, die muss man, ich sag mal zweideutig sehen, weil ja die Altersgrenze der einzelnen Patienten, die da teilgenommen haben so auseinander geht. Und dadurch ist auch, sind auch die durchzuführenden Maßnahmen, was für mich ich sag mal, wenn wir spazieren gegangen sind oder so was einfach war, dann mussten einige schon fast wieder den Rollator immer hinter sich herziehen.“ (63-jähriger Patient und Teilnehmern an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,900)

Diese Gründe führten in einem Fall zum vorzeitigen Abbruch nach einem zweiwöchigen Aufenthalt in der Reha-Klinik.

Dem Gegenüber standen einige Patienten, die sich von den angebotenen Anwendungen überlastet fühlten und aufgrund diverser Vorerkrankungen oder Komplikationen nach der Operation nicht an allen angebotenen Übungen teilnehmen konnten. Zwei Patienten berichteten davon, dass sich ihr Aufenthalt aufgrund ihres körperlich schwachen Zustandes um eine Woche verlängerte.

Sofern Patienten von Vorträgen über eine gesunde Lebensweise berichteten, wurde der Informationsgehalt dieser Veranstaltungen von den Patienten ebenfalls unterschiedlich bewertet. So berichtete ein Patient, es seien für ihn allein zu viele Informationen gewesen, die er ohne das Beisein seiner Frau nicht hätte aufnehmen können. Dagegen erhielt ein anderer Patient bei diesen Veranstaltungen keine neuen Informationen und erachtete diese gleichfalls als nutzlos. Des Weiteren wurde die Atmosphäre in den Reha-Einrichtungen von den Patienten unterschiedlich beschrieben. Es wurde zum Teil von einem stark reglementierten Tagesablauf in der Gemeinschaft berichtet. Aus diversen Gründen hatten einige Interviewte wenig Kontakt zu den Mitpatienten. Hierzu gehörten Unterschiede in den Altersgruppen und Bildungsständen. Des Weiteren gaben einige Patienten an, sich nicht mit den Krankheiten von Mitpatienten auseinander setzen zu wollen. Diese Aspekte führten bei einigen Patienten zu Einsamkeit und Langeweile. Andere beurteilten die dortige Atmosphäre positiv und profitierten von den Erfahrungen und dem Austausch mit anderen Patienten.

Die verschiedenen Aussagen könnten ein Indiz dafür sein, dass in den Einrichtungen deutliche Unterschiede in Struktur und Qualität vorherrschten.

Aufgrund der unterschiedlichen Ausgangspositionen bedingt durch Alter, Bildungsstand, Vorerkrankungen und Genesungsgrad hatten die Patienten unterschiedliche Ansprüche an ihren Reha-Aufenthalt und die dort angebotenen Anwendungen und Schulungen. Insgesamt zeigen die Interviews, dass es einen Bedarf an individuelleren Behandlungen während der Rehabilitationszeit gibt.

3.3 Die postoperative Versorgung

Im folgenden Kapitel wird die Bandbreite der unterschiedlichen Schwierigkeiten, die bei der postoperativen Versorgung aus der Perspektive der Patienten auftraten, dargestellt. Insbesondere die so unterschiedlich stattgefundenene ambulante ärztliche Versorgung nahm in den Interviews einen hohen Stellenwert ein. Hierbei wurden Aspekte zum Thema Multimorbidität häufig thematisiert. Des Weiteren berichteten die Patienten von Einbußen ihrer Leistungsfähigkeit, sowie von Verschlechterungen kardialer Symptome und die sich daraus resultierenden alltäglichen Probleme im Umgang mit der KHK.

3.3.1 Ambulante Betreuung

Aus dem Großteil der Interviews ging hervor, dass die ambulante ärztliche Betreuung nach der Operation gut funktionierte. Hierbei berichteten die Patienten von einer ärztlichen Versorgung, bestehend aus Hausärzten und anderen Fachärzten, insbesondere Kardiologen. In diesem Zusammenhang nahm das Vertrauen in die ambulant tätigen Ärzte eine zentrale Rolle ein. Das Vertrauen war laut Aussagen der Interviewpartner von der Länge der Behandlungsdauer abhängig. Dieses vertrauensvolle Verhältnis beschrieb ein im ländlichen Raum lebender Patient wie folgt:

„Und dann, wie gesagt, bin ich dann im Januar bei ihr dann dort wieder und hab auch einen guten Eindruck von ihr. Die hat mir ja auch damals zu dieser Herz-OP dann also zu dieser Stentgeschichte auch geschickt. Und hab da einen guten Eindruck. Also ich denk schon, dass ich da erst mal auch in ner guten Hand bin.“ (67-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,999)

Alle Patienten berichteten von dem Bestreben einen zeitnahen Termin beim Kardiologen zu bekommen. Die Zeitabstände der Termine variierten bei allen Patienten zwischen einem viertel und einem ganzen Jahr. Patienten ohne vorherige kardiologische Betreuung

hatten Schwierigkeiten zeitnahe Termine zur Nachbehandlung zu bekommen. Eine Patientin aus dem ländlichen Raum ließ sich nach der Operation einmal bei einem Kardiologen untersuchen, der alle zwei Wochen eine Sprechstunde in einer benachbarten Stadt ihres Wohnortes anbot. Über die Möglichkeiten seiner Untersuchungen äußerte sie jedoch folgende Zweifel:

„Er hat ja gemeint, dass wär soweit in Ordnung. Ich kann das ja nicht deuten wissen Sie. [...] Nu weiß ich bloß nich, ob er das in Teterow⁷ oder dieser Güstrower⁸, ob der das feststellen kann mit Sonografie. Doch wohl kaum ne?“
(69-jährige Patientin mit EQ-5D Index von 0,175)

Weitere Zweifel an ambulanten Nachuntersuchungen wurden insbesondere bei den regelmäßig im Rahmen der PERFECT-Studie nachuntersuchten Patienten in der Klinik deutlich. Auf diesen Aspekt wird unter dem Punkt 3.4 genauer eingegangen.

In weiteren Erzählungen ging es oftmals darum, dass die Patienten Zeitabstände zwischen den jeweiligen Terminen und Wartezeiten als zu lang empfanden. Für einen Patienten war der Umfang der Untersuchungen ebenfalls zu gering. Er sagte:

„[...] in den zwei Jahren hat nich einer mal mein Blut untersucht [...]. Und das ist ihre vierteljährliche Untersuchung. Ich bilde mir ein, das ist zu wenig. Sie [die behandelnde Kardiologin] hat noch nie ein EKG gemacht oder irgendwas.“
(71-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,999)

Die Ehefrau eines anderen Patienten mit akuter Verschlechterung kardialer Symptome zum Zeitpunkt des Interviews beschwerte sich in diesem Zusammenhang über die kardiologische Betreuung ihres Mannes. Sie berichtete über wenig persönlichen Kontakt und beschrieb die ärztliche Nachbetreuung folgendermaßen:

„Die macht doch nichts, gar nichts, da holt er sich ein 24h EKG vom Tresen ab, da gibt er das auch wieder ab und die Schwester sagt denn, wenn was ist, dann rufen wir wieder an. Sie rief dann an, jetzt müsse er die Tabletten so nehmen und

⁷ Ort wurde pseudonymisiert

⁸ Ort wurde pseudonymisiert

nicht so. Und das war's dann. Die Frau Dr. Y (ambulant behandelnde Kardiologin) kümmert sich nicht.“ (Ehefrau eines 76-jähriger Patienten mit EQ-5D Index von 0,887)

Bei vielen Patienten traten nach der Bypassoperation kardiale Symptome auf, mit denen sie nicht gerechnet hatten. Acht Patienten berichteten in diesem Zusammenhang von Symptomen wie Luftnot, Schwäche oder Schwindel während der Zeit zuhause nach dem Reha-Aufenthalt. In zwei Fällen wurde der Rettungsdienst benachrichtigt und es folgte ein Krankenhausaufenthalt mit Diagnostik und Behandlung der Symptome.

Zwei Patienten berichteten von der Implantation eines Defibrillators im poststationären Verlauf. Beide fühlten sich aufgrund dieser Maßnahme sicherer. Einer von ihnen erklärte:

„Und aber ich bin froh, dass ich das gleich gemacht hab. Und der hat ja so weiter eh normalerweise mit der Luft gar nix zu sagen, ne?! Aber ich sach ja: is' auch Einbildung oder sowas [...] Tja – und da fühl' ich mich denn auch bisschen sicher, ne?! Und ob das auch 'ne Einbildung is' oder was?!“ (69-jähriger Patient und Teilnehmer an der PEFRECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,999)

Die Kardiologin eines Patienten mit postoperativen Symptomverschlechterungen veranlasste invasive diagnostische Untersuchungen mit dem Ergebnis einer koronaren Stentversorgung. Die kardialen Symptome verbesserten sich daraufhin wieder.

Die von den Patienten beschriebenen Verschlechterungen kardialer Symptome, die zu den eben erläuterten Maßnahmen führten, lösten bei vielen der betroffenen Patienten Sorgen aus. Diesen Sorgen waren vor allem die Patienten ausgesetzt, bei denen zu dem Zeitpunkt des Interviews noch keine medizinischen Maßnahmen ergriffen wurden. Zwei dieser Patienten haben sich mit ihren erneut aufgetretenen kardialen Symptomen bis zu dem Zeitpunkt des Interviews noch nicht bei ihren behandelnden Ärzten vorgestellt. Der Grund hierfür stellte für eine Patientin eine anstehende stationäre Therapie bezüglich ihrer Rückenschmerzen dar. Der andere Patient schätzte die Symptome der Luftnot falsch ein und ließ sich bei einem Pneumologen diesbezüglich untersuchen. Die zunehmende Dyspnoe hinderte ihn an der Teilnahme von vier Terminen in der Herzsportgruppe. Zur weiteren Abklärung wollte er einen Termin beim Kardiologen, der eine Woche nach dem Interview vereinbart wurde, abwarten.

Bei der Nachbetreuung berichteten die meisten Patienten von einem regelmäßigen und guten Verhältnis zu ihren Hausärzten.

Es gab aber auch gegenteilige Äußerungen. Ein Patient berichtete über das für sein Empfinden zu abwartende Verhalten seiner Hausärztin, nachdem er ihr wohl über Symptome wie Schwindel und Schwäche berichtet habe:

„Das ist son komisches Gefühl, weiß ich nicht. Also das hält auch nicht lange an. Aber darauf reagiert nur keiner. Ich habs meiner Hausärztin gesagt, die hats dann abgewogen. Die ist sowieso // Die meine Hausärztin reduziert alles aufs Alter. ‚Herr B (Name des Patienten), Sie sind ein alter Mann. Sie sind einundsiebzig, da mit siebzig ist man keen gesunder Mensch.‘ Das sind ihre ganzen Begründungen für alles.“ (71-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,999)

Aus den Interviews ging hervor, dass einige Patienten den Eindruck hatten, postoperativ keinen ärztlichen Ansprechpartner zu haben. Es wurde deutlich, dass der Wunsch nach einer strukturierten Form der ärztlichen Betreuung nach Bypassoperation inklusive fest eingeplanter Kontrolluntersuchungen besteht. Eine Patientin meinte hierzu:

„Ärztliche Betreuung? Das war da gar nichts. [...] Bloß was ich sagen würde, es müsste danach auch bisschen ärztliche Betreuung sein. Das ist das was mich stört ne. Ich will ruhig hingehen zur Kontrolle, denn äh man hat ja doch Angst ne, wenn irgendwas is.“ (69-jährige Patientin mit EQ-5D Index von 0,175)

In zwei weiteren Interviews wurde das Arzt-Patienten-Verhältnis von heute im Vergleich zu dem in der DDR als fremdartig beschrieben. Ein Patient berichtete in diesem Zusammenhang vom gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozess mit Ärzten. Er präferierte einen paternalistischen Behandlungsstil und meinte diesbezüglich:

„Und was mich am meisten stört, also das betrifft alle Ärzte. Sie sind jung, aber ich bin ja nu noch ein DDR-Mitglied. Wenn sie in der DDR zum Arzt gingen, hat der Arzt gesagt, du musst jetzt ne Spritze kriegen, dann hast du die gekriegt. Wenn Sie heute zum Arzt gehen, dann sagt er ‚Herr B (Name des Patienten) das

müssen Sie entscheiden.‘ Dafür hab ich wenig Verständnis.“ (71-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,999)

Die Patienten berichteten davon, sich in der Realisierung ihrer ambulanten Nachbetreuung zum Teil überfordert zu fühlen. Als hinderlich wurden einerseits eher organisatorische Aspekte genannt, wie beispielsweise schwer erreichbare hochfrequentierte kardiologische Arztpraxen. Diese Problematik wurde vor allem von Patienten im ländlichen, eher strukturschwachen Raum geschildert. Andererseits wurde auch die eigenständige Umsetzung von Empfehlungen zu einem Lebenswandel mit sportlicher Aktivität, Ernährungsumstellung und Rauchstopp als überfordernd empfunden. Einige Patienten berichteten in diesem Zusammenhang über die Unterstützung durch den Ehepartner und ihre Familie, was ihre Motivation erhöhte.

Die körperlichen Aktivitäten variierten vom Trainieren in einem Fitnesscenter oder auf Fitnessgeräten zuhause bis hin zum regelmäßigen Spazierengehen. Sechs Interviewte berichteten von der Teilnahme an Herzsportgruppen nach der Operation. Bei diesen Herzsportgruppen gäbe es ärztliche Kontrollen der Kreislaufparameter. Den Aussagen der Patienten nach führte das zu einem erhöhten Sicherheitsgefühl. Zwei Patienten berichteten davon, dass sie nicht an dem angebotenen Herzsport teilnehmen konnten. Ursächlich hierfür waren bei einer Patientin die Einschränkungen aufgrund einer Hemiparese in Folge eines Schlaganfalles. Der andere Patient berichtete, aufgrund der räumlichen Distanz nicht an der empfohlenen Herzsportgruppe teilzunehmen. Dieser im ländlichen Raum lebende Patient erläuterte seine Entscheidung wie folgt:

„Weißte ich dacht so bei mir, du bist nen guter Mensch und hast prima Ideen. Aber nu sag mir doch mal, wenn ich mich hier in Schwerin anmelde zu son Herzsport, da gibts ja extra für Herz-OPs da so für so ne Leutchens. Da muss ich aber immer mitm Auto hinfahren ne. Wenn ick in Schwerin wohne is dat was anderes. Setz ich mich in ne Straßenbahn oder so. Aber hier, jedes Mal reinfahren.⁹ Ne. Dacht so bei mir, dat geht uch ohne.“ (67-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,999)

⁹ Die Fahrtzeit würde 30 Minuten betragen

3.3.2 Einfluss von Multimorbidität

Viele interviewte Patienten thematisierten Multimorbidität vor allem mit Blick auf Polypharmazie und die ärztliche Betreuung. Multimorbidität ist definiert als beliebige Kombination einer chronischen Erkrankung mit zumindest einer weiteren Erkrankung (akut oder chronisch) oder einem biopsychosozialen Faktor (assoziiert oder nicht) oder einem somatischen Risikofaktor (53). Multimorbidität ist vor allem ein zunehmendes Phänomen in alternden Gesellschaften (54,55). Aufgrund verschiedener Krankheiten wurden die Patienten zum Teil von vielen verschiedenen Fachärzten betreut.

Schmerzhafte Erkrankungen am Bewegungsapparat wurden dabei in der Priorität der Behandlung höher eingestuft als die KHK. Ein Teil der von den Patienten erwähnten Erkrankungen wie arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Schlaganfall oder periphere arterielle Verschlusskrankheit sind gleichzeitig Risikofaktoren oder andere Manifestationen von Herzkreislauferkrankungen. Über die Hälfte der Patienten berichtete von der Einnahme einer Vielzahl an Medikamenten. Hierbei verdeutlichte ein Patient mit zuvor keiner bekannten Erkrankung, den Anstieg der Medikamenteneinnahme nach der Operation mit folgender Aussage:

„Therapiert wurde ich anschließend mit Haufen Medikamenten, die mir heute noch nen bisschen Sorge bereiten. Ich nehm ja so circa dreizehn Tabletten pro Tag.“ (63-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,900)

Die Sorge über diese erhöhte Tabletteneinnahme teilten viele Patienten. Zwei von ihnen berichteten in diesem Zusammenhang von aufgetretenen Nebenwirkungen wie Übelkeit oder Schwindel. Eine Patientin erklärte die notwendige Reduktion der Medikamente während ihres Reha-Aufenthaltes folgendermaßen:

„Ansonsten die vielen Tabletten, die ich da gekriegt hab, das is natürlich ne Sache, die versuchen ja auch das Beste draus zu machen. Ich hab sie auch erst genommen aber nachher ging es nich mehr. Zweiundzwanzig Tabletten am Tag. Also da war bei mir nichts mehr drin. Ich konnt nich mehr Essen. Ich musste mich ewig übergeben und denn haben sie das auch abgesetzt. (69-jährige Patientin mit EQ-5D Index von 0,175)

Einen hohen Stellenwert bei den Erzählungen über die Medikamenteneinnahmen hatten die Antikoagulantien und Thrombozytenaggregationshemmer, die von den Patienten umgangssprachlich als „Blutverdünner“ bezeichnet wurden. Die Patienten sorgten sich in diesem Zusammenhang über mögliche Blutungskomplikationen. Wenige berichteten auch über aufgetretene Blutungskomplikationen. Auf der anderen Seite wurde anhand der Interviews deutlich, dass durch die Einnahme von Vitamin-K-Antagonisten das Betreuungsintervall durch den Hausarzt engermaschiger war. Ein Patient berichtete:

„So bei meinem Hausarzt, da geh ich regelmäßig alle drei, vier Wochen hin wegen Quicktest machen und wegen der Blutverdünner.“ (63-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,900)

Gerade Patienten mit mehreren chronischen Krankheiten berichteten von einer abnehmenden Lebensqualität. Zu diesem Aspekt äußerten sich zwei Interviewpartner. Einer der beiden Patienten berichtete über seine chronischen Erkrankungen und die damit einhergehenden vielen Arztbesuche:

„Und ich bin eigentlich überall. Ich bin beim Urologen. Ich bin beim Rheumatologen. Ich hab das auch im Lendenwirbel. Da war ich beim Neurochirurgen. Und denn war das mit den alten Tabletten so ne Sache, mit dem komischen Quickwert da. Und das hab ich nie verstanden, warum ich dran bin. Ich bin vielleicht thromboseverdächtig, sag ich mal. Da war ich auch schon mal, weil ich Schmerzen hatte. Wurd ich mal da untersucht hier mit Ultraschall und was weiß der Kuckuck nich. Ich hab auch am linken Bein mächtige Krampfadern. Aber das ist nicht schmerzlich, sag ich jetzt mal. Insofern läuft das alles seinen Gang. Und alles zusammen genommen is nachher das Schuld, dass das Lebensgefühl auch nich mehr das ist, was es eigentlich sein sollte.“ (76-jähriger Patient mit EQ-5D Index von 0,887)

Für eine andere Patientin bedeuteten die verschiedenen Erkrankungen eine erhebliche Einschränkung ihres Alltags. Die seit einem Jahr verwitwete Patientin litt insbesondere unter den Folgen eines Schlaganfalles und meinte hierzu:

„Und zum Schluss sitz ich jetzt mit Herz an, ich sitz mit‘m Rücken an, ich krieg meine Beine nich so wie ich möchte. Also es is ne Katastrophe.“ (69-jährige Patientin mit EQ-5D Index von 0,175)

Diese beiden Patienten litten besonders unter den Folgen der KHK und den weiteren Erkrankungen.

3.3.3 Lebensqualität

Zwei weitere wesentliche Punkte spielten bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach der Bypassoperation eine wichtige Rolle: das schnelle Zurückerlangen der Mobilität und die Besserung der pektanginösen Beschwerden nach der Operation. Die Patienten berichteten, dadurch Eigenkontrolle, sowie mit zunehmender eigener Leistungsfähigkeit Unabhängigkeit zurückzugewinnen. Dies war in ihren Augen die Voraussetzung für die anschließende selbstständige Bewältigung des Alltags. Wichtig war den Patienten in diesem Zusammenhang die Unterstützung des sozialen Umfelds. Patienten erzählten davon, dass sie sich besser fühlten, sobald sie in den Alltag zurückkehren konnten. Ein im Vorfeld der Operation berufstätiger Patient meinte hierzu:

„Also als ich dann wieder gehen konnte in der Rehaklinik ging es immer besser und am Schreibtisch sitzen konnte und all sowas, dann fühlte ich mich schon gesund. Im Grunde genommen hat geholfen, dass ich mich schnell in das normale Alltagsleben wieder eingliedern konnte.“ (69-jähriger Patient mit EQ-5D Index von 0,900)

Die Mehrheit der im Vorfeld berufstätigen Patienten erlangte die Erwerbstätigkeit nach der Operation zurück. Darunter vor allem selbstständig arbeitende Freiberufler, die finanziell in hohem Maße auf ihre Arbeit angewiesen waren.

Für den Großteil der bereits vor der Operation im Ruhestand lebenden Patienten bedeutete Unabhängigkeit vor allem das Wahren der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im täglichen Leben. Einige wenige Patienten konnten diese Unabhängigkeit nicht zurückerlangen und berichteten von Situationen, in denen sie auf die Hilfe anderer angewiesen waren. Viele Patienten waren nach der Operation zuversichtlich und berichteten von persönlichen Projekten wie Umzügen, Haus- oder Gartenumbauten, sowie Reisen oder Konzertbesuchen.

3.3.4 Umgang mit den Folgen der KHK

Im Umgang mit der KHK nach der Bypassoperation berichteten viele Patienten über Einbußen der Leistungsfähigkeit. Dieser Aspekt wurde in der Hälfte der Interviews thematisiert. Ein Patient, der seit der Operation täglich an Fitnessgeräten zuhause trainiert, erklärte:

„Ja und so als Fazit muss ich sagen, dass ich also nicht hundertprozentig leistungsfähig bin wie vorher nicht. Ich bin doch dann schnell mal auch etwas abgeschlafft [...]“ (70-jähriger Patient mit EQ-5D Index von 0,887)

Vier der Befragten führten die beobachtete Verringerung der Belastbarkeit auf ihr Alter zurück. Die Mehrheit der Patienten berichtete in diesem Zusammenhang auch von Strategien, wie sie mit dieser Problematik zuhause umgingen. Sie erzählten davon, nach der Operation den Umfang der Arbeiten reduziert und mehr Pausen eingelegt zu haben. Neben der oft erlebten Abnahme der Leistungsfähigkeit, wurde von den meisten Patienten jedoch auch eine Besserung der pektanginösen Symptome nach der Operation beschrieben.

Bei einigen Patienten verschlechterten sich nach dem Reha-Aufenthalt im Laufe der Zeit die kardialen Symptome (siehe auch Unterkapitel 3.3.1). Vier Patienten berichteten weder über eine Verbesserung noch über eine Verschlechterung der wahrgenommenen Herzleistung nach der Operation. Dieser Eindruck resultierte vor allem aus Untersuchungsergebnissen im Rahmen der kardiologischen Nachuntersuchungen. Diese Patienten erzählten nicht davon, inwiefern sie persönlich die KHK wahrnahmen, sondern von Ergebnissen der Kontrolluntersuchungen. So berichtete ein Patient:

„Der vom Ultraschall sagte ja: Ist nichts, alles so geblieben. Keine riesen Veränderungen, aber auch keine Verschlechterung. Und das reicht einem denn. Also mir jedenfalls.“ (69-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,701)

Einem Patienten war ebenfalls bewusst, dass seine Herzmuskulatur langfristig aufgrund der Ischämiezeit geschädigt wurde. Über seinen Gesundheitszustand berichtete er im folgenden Interviewauszug:

I: „Gut können Sie sich noch daran erinnern, was Ihnen vor und nach der Operation besonders geholfen hat, wieder gesund zu werden?“

B: „Was heißt gesund? Ich hab ja nun diese Herzschwäche da ne. Ich hab mich ja im Grunde nicht krank gefühlt in dem Sinne. Ich hatte ja keine Schwindelanfälle, keine Übelkeit oder sowas.“ (69-jähriger Patient mit EQ-5D Index von 0,900)

In drei anderen Interviews wurde deutlich, dass Patienten von der Annahme ausgingen, nach der Operation wieder vollständig gesund zu sein. Einer dieser Patienten meinte hierzu:

„Ne. Ich bin ja davon ausgegangen, ich bin gesund nach der Operation.“ (69-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,999)

Von dieser Auffassung ausgehend überschätzten die Patienten ihre Leistungsfähigkeit. Ein Patient schilderte eine Situation während seines Reha-Aufenthaltes:

„Ich dachte wie ich ausm Krankenhaus kam [...] Ach denk ich, gehst schnell die Treppen runter, bisschen überhastet wohl runtergegangen, wie man das so kennt noch. Man denkt immer, man ist gesund ne. Da wurde ich gleich ins Bett. Och wat hatte ich da für Werte und alles. Frühstück im Bett, ganzen Tag musste ich da liegen und erst mal zur Beruhigung und alles.“ (52-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,999)

Dieser frühe Zwischenfall nach der Operation führte bei diesem Patienten zum Umdenken und einer angepassten Belastung. Die Wahrnehmung, nach der Operation wieder gesund zu sein, wurde ebenfalls laut Interviewpartner vom operierenden Herzchirurgen vermittelt:

„Und Herr A (Oberarzt Herzchirurgie) sagte noch zum Schluss, was ich wie immer zitiere: „Ja das war ne Rundumerneuerung. Sie können jetzt davon ausgehen, das Herz hält jetzt so lange wie Sie leben.““ (69-jähriger Patient mit EQ-5D Index von 0,900)

Aufgrund der unterschiedlichen Auffassungen zur jeweils eigenen Leistungsfähigkeit gingen die Interviewpartner unterschiedlichen körperlichen Tätigkeiten nach der Operation nach. Bei einigen Patienten traten hierbei Fragen zur Belastbarkeit nach der Operation auf. Ein Teil der Patienten informierte sich in Apothekenzeitschriften oder Fernsehsendungen über die Erkrankung und den Operationshergang. Zwei der Interviewpartner äußerten in diesem Zusammenhang jedoch ausdrücklich, im Nachgang keine Informationen über die Operation erhalten zu wollen.

3.4 Effekte der klinischen Betreuung im Rahmen der PERFECT-Studie

Von den zehn Interviewpartnern, die in die PERFECT-Studie eingeschlossen waren, erzählten neun explizit von der Studienteilnahme. Ein Patient erwähnte in diesem Zusammenhang lediglich die Nachuntersuchungen in der herzchirurgischen Abteilung der Universitätsmedizin Rostock. Diese zusätzlichen Nachuntersuchungen wurden von den meisten Patienten als positiv wahrgenommen. Es zeigten sich jedoch auch nicht intendierte, möglicherweise unerwünschte Effekte. Auf diese beiden Aspekte wird im Folgenden genauer eingegangen.

3.4.1 Positive Effekte

Bei den Berichten über die Teilnahme an der PERFECT-Studie fiel vordergründig auf, wie wichtig den Patienten eine persönliche Beziehung zum Arzt war. Von der Beziehungsebene war es abhängig, wie die medizinische Behandlung von den Patienten wahrgenommen wurde. Bei häufigem Kontakt im Rahmen der Studie hatten Patienten das Gefühl, sowohl medizinisch und technisch apparativ als auch persönlich besser betreut zu werden. Teilnehmer der PERFECT-Studie profitierten hierbei vor allem durch die regelmäßigen Nachuntersuchungen und dem Kontakt zur Studienassistentin. Ein Patient, der ein halbes Jahr nach der Bypassoperation als Freiberufler wieder in das Berufsleben einstieg, äußerte sich so:

„Das kann ich nur positiv empfinden. Also dadurch, dass ich in diese Studie aufgenommen wurde, wurde ich jetzt ja schon zweimal nachuntersucht, also sozusagen nachkontrolliert. Was bei normalen OPs ja nicht gemacht wird, so wie ich gehört habe. Das finde ich schon mal sehr gut, dass ich betreut werde dadurch. Und manchmal so mein Zustand kontrolliert wird.“ (61-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,887)

Diese Nachuntersuchungen im Rahmen der Studie schaffte bei Vielen der Patienten ein hohes Maß an Sicherheit. Dies zeigt auch die Aussage eines Patienten mit postoperativen Herzrhythmusstörungen und Defibrillatorimplantation:

„Die Operation hat mir gut geholfen und dann eh die Nachuntersuchungen ja auch, ne! Musste denn immer inne Röhre und denn zum EKG und dann zum, oh wie heißt das – Ultraschall. Und geholfen, ja beruhigt hat's mich, ne?! Geholfen, weiß ich ja nich'! Das kann ich ja nich' eh – es hat mich beruhigt und dadurch ist das – hat auch bisschen geholfen, ne?! Das is' eh zweigleisig bisschen, ne?!“
(69-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,999)

Die Patienten betonten einhellig, dass die kontinuierliche Rückversicherung aus der Klinik sie beruhigte. Die Interviews zeigten auch deutlich, dass Patienten der Meinung der Spezialisten aus dem Krankenhaus mehr Bedeutung zumaßen als der Meinung ambulant tätiger Ärzte. Zweifel an der Kompetenz der ambulant tätigen Ärzte wurden ebenfalls bei einigen Patienten ohne klinische Nachbetreuung deutlich (siehe auch Abschnitt 3.3.1). Aufgrund der regelmäßigen Kontaktaufnahme seitens der Universitätsmedizin entstand bei den an der PERFECT-Studie teilnehmenden Patienten der Eindruck, es würde sich weiter um sie gekümmert werden. Neben den zusätzlichen Untersuchungen berichteten einige von mehr wahrgenommener personeller Zuwendung. Die Patienten hatten zum Teil das Gefühl mit ihren Erkrankungen aus medizinischer Sicht sehr interessant zu sein und dementsprechend intensiver betreut worden zu sein. Ein Teilnehmer der PERFECT-Studie berichtete von seiner ärztlichen Betreuung im Krankenhaus:

„Also war richtig gut. Und auch der G (Oberarzt der Herzchirurgie), der kam immer wieder und hat geguckt und geholfen. Na gut, wahrscheinlich auch ein bisschen, weil er der Stammzellenchef ist, ich meine in Anführungsstrichen.“
(67-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,999)

Ebenfalls wurde die Betreuung von der für diese Studie zuständigen Assistentin von den Patienten als sehr nett und freundlich beschrieben. In ihr wurde außerdem ein ständiger Ansprechpartner bezüglich der Operation und der Nachuntersuchungen gesehen. Ihre dauerhafte Erreichbarkeit und die vertraute Beziehung zu den Patienten wurden in der folgenden Aussage deutlich:

„[...] dann könnte ich sie ja jederzeit anrufen und sagen, hörn Sie mal Frau C (Studienassistentin) dit und dit.“ (67-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,999)

Als hilfreich wurde ebenfalls ihr Erfahrungsschatz aufgrund der Betreuung der anderen Patienten mit Bypassoperation gewertet. Der höhere Aufwand durch die Nachbetreuung in der Klinik schaffte ein Bedürfnis, im Gegenzug auch etwas beitragen zu wollen. Dies wird in folgender Aussage von einem Studienteilnehmer deutlich:

„Irgendwo muss man ja selber auch ein bisschen irgendwie das steuern und auch den Weg zum Ziel finden ne. Sonst lohnt sich ja die ganze Sache nicht, ne. Man muss ja auch ein bisschen was dafür tun, was andere Leute für einen getan haben. Denn sonst wärs vorbei ne. So seh ich das also.“ (52-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,999)

3.4.2 Unerwünschte Effekte

Aufgrund der zusätzlichen Untersuchungen und der Erreichbarkeit stieg bei einigen Studienteilnehmern die Anspruchshaltung in Bezug auf die Versorgung durch die Klinik. Dies führte bei zwei Interviewpartnern dazu, dass sie sich nach der Operation nicht in medizinische Betreuung durch einen niedergelassenen Kardiologen begaben. Ein Patient argumentierte folgendermaßen:

„Kardiologe brauche ich nich, dann geh ich ruf ich die Uniklinik an, also sag dann da, die sollen mich mal wieder durchchecken. Die haben ja auch ne Herzabteilung, ne Poliklinik. Und weil die haben ja alles da von mir und die wissen was los is und dann geht dat da am besten.“ (67-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,999)

Bei einigen Teilnehmern der PERFECT-Studie fiel auf, dass sie die Ergebnisse der zusätzlichen Nachuntersuchungen nicht einordnen konnten. Zum Teil verunsicherten sie die zusätzlichen Informationen. Zwei der Patienten hatten beim Interview offene Fragen zu den Untersuchungsergebnissen. Ein anderer Patient machte den Anschein, den Sinn der Stammzellentnahme im Rahmen der Studie nicht verstanden zu haben. Er meinte diesbezüglich:

„Und dann hat ja auch die Betreuerin hier von der- weil ich ja auch äh Knochenmark gespendet hab. Die Betreuerin hier die war ja auch also die is auch sehr nett gewesen ja.“ (74-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,887)

Ein Großteil dieser Patienten machte jedoch einen vermeintlich aufgeklärteren Eindruck bezüglich der Befunde nach der Bypassoperation. Auffallend war hierbei, dass die Hälfte der interviewten Studienteilnehmer ihre Ejektionsfraktion im Gespräch erwähnte. Keiner der Patienten, die nicht im Rahmen der PERFECT-Studie im Krankenhaus untersucht wurden, erwähnte diesen Wert. Dieser Parameter stellte im Rahmen der PERFECT-Studie einen Endpunkt dar und wurde von den Patienten als wichtig wahrgenommen. Das Interesse am Wert der Ejektionsfraktion wurde zum Beispiel hier deutlich:

„Naja jetzt habn se wat gesagt von sechsenddreizig oder achtunddreizig Prozent. Ick hab danach gefragt, wenn ich nich gefragt hätte, ick wess nich das haben Sie nich ne?“ (67-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,999)

Diese Fixierung auf einen Surrogatparameter führte oftmals zu einer falschen Interpretation der eigenen Leistungsfähigkeit, da kein Patient um die Bedeutung der Ejektionsfraktion wusste. Sie wurde in den meisten Fällen mit der Leistungsfähigkeit gleichgesetzt, wie diese Aussage eines Patienten zeigt:

„Na ja, also sagen mir auch die Ärzte hier, ich hab dreißig Prozent nur noch Leistungsfähigkeit.“ (63-jähriger Patient und Teilnehmer an der PERFECT-Studie mit EQ-5D Index von 0,900)

Des Weiteren wurden die Werte der Ejektionsfraktion unterschätzt, da die Patienten von einem Normalwert von 100 Prozent und nicht von 60-70 Prozent ausgingen. Diese Fehlinterpretation führte zum Teil zu einer veränderten Wahrnehmung des eigenen körperlichen Befindens. Diese Patienten schienen zunächst aufgeklärter, ordneten aufgrund fehlenden medizinischen Wissens die Bedeutung einiger Ergebnisse aus den Befunden jedoch nicht richtig ein.

Einige zusätzliche Untersuchungen wurden von einigen Patienten als belastend und unangenehm beschrieben. Hierzu zählte vor allem die MRT-Untersuchung mit Kontrastmittelgabe sowie kardiologischem Stresstest.

4 Diskussion

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Generell zeigte sich in den Interviews, dass bei allen Patienten nach Bypassoperation eine regelmäßige ärztliche Nachbetreuung notwendig war. Auffällig war, dass ein großer Anteil der Patienten von Schwierigkeiten bei der Bewerkstelligung der kardiologischen Nachsorge erzählte. Insbesondere im ländlichen, strukturschwachen Raum traten diesbezüglich Probleme auf. Die regelmäßigen postoperativen ärztlichen Konsultationen waren vor allem beim Auftreten von Komplikationen und oftmals beschriebenen Verschlechterungen kardialer Symptome notwendig. Postoperative Komplikationen nahmen einen hohen Stellenwert in den Interviews ein. Hierzu zählten vor allem Wundheilungs- und Herzrhythmusstörungen. Sie wurden von den Patienten vor der Operation wenig bedacht, spielten jedoch bei Genesung, Mobilität und Eigenständigkeit der Patienten nach der Operation eine wichtige Rolle.

Bei der ambulanten Versorgung variierten die Konsultationen beim Kardiologen in den Zeitabständen sowie in der von den Patienten wahrgenommenen Relevanz. Multimorbide Patienten nahmen im Hinblick auf ihre ärztlichen Termine eine Priorisierung ihrer chronischen Erkrankungen vor, teilweise zulasten der notwendigen kardiologischen Nachsorge.

Übereinstimmend äußerten die interviewten Patienten den Wunsch nach einer individuelleren Behandlung während der Rehabilitationszeit, angepasst an Altersgruppe, Genesungsgrad und Vorerkrankungen.

Durch den Einschluss in die PERFECT-Studie traten sowohl positive, als auch nicht intendierte, möglicherweise unerwünschte Effekte auf: Einerseits stieg bei Studienpatienten die Anspruchshaltung an Genesung und Nachbetreuung. Andererseits wurde durch den größeren Umfang und Aufwand der Nachbetreuung das Bedürfnis geweckt, im Gegenzug auch etwas zur Genesung beitragen zu wollen. Dies führte nach der Bypassoperation zu einer stärkeren Aktivierung der Patienten. Des Weiteren bestand ein enger persönlicher Kontakt zu den Ärzten und der Studienassistentin, die für die PERFECT-Studie zuständig waren. Alles zusammen führte dazu, dass sich die PERFECT-Studienteilnehmer sehr gut betreut fühlten. Dies könnte eine mögliche Erklärung für die höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität dieser Gruppe sein.

Die Studienteilnahme weckte bei den Patienten zum Teil unrealistische Erwartungen: vereinzelt gingen Patienten von einer Rundumbetreuung seitens der Klinik zu jedem Zeitpunkt aus. Studienteilnehmer schätzten die Rückversicherung aus der Klinik und stuften die Kompetenz der Spezialisten aus dem Krankenhaus höher ein, als die der ambulant betreuenden Fachärzte. Zweifel an der Kompetenz ambulant tätiger Fachärzte wurden bei ihnen, aber auch bei Patienten ohne zusätzliche klinische Nachbetreuung deutlich. Zusätzliche Informationen im Rahmen der Studienteilnahme verunsicherten auch einige Studienteilnehmer. Sie fixierten sich bei der Nachbetreuung auf Surrogatparameter, wie die Ejektionsfraktion. Dies führte oftmals zu einer falschen Interpretation der eigenen Leistungsfähigkeit, da kein Patient um die tatsächliche Bedeutung der Ejektionsfraktion wusste.

4.2 Einordnung der Ergebnisse in die existierende Literatur

4.2.1 Gesundheitskompetenz bei Patienten mit KHK

In den Interviews wurde deutlich, dass Symptome wie Leistungsminderung und Luftnot für Patienten subjektiv unspezifisch erschienen. Obwohl fast alle Patienten vor der Diagnose KHK deutliche Symptome hatten, wurde von ihnen der Zusammenhang mit einer Herz-Kreislaufkrankung nicht vermutet, möglicherweise aber auch verdrängt. Auch nach der Diagnosestellung bzw. Bypassoperation ließen sie diese Symptome nicht an kardiale Erkrankungen denken. Diese Unsicherheit im Umgang mit Leitsymptomen der KHK, sowie der körperlichen Belastung nach der Bypassoperation deuten auf eine unzureichende Gesundheitskompetenz hin. In modernen Informationsgesellschaften wird Gesundheitskompetenz als wichtige Fähigkeit zur Gesunderhaltung und

Krankheitsbewältigung erachtet. Hierfür sind verschiedene kognitive und soziale Fähigkeiten für den Umgang mit Gesundheitsinformationen grundlegend (56). Bisherige Studien weisen darauf hin, dass eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten, bestimmte Risikofaktoren und die Nutzung und Kosten der Gesundheitsversorgung hat (57,58). Die Politik hat sich in den vergangenen Jahren zunehmend das Ziel gesetzt, Gesundheitskompetenz zu fördern. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unterstützt dies aktiv. So wurde beispielsweise bei der durch das BMG geförderten KomPas-Studie (Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Patientensicherheit und informierte Entscheidung) eine telefonische Befragung zu den Themen Informationsbedarf, Gesundheitskompetenz, Patientensicherheit, informierte Entscheidung und ärztliche Beratung realisiert. Die Befragung von 5.053 Erwachsenen fand zwischen Mai und September 2017 in Deutschland statt. Die Ermittlung der Verteilung der selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheitskompetenz ergab etwa für die Hälfte der Bevölkerung eine niedrige oder eher niedrige Gesundheitskompetenz (59). Daten aus der landesweiten Querschnittsstudie GEDA 2014/2015 „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (60) zeigen, dass der Prozentsatz an Menschen mit „unzureichender“ Gesundheitskompetenz bei Teilnehmern mit KHK signifikant höher ist, als bei Teilnehmern ohne KHK. Unter den Befragten mit KHK hatten diejenigen mit „unzureichender“ Gesundheitskompetenz häufigere Arztkonsultationen, Krankenhausaufenthalte und längere Wartezeiten auf einen Arzttermin im Vergleich zu Teilnehmern mit „ausreichender“ Gesundheitskompetenz (61). Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass eine unzureichende Gesundheitskompetenz mit niedrigem Sozialstatus assoziiert ist (62). Insbesondere in Bevölkerungsgruppen mit niedrigem sozioökonomischem Status konnte nachgewiesen werden, dass die Adhärenz bei der Sekundärprophylaxe von KHK-Patienten wie Lebensstiländerung und regelmäßige Medikamenteneinnahme unzureichend ist (63).

Die Interviews zeigten, dass vor allem nach der Operation Bedarf an Informationen und individueller Aufklärung bestand. Zu ähnlichen Erkenntnissen kam die Forschungsgruppe um Vosbergen in den Niederlanden (64). Sie führten und analysierten Interviews und Fokusgruppen mit insgesamt 19 Patienten mit KHK. Dabei befanden sich die Patienten in unterschiedlich fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung. Patienten nach akutem kardialen Ereignis hatten den größten Bedarf an Informationen und waren daran interessiert, ihr Verhalten zu ändern.

Demnach stellt die frühe Rehabilitationsphase einen guten Zeitpunkt dar, um Patienten in den Prozess der Genesung einzubinden und ihre Gesundheitskompetenz zu stärken. Hierzu sind Informationen zur Senkung kardiovaskulärer Risikofaktoren notwendig, da Patienten ihre eigenen Möglichkeiten im Gesundheitsverhalten unterschätzen (65). Ihnen sollte bewusst gemacht werden, dass der Erfolg einer koronaren Bypassoperation längerfristig ist, wenn sie die Risikofaktoren der KHK minimieren. Ein umfassendes ärztliches Gespräch in der Klinik oder Rehaklinik mit einem Fokus auf postoperatives Verhalten könnte ein Anfang sein, um die Gesundheitskompetenz zu stärken und damit die Adhärenz in der Sekundärprophylaxe zu erhöhen.

4.2.2 Medikalisierungsphänomene durch Teilnahme an PERFECT-Studie

Im Rahmen der postoperativen Nachuntersuchungen erhielten die Teilnehmer der PERFECT-Studie zusätzliche Informationen über ihren aktuellen Gesundheitszustand. Der zusätzliche Informationsfluss ist in den Interviews dadurch aufgefallen, dass ausschließlich Studienteilnehmer von den Werten ihrer Ejektionsfraktion erzählten. Von den Patienten, die nicht in die PERFECT-Studie eingeschlossen wurden, tat dies niemand. Die zusätzlichen Informationen, die im Rahmen der PERFECT-Studie an die Patienten gegeben wurden, führten zum Teil zu einer Fixierung auf Surrogatparameter wie der Ejektionsfraktion. Diese Fixierung kann durchaus als Medikalisierungsphänomen interpretiert werden. Unter Medikalisierung wird ein Prozess verstanden, in dessen Verlauf ein gesellschaftliches Phänomen, das bis dahin nicht ausschließlich als medizinisch relevant wahrgenommen worden ist, nunmehr in medizinischen Termini definiert wird (66). Medikalisierung hat den Ursprung im medizinischen Fortschritt. Medizinische Interventionen führten in vielen Bereichen des Lebens zu wesentlichen Erfolgen und der Steigerung beziehungsweise Verbesserung von Lebensquantität und -qualität (67). Aufgrund dieser positiven Erfahrungen, wuchsen die Ansprüche an die Medizin und es galt die Devise: je mehr Medizin, desto besser (68). Aus aktueller Literatur geht jedoch hervor, dass eine über den Durchschnitt stattfindende medizinische Versorgung oftmals überschätzt wird (69–71). In dieser Studie konnte sogar gezeigt werden, dass ein Überangebot an medizinischer Nachsorge nicht intendierte, eventuell sogar negative Effekte haben kann: Die Fixierung auf einen Surrogatparameter wie die Ejektionsfraktion führte zu einer falschen Interpretation der eigenen Leistungsfähigkeit, da kein Patient um die tatsächliche Bedeutung der Ejektionsfraktion wusste. Die Patienten setzten sie mit der körperlichen Leistungsfähigkeit gleich und gingen dabei von einem

Normalwert von 100 Prozent aus und nicht – wie eigentlich korrekt – von 60-70 Prozent (72). Diese Fehlinterpretation führte zum Teil zu einer veränderten Wahrnehmung des eigenen körperlichen Befindens. Die Interviews zeigten, dass zusätzliche Informationen ohne ausreichende Erklärungen patientenseitige Krankheitskonzepte negativ beeinflussen. Aus der aktuellen Literatur geht hervor, dass Krankheitskonzepte einen großen Einfluss auf den Verlauf der KHK haben. Eine systematische Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2013 (73) befasst sich mit dem Zusammenhang zwischen Krankheitskonzepten, der Stimmung und Lebensqualität von Patienten mit KHK. Sie zeigt, dass negative Krankheitskonzepte mit einer schlechteren Lebensqualität und vermehrtem Auftreten von Angst und Depression korrelieren.

Durch die medizinische Überversorgung im Rahmen der klinischen Nachbetreuung in der PERFECT-Studie wurden unrealistische Erwartungen bei den Patienten erweckt. Einige Studienteilnehmer gingen in diesem Fall von einer Rundumversorgung seitens der Klinik aus und begaben sich in keine ambulante kardiologische Behandlung oder zweifelten an der Kompetenz ambulant tätiger kardiologischer Fachärzte. Die Patienten hatten aufgrund der High-End-Medizin in der Klinik eine hohe Erwartungshaltung an die sie betreuenden ambulanten Kardiologen, die oftmals nicht erfüllt werden konnte. Je aufregender die Stammzellimplantation und die Teilnahme an der PERFECT-Studie von den Patienten empfunden wurden, umso höher war die Erwartungshaltung in die Aufmerksamkeit, die bei ambulanter Routineversorgung entgegengebracht werden sollte.

4.2.3 Persönlicher Arztkontakt mit Patienten während des Krankenhausaufenthaltes

Des Weiteren wurde deutlich, dass vor allem persönliche Zuwendung und Interessenbekundung im Rahmen der klinischen Nachbetreuung entscheidend für die von den Patienten wahrgenommene medizinische Versorgung war. Die Teilnehmer der PERFECT-Studie schätzten in diesem Zusammenhang insbesondere die engmaschige, vertrauensvolle Betreuung durch die Studienassistentin. Zu ähnlichen Erkenntnissen kamen Lewin et al. Sie ließen in Großbritannien 103 Patienten, die an den Folgen einer KHK wie Myokardinfarkt, Angina pectoris und Arrhythmien litten, bei der Entlassung einen Fragebogen bezüglich ihrer gemachten Erfahrungen im Krankenhaus ausfüllen. Die Analyse der Fragebögen ergab, dass ein vertrauensvolles Verhältnis zu den behandelnden Ärzten und Schwestern wichtig für die Patienten war (74).

Ebenfalls nahmen Gespräche vor und nach der Operation mit für die Studie zuständigen Ärzten einen hohen Stellenwert in den Interviews ein. Für das Erleben des

Krankenhausaufenthaltes schien der Arztkontakt entscheidend zu sein. Sowohl für die PERFECT-Studienteilnehmer, als auch für die Patienten mit herkömmlicher medizinischer Betreuung war ein täglicher Arztkontakt sowohl im Krankenhaus als auch in der Rehaklinik von Patienten gewünscht. Insbesondere ein persönliches Kennenlernen des Operateurs wurde in vielen Interviews positiv hervorgehoben beziehungsweise explizit danach verlangt. Inwiefern die Zeit des persönlichen Arztkontaktes für die von den Patienten wahrgenommene Behandlung relevant ist, wurde bisher nur in wenigen internationalen Studien untersucht, welche zum Teil Jahrzehnte zurückliegen. In der Studie von Laine et al. aus dem Jahr 1996 wurden die verschiedenen Arztkompetenzen in ihrer Priorität aus Patientensicht erfasst (75). Am wichtigsten war den Patienten hiernach das klinische Können der Ärzte. Die Vermittlung von gesundheitsbezogenen Informationen durch den Arzt an den Patienten, die zur Arzt-Patienten-Zeit beiträgt, stand in ihrer Wichtigkeit an zweiter Stelle. Like et al. evaluierten die Patientenzufriedenheit (76) und stellten fest, dass Patienten, die sich mehr Zeit mit dem Arzt gewünscht hatten und diese nicht bekommen hatten, insgesamt wenig zufrieden waren. Ridsdale et al. (77) konnten einen direkten Zusammenhang zwischen der realisierten Arzt-Patienten-Zeit und der Patientenzufriedenheit feststellen. Patienten mit einem Patient-Arzt-Kontakt von 5 Minuten versus 10 Minuten hatten eher das Gefühl eine unzureichende Zeit mit dem Arzt verbracht zu haben. Die Frage, welche grundsätzlichen positiven Effekte für den Patienten eine längere Arzt-Patienten-Zeit hat, beantworteten Dugdale et al. in ihrem Review (78). Sie konnten zeigen, dass Patientenzufriedenheit, Outcome chronischer Erkrankungen, Verschreibungsverhalten, Arztzufriedenheit und das Risiko von Behandlungsfehlern von der Arzt-Patienten-Zeit abhängen. Die Zeit für Kommunikation und persönlichen Kontakt zwischen Ärzten und Patienten scheint eine zunehmend wertvolle Ressource zu sein (79,80).

In der von Becker et al. (81) 2010 veröffentlichten Beobachtungsstudie wurde am Universitätsklinikum Freiburg die Zeit der Ärzte, die sie an einem Arbeitstag für verschiedene Arbeitsaufgaben aufgewendet haben, untersucht. An einem zufälligen Arbeitstag wurden 34 Stationsärzte aus 15 verschiedenen medizinischen Abteilungen beobachtet. Die Gesamtzeit für die Kommunikation mit Patienten und ihren Angehörigen betrug 85 Minuten pro Arzt und Tag. Folglich betrug die verfügbare Kommunikationszeit 4 Minuten und 17 Sekunden für jeden Patienten auf der Station und 20 Sekunden für seine Angehörigen. Die meiste Zeit wurde für Rücksprache und Austausch mit Kollegen mit durchschnittlich 150 Minuten aufgewendet, gefolgt von Dokumentations- und

Verwaltungsaufgaben mit durchschnittlich 148 Minuten pro Tag. Die Studie zeigte ebenfalls, dass Ärzte ihre Zeit mit der Patientenkommunikation doppelt so hoch einschätzten. Eine andere Analyse der ärztlichen Tätigkeit aus den Jahren 2008 und 2009, die in der Pneumologie durchgeführt wurde, zeigte, dass der dominante Zeitanteil für Administrations- und Dokumentationsarbeiten verwendet wurde (82). Aus dem Abschlussbericht des nationalen Kontrollrates im August 2015 (83) geht hervor, dass niedergelassene Ärzte in Deutschland ungefähr 100 Tage im Jahr brauchen, um den vorgeschriebenen Informations- und Dokumentationspflichten nachzukommen. Der stationäre Bereich der Medizin wurde in dieser Untersuchung nicht mit aufgenommen. Davidoff et al. konnten zeigen, dass eine Zunahme der Verwaltungsaufgaben mit einem zunehmenden Zeitdruck und einer geringen Arbeitszufriedenheit verbunden ist (84).

Die in dieser qualitativen Studie geführten Interviews zeigen, dass die Patienten in ihren Hypothesen bei der Erklärung des geringen Arztkontaktes um Empathie bemüht waren. Sie hatten das Gefühl, dass die behandelnden Ärzte ein hohes Arbeitspensum hatten. Ziel sollte es zukünftig sein, den Zeitanteil für direkte Patientenbehandlung zu erhöhen. Eine Reduktion des administrativen Anteils, bestehend aus Informations-, Organisations- und Dokumentationsarbeiten, können hierbei den patientenbezogenen Anteil der Arbeit erhöhen. Die Reorganisation der ärztlichen Tätigkeit bietet gerade im stationären Bereich die Möglichkeit jedem Patienten in standardisierter Form ein gewisses Maß an persönlicher ärztlicher Zuwendung zukommen zu lassen. Bisher erscheint die Dauer des Arztkontaktes während eines stationären Aufenthaltes eher zufällig zu sein.

4.2.4 KHK bei gleichzeitigem Vorliegen weiterer chronischer Erkrankungen

Probleme, die im Zusammenhang mit Multimorbidität auftraten, wurden in den Interviews häufig thematisiert. In der primären ärztlichen Versorgung liegt der Anteil der Konsultationen mit multimorbiden Patienten bei 80 Prozent (85). Die damit oftmals einhergehende Polypharmazie nahm einen hohen Stellenwert in den Interviews ein. Dabei berichteten die Patienten insbesondere von einer starken Zunahme der Medikamentenanzahl nach der Bypassoperation. Dies löste bei ihnen häufig Sorgen über unerwünschte Arzneimittelwirkungen aus. Studien zeigen, dass Polypharmazie vermehrt zur kognitiven Beeinträchtigung, Sturzneigung und Hospitalisierung führt und damit einhergehend die Kosten für das Gesundheitssystem erhöht (86–89).

Die Zuständigkeit der ärztlichen Versorgung nach Krankenhausentlassung war insbesondere bei multimorbiden Patienten zum Teil unklar. Die von den Patienten

wahrgenommene Relevanz, sowie die zeitlichen Abstände der kardiologischen Konsultationen waren dabei bei den Patienten sehr verschieden. Es war ersichtlich, dass Patienten eine Priorisierung ihrer Erkrankungen vornahmen. Die Behandlung schmerzhafter Erkrankungen am Bewegungsapparat sowie Folgen von Schlaganfällen nahmen bei den Patienten einen höheren Stellenwert ein, als die kardiologische Nachbetreuung. Aus der aktuellen Forschungsliteratur geht hervor, dass Patienten und ihre behandelnde Ärzte Erkrankungen häufig unterschiedlich bewerten. In einer qualitativen Studie von Hansen et al. wurden je drei Fokusgruppen mit Hausärzten und multimorbiden Patienten durchgeführt. Die Auswertung zeigte, dass beide eine unterschiedliche Priorisierung der bestehenden Krankheiten vornehmen (90). In einer anderen Studie aus Hannover wurden 35 Patienten und deren 9 Hausärzte dazu aufgefordert, die jeweils bestehenden Gesundheitsprobleme unabhängig voneinander zu bewerten. Es gab lediglich bei 18 % der gesundheitsbezogenen Probleme eine Übereinstimmung (91). Aus weiteren Studien von Junius-Walker et al. (92,93) geht hervor, dass Ärzte Diagnosen, die eine aktive medizinische Behandlung oder Überwachung implizieren als wichtiger einstufen, als altersbedingte Funktionsstörungen oder bereits behandelte Erkrankungen. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass Ärzte ihren Fokus auf Krankheiten legen, die die Prognose ungünstig beeinflussen. Diese Ergebnisse stimmen mit denen der Forschungsgruppe um Hansen (90) überein, welche außerdem zeigen konnte, dass Patienten Erkrankungen priorisieren, die mit Beschwerden verbunden sind.

Die Interviews zeigten außerdem, dass die Betreuung durch mehrere Fachärzte zur Verunsicherung führen kann. Dadurch, dass jeder Facharzt den Schwerpunkt der ärztlichen Behandlung woanders setzt, ist die Priorisierung der Ärzte aus Patientensicht nicht nachvollziehbar. Die Studienlage zeigt, dass es Kommunikations- und Befundaustauschschwierigkeiten sowohl zwischen Fachärzten und dem Hausarzt (94), als auch zwischen den stationär und ambulant tätigen Ärzten gibt (95). An dieser Stelle sollte die Rolle des Hausarztes als Koordinator eine entscheidende Rolle, insbesondere für multimorbide Patienten spielen. Zur Stärkung dieser Rolle haben seit 2007 alle Krankenkassen in Deutschland die Verpflichtung, ihren Versicherten sowie deren Hausärzten die Teilnahme an einem Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) anzubieten (96). Zur Verbesserung der Betreuung insbesondere multimorbider Patienten scheint die HzV ein guter Lösungsansatz zu sein, der noch weiter ausgebaut werden könnte.

Insgesamt zeigt die Auswertung der Interviews, dass es Schnittstellenprobleme in der Nachbetreuung von Patienten mit Bypassoperationen gibt: Zum einen zwischen den verschiedenen Fachärzten und zum anderen zwischen der stationären und ambulanten ärztlichen Betreuung. Neben unterschiedlichen Krankheitskonzepten mit verschiedener Priorisierung der Erkrankungen, sowie Kommunikationsschwierigkeiten scheint hierfür auch die Struktur unseres Gesundheitssystems verantwortlich zu sein. Charakteristisch für das deutsche Gesundheitswesen ist, dass die ambulante ärztliche Versorgung überwiegend durch niedergelassene Ärzte erbracht wird. In den meisten anderen Industrieländern wird ein erheblicher Teil der ambulanten Medizin, insbesondere die spezialfachärztliche Versorgung, durch Ärzte geleistet, die in Krankenhäusern angestellt sind. Lediglich die hausärztliche Versorgung ist auch in anderen Ländern zumeist in Form von eigenständigen ambulanten Versorgungseinrichtungen organisiert (97).

Insbesondere Patienten nach kardialer Bypassoperation wünschen sich eine strukturierte Form ärztlicher Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt, in der Kontrolluntersuchungen eingeplant sind. Hierbei ist ein fester Ansprechpartner für die Patienten von entscheidender Bedeutung. Dies ist in der Regel zunächst der Hausarzt und dies sollte dem Patienten bei Entlassung mitgeteilt werden. Ein Informationsblatt für Patienten, aus dem ersichtlich wird, wann welche Kontrolluntersuchungen sinnvoll sind, könnte außerdem hilfreich sein. Bei oftmals beschriebenen Schwierigkeiten mit der Terminvergabe beim Kardiologen könnte gemeinsam mit dem Hausarzt erwogen werden, ob eine kardiologische Mitbehandlung immer zwingend notwendig ist.

4.3 Stärken und Schwächen der Studie

Während der Datenerhebung und Datenauswertung wurde die eingangs in Kapitel 2 erläuterte Annahme bestätigt, dass sich durch einen qualitativen Ansatz ein sehr breites und differenziertes Bild an Aussagen erheben lässt. Es flossen Aspekte in die Auswertung ein, die in der Vorbereitungsphase nicht offensichtlich waren und in einem quantitativen Studienansatz nicht zur Sprache gekommen wären, wie zum Beispiel die Schwierigkeiten der kardiologischen Nachsorge vor allem im ländlichen Raum.

Eine Stärke der Methode war hierbei, dass die Datenerhebung nach der inhaltlichen Analyse der ersten Interviews angepasst wurde. Nach den ersten fünf Interviews wurden ebenfalls Patienten in diese Studie eingeschlossen, die nicht an der PERFECT-Studie teilgenommen haben. Des Weiteren wurde darauf geachtet, sowohl Patienten aus dem ländlichen Raum, als auch aus den Städten zu interviewen. Ziel war es hierbei eine

Gruppe an Patienten mit maximal unterschiedlichen Merkmalen zu interviewen. Außerdem wurde nach der ersten Datenanalyse der Interviewleitfaden mit einer Frage nach der ambulanten Versorgung erweitert. Die Ergebnisse der Datenanalyse wurden regelmäßig in multidisziplinären Gruppen vorgestellt und diskutiert: Zum einen innerhalb der Forschungsgruppe mit Herzchirurgen, der Studienassistentin der PERFECT-Studie, sowie Mitarbeitern des Institutes für Allgemeinmedizin, darunter Allgemeinmediziner und Soziologen. Des Weiteren wurde das Projekt vielfach präsentiert und inhaltlich diskutiert. So wurde gewährleistet, dass die subjektive Interpretationsarbeit und die Formulierung von Hypothesen einen stetigen Prozess darstellten, der offen für verschiedene Sichtweisen war.

Bei dieser Studie ging es um die Erfassung von Langzeiterfahrungen von Patienten nach Bypassoperation. Die Interviews fanden zwei Jahre nach der Bypassoperation statt. Aufgrund dieses Zeitabstandes kann es zu einer Erinnerungsverzerrung bzw. zu einem „Recall Bias“ kommen. Während dieser zwei Jahre kann sich die Meinung der Patienten über die Operation und anschließende Therapie verändert haben. Eventuell werden Ereignisse überhaupt nicht mehr geschildert, die unmittelbar nach der Operation einen hohen Stellenwert bei der Genesung einnahmen. Als eine weitere Schwäche kann die ungleiche Verteilung von Männern und Frauen angesehen werden. Diese ist jedoch vergleichbar mit anderen Studien über kardiale Patientenpopulationen (98–100) und lässt sich durch ein vermehrtes Auftreten der KHK bei männlichen Patienten erklären (12).

4.4 Implikationen für die Versorgung

Die Ergebnisse dieser Studie deuten darauf hin, dass sich Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt eine strukturierte Form der ärztlichen Nachbetreuung mit regelmäßigen Kontrolluntersuchungen wünschen. Es sollte zunächst bei Entlassung darauf verwiesen werden, dass der feste Ansprechpartner für die weitere Nachsorge der Hausarzt ist. Ein hierbei ausgehändigtes Informationsblatt könnte als Fahrplan für Patienten und deren Hausärzte dienen.

Gleichermaßen sollte ebenfalls daraufhin gewiesen werden, dass sowohl bei der Therapie, als auch bei der Sekundärprävention der KHK immer eine individuelle Risikokalkulation erfolgt. Das heißt, auch die medizinische Versorgung nach kardialer Bypassoperation ist von individuellen Faktoren, sowie Lebensumständen und Wertvorstellungen der Patienten abhängig. Der Untersuchungsumfang sollte gemeinsam dem Risikoprofil des Patienten angepasst werden. Die sich aus den Nachuntersuchungen ergebenden Ergebnisse

und Folgen für den Patienten im Alltag sollten mit ihm gemeinsam besprochen werden. In der Nationalen Versorgungsleitlinie wird dieses Vorgehen bereits empfohlen und darauf verwiesen, dass individuelle Therapieziele im ärztlichen Gespräch zu ermitteln und dokumentieren sind (1).

Um die Adhärenz bei der Sekundärprävention und die langfristige Versorgung zu verbessern, sollte die Gesundheitskompetenz der Patienten erhöht werden. Die ärztliche Beratung spielt eine wichtige Rolle bei der Förderung des Gesundheitsverhaltens. Damit sie zu einer wirksamen Verringerung individueller verhaltensbezogener Risikofaktoren beitragen kann, sollten spezifische Kompetenzen der Kommunikation und der Informationsvermittlung in der ärztlichen Praxis gefördert werden. Gleichzeitig zeigten die Interviews, dass dabei Ärzte für Medikalisierungsphänomene sensibilisiert werden sollten. Hier gilt es zu beachten: zusätzliche medizinische Informationen, die von den Patienten aus Mangel an medizinischem Wissen fehlinterpretiert werden, können zu einer negativen Beeinflussung von patientenseitigen Krankheitskonzepten führen.

Für die Patienten waren persönliche Gespräche mit behandelnden Ärzten bei der Nachbetreuung von entscheidender Bedeutung. Insbesondere Teilnehmer der PERFECT-Studie profitierten von den ausführlichen Gesprächen mit den für die Studie zuständigen Ärzten vor und nach der Operation. Dies beeinflusste die für die Patienten wahrgenommene Bewertung des Krankenhausaufenthaltes. Um bereits während des Krankenhausaufenthaltes, aber auch bei der anschließenden ambulanten Nachbetreuung, die Versorgung zu verbessern, sollte der Zeitanteil für direkte Patientenbehandlung durch Ärzte erhöht werden. Ziel der Reorganisation der ärztlichen Tätigkeit sollte es sein, den administrativen Anteil der Arbeit, bestehend aus Informations-, Organisations- und Dokumentationsarbeiten zu reduzieren und den patientenbezogenen Anteil der Arbeit zu erhöhen. Im stationären Bereich sollte dabei jeder Patient in standardisierter Form ein gewisses Maß an persönlicher Zuwendung durch einen Arzt erfahren. Bisher erscheint die Dauer des Arztkontaktes während eines stationären Aufenthaltes eher zufällig zu sein. Dokumentationsaufgaben und Telefonate könnten hierfür teilweise in Verantwortung von Verwaltungsassistenten gegeben werden. Der Einsatz solcher Assistenzsysteme sowohl im stationären, als auch im ambulanten Bereich, könnte den Zeitanteil für die direkte Patientenbehandlung erhöhen.

4.5 Weitere Forschungsperspektiven

Obwohl auf Grund dieser qualitativen Analysen keine repräsentativen Verallgemeinerungen abzuleiten sind, lassen sich doch einige Erkenntnisse identifizieren, denen in zukünftigen Forschungsarbeiten nachgegangen werden sollte.

Die Interviews zeigen Aspekte, die bei der bisherigen Betrachtung der Versorgungsdaten von Patienten nach kardialer Bypassoperation nicht beachtet wurden. Aktuell fehlen für die Patienten nach Bypassoperation nachvollziehbare Versorgungspfade. Eine systematische Analyse der Arzt-Patienten-Kontakte und deren Inhalte in den verschiedenen Versorgungsebenen würde hierbei einen Überblick geben können, wie die Versorgung aktuell aussieht. Um starre Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überwinden zu können, sollte ein integriertes Versorgungsangebot geschaffen werden.

Weitere Forschungsschwerpunkte sollten auf die Entwicklung und Evaluation von Interventionen gelegt werden, die die Gesundheitskompetenz bei Patienten nach kardialer Bypassoperation stärken. Die aus dieser Studie gewonnenen Aspekte können hierbei als Basis zur Identifizierung von Interventionsansätzen dienen. Dieses Vorgehen entspricht dem Modell von Campbell (101) eines mehrphasigen Forschungsprozesses, das qualitative und quantitative Forschungsansätze integrativ berücksichtigt. Als Intervention zur Stärkung der Gesundheitskompetenz könnte ein strukturiertes Entlassmanagement entwickelt werden. Die Berichte der Patienten zeigen den Bedarf an persönlichen Gesprächen mit behandelnden Ärzten nach kardialer Bypassoperation: Eine dafür fest eingeplante Zeit während des stationären Aufenthaltes kann hierbei als Intervention einbezogen werden. Das würde den Patienten die Möglichkeit geben, Unklarheiten, vor allem in Bezug auf die ambulante Versorgung, zu klären. Wichtiger Bestandteil dieser noch zu entwickelnden Intervention könnte ein Informationsblatt sein, in dem unter anderem Kontrolluntersuchungen festgehalten werden.

5 Thesen

1. Patienten empfanden die kardiologische Nachsorge nach Bypassoperation als schwierig, insbesondere im ländlichen, strukturschwachen Raum.
2. Multimorbide Patienten nahmen im Hinblick auf ihre ärztlichen Termine eine Priorisierung ihrer chronischen Erkrankungen vor, teilweise zulasten der notwendigen kardiologischen Nachsorge.
3. Patienten waren vom Auftreten postoperativer Komplikationen, wie zum Beispiel Wundheilungs- und Herzrhythmusstörungen, überrascht. Sie wurden von den Patienten vor der Operation wenig bedacht, spielten jedoch bei Genesung, Mobilität und Eigenständigkeit der Patienten nach der Operation eine wichtige Rolle.
4. Leitsymptome der KHK, wie Leistungsminderung und Luftnot erschienen für die meisten Patienten subjektiv unspezifisch. Sie erkannten keinen Zusammenhang mit einer Herz-Kreislaufkrankung, möglicherweise verdrängten sie dies auch. Diese Unsicherheit im Umgang mit Leitsymptomen der KHK, sowie der körperlichen Belastung nach der Bypassoperation deuten auf eine unzureichende Gesundheitskompetenz hin.
5. Patienten mit umfangreicher Nachbetreuung fixierten sich auf Surrogatparameter, wie die Ejektionsfraktion. Dies führte oftmals zu einer falschen Interpretation der eigenen Leistungsfähigkeit, da kein Patient um die tatsächliche Bedeutung der Ejektionsfraktion wusste.
6. Für die Patienten waren persönliche Gespräche mit behandelnden Ärzten bei der Nachbetreuung von entscheidender Bedeutung. Insbesondere Patienten mit strukturierter medizinischer Betreuung profitierten von den ausführlichen Gesprächen mit Ärzten vor und nach der Operation. Dies beeinflusste die für die Patienten wahrgenommene Bewertung des Krankenhausaufenthaltes.
7. Patienten mit zusätzlicher klinischer Betreuung nach Bypassoperation schätzten die Rückversicherung aus der Klinik und stuften die Kompetenz der Spezialisten

aus dem Krankenhaus höher ein, als die der ambulant betreuenden Fachärzte. Zweifel an der Kompetenz ambulant tätiger Fachärzte wurden bei ihnen, aber auch bei Patienten ohne zusätzliche klinische Nachbetreuung deutlich.

6 Literaturverzeichnis

1. Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK - Langfassung, 5. Auflage. Version 1. 2019;124.
2. Aktuelles Todesursachenstatistik Gesamtes Unterthema [Internet]. [zitiert 20. Januar 2021]. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/trecherche.prc_them_rech?tk=0&tk2=90002&p_uid=gast&p_aid=0&p_sprache=D&cnt_ut=0&ut=90002
3. The top 10 causes of death [Internet]. [zitiert 9. April 2021]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
4. Statistisches Bundesamt Deutschland - GENESIS-Online [Internet]. 2021 [zitiert 9. April 2021]. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=previous&levelindex=1&step=1&titel=Ergebnis&levelid=1617968841334&acceptscookies=false#abreadcrumb>
5. Robert Koch-Institut. 12-Monats-Prävalenz einer koronaren Herzkrankheit in Deutschland. 2017 [zitiert 18. Januar 2021]; Verfügbar unter: <http://edoc.rki.de/docviews/abstract.php?lang=ger&id=5019>
6. Smolina K, Wright FL, Rayner M, Goldacre MJ. Determinants of the decline in mortality from acute myocardial infarction in England between 2002 and 2010: linked national database study. *BMJ*. 25. Januar 2012;344:d8059.
7. Wijeyesundera HC, Machado M, Farahati F, Wang X, Witteman W, van der Velde G, u. a. Association of temporal trends in risk factors and treatment uptake with coronary heart disease mortality, 1994-2005. *JAMA*. 12. Mai 2010;303(18):1841–7.
8. Palmieri L, Bennett K, Giampaoli S, Capewell S. Explaining the decrease in coronary heart disease mortality in Italy between 1980 and 2000. *Am J Public Health*. April 2010;100(4):684–92.
9. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, u. a. Heart disease and stroke statistics--2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 3. Januar 2012;125(1):e2–220.
10. Capewell S, O’Flaherty M. What explains declining coronary mortality? Lessons and warnings. *Heart*. 1. September 2008;94(9):1105–8.
11. Herzstiftung D. Deutscher Herzbericht 2019 [Internet]. [zitiert 18. Januar 2021]. Verfügbar unter: <https://www.herzstiftung.de/e-paper/#38>
12. Finger J, Busch M, Du Y, Heidemann C, Knopf H, Kuhnert R, u. a. Zeitliche Trends kardiometaboler Risikofaktoren bei Erwachsenen. Ergebnisse dreier bundesweiter Untersuchungssurveys 1990–2011. *Dtsch Arztebl*. 21. Oktober 2016;113:712–9.
13. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, u. a. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 14. Januar 2020;41(3):407–77.

14. Mohr FW, Morice M-C, Kappetein AP, Feldman TE, Ståhle E, Colombo A, u. a. Coronary artery bypass graft surgery versus percutaneous coronary intervention in patients with three-vessel disease and left main coronary disease: 5-year follow-up of the randomised, clinical SYNTAX trial. *The Lancet*. 23. Februar 2013;381(9867):629–38.
15. Milojevic M, Head SJ, Andrinopoulou E-R, Serruys PW, Mohr FW, Tijssen JG, u. a. Hierarchical testing of composite endpoints: applying the win ratio to percutaneous coronary intervention versus coronary artery bypass grafting in the SYNTAX trial. *EuroIntervention J Eur Collab Work Group Interv Cardiol Eur Soc Cardiol*. 31. Januar 2017;
16. Dinh DT, Lee GA, Billah B, Smith JA, Shardey GC, Reid CM. Trends in coronary artery bypass graft surgery in Victoria, 2001-2006: findings from the Australasian Society of Cardiac and Thoracic Surgeons database project. *Med J Aust*. 18. Februar 2008;188(4):214–7.
17. Clark RE, Edwards FH, Schwartz M. Profile of preoperative characteristics of patients having CABG over the past decade. *Ann Thorac Surg*. Dezember 1994;58(6):1863–5.
18. Ferguson TB, Hammill BG, Peterson ED, DeLong ER, Grover FL, STS National Database Committee. A decade of change--risk profiles and outcomes for isolated coronary artery bypass grafting procedures, 1990-1999: a report from the STS National Database Committee and the Duke Clinical Research Institute. *Society of Thoracic Surgeons. Ann Thorac Surg*. Februar 2002;73(2):480–9; discussion 489-490.
19. Järvinen O, Saarinen T, Julkunen J, Laurikka J, Huhtala H, Tarkka MR. Improved health-related quality of life after coronary artery bypass grafting is unrelated to use of cardiopulmonary bypass. *World J Surg*. Oktober 2004;28(10):1030–5.
20. Kattainen E, Meriläinen P, Sintonen H. Sense of coherence and health-related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty. *Eur J Cardiovasc Nurs J Work Group Cardiovasc Nurs Eur Soc Cardiol*. März 2006;5(1):21–30.
21. Hawkes AL, Mortensen OS. Up to one third of individual cardiac patients have a decline in quality of life post-intervention. *Scand Cardiovasc J SCJ*. August 2006;40(4):214–8.
22. Lindsay GM, Hanlon P, Smith LN, Wheatley DJ. Assessment of changes in general health status using the short-form 36 questionnaire 1 year following coronary artery bypass grafting. *Eur J Cardio-Thorac Surg Off J Eur Assoc Cardio-Thorac Surg*. November 2000;18(5):557–64.
23. Likosky DS, Nugent WC, Ross CS, Northern New England Cardiovascular Disease Study Group. Improving outcomes of cardiac surgery through cooperative efforts: the northern new England experience. *Semin Cardiothorac Vasc Anesth*. Juni 2005;9(2):119–21.
24. Connerney I, Shapiro PA, McLaughlin JS, Bagiella E, Sloan RP. Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome: a prospective study. *Lancet Lond Engl*. 24. November 2001;358(9295):1766–71.
25. Tully PJ, Baker RA, Winefield HR, Turnbull DA. Depression, anxiety disorders and Type D personality as risk factors for delirium after cardiac surgery. *Aust N Z J Psychiatry*. November 2010;44(11):1005–11.

26. Fráguas Júnior R, Ramadan ZB, Pereira AN, Wajngarten M. Depression with irritability in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: the cardiologist's role. *Gen Hosp Psychiatry*. Oktober 2000;22(5):365–74.
27. Rafanelli C, Roncuzzi R, Milaneschi Y. Minor depression as a cardiac risk factor after coronary artery bypass surgery. *Psychosomatics*. August 2006;47(4):289–95.
28. Mitchell RHB, Robertson E, Harvey PJ, Nolan R, Rodin G, Romans S, u. a. Sex differences in depression after coronary artery bypass graft surgery. *Am Heart J*. November 2005;150(5):1017–25.
29. Rudolph JL, Schreiber KA, Culley DJ, McGlinchey RE, Crosby G, Levitsky S, u. a. Measurement of postoperative cognitive dysfunction after cardiac surgery: a systematic review. *Acta Anaesthesiol Scand*. Juli 2010;54(6):663–77.
30. Mao Z, Zhong X, Yin J, Zhao Z, Hu X, Hackett ML. Predictors associated with stroke after coronary artery bypass grafting: A systematic review. *J Neurol Sci*. 15. Oktober 2015;357(1):1–7.
31. Bjørnnes AK, Rustøen T, Lie I, Watt-Watson J, Leegaard M. Pain characteristics and analgesic intake before and following cardiac surgery. *Eur J Cardiovasc Nurs J Work Group Cardiovasc Nurs Eur Soc Cardiol*. 5. September 2014;
32. Lie I, Bunch EH, Smeby NA, Arnesen H, Hamilton G. Patients' experiences with symptoms and needs in the early rehabilitation phase after coronary artery bypass grafting. *Eur J Cardiovasc Nurs J Work Group Cardiovasc Nurs Eur Soc Cardiol*. März 2012;11(1):14–24.
33. Hartford K. Telenursing and patients' recovery from bypass surgery. *J Adv Nurs*. Juni 2005;50(5):459–68.
34. Dunckley M, Ellard D, Quinn T, Barlow J. Coronary artery bypass grafting: patients' and health professionals' views of recovery after hospital discharge. *Eur J Cardiovasc Nurs J Work Group Cardiovasc Nurs Eur Soc Cardiol*. März 2008;7(1):36–42.
35. Tolmie EP, Lindsay GM, Belcher PR. Coronary artery bypass graft operation: Patients' experience of health and well-being over time. *Eur J Cardiovasc Nurs J Work Group Cardiovasc Nurs Eur Soc Cardiol*. September 2006;5(3):228–36.
36. Theobald K, McMurray A. Coronary artery bypass graft surgery: discharge planning for successful recovery. *J Adv Nurs*. September 2004;47(5):483–91.
37. Bäckström S, Wynn R, Sørli T. Coronary bypass surgery patients' experiences with treatment and perioperative care - a qualitative interview-based study. *J Nurs Manag*. März 2006;14(2):140–7.
38. Donndorf P, Kaminski A, Tiedemann G, Kundt G, Steinhoff G. Validating intramyocardial bone marrow stem cell therapy in combination with coronary artery bypass grafting, the PERFECT Phase III randomized multicenter trial: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2012;13:99.
39. Miltenyi Biotec B.V. & Co. KG. Intramyocardial Transplantation of Bone Marrow Stem Cells for Improvement of Post-infarct Myocardial Regeneration in Addition to CABG Surgery: a Controlled, Prospective, Randomized, Double Blinded Multicenter Trial

- (PERFECT) [Internet]. clinicaltrials.gov; 2020 Juli [zitiert 21. April 2021]. Report No.: NCT00950274. Verfügbar unter: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00950274>
40. Strauss AL. Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. München: Fink; 1991. 376 S. (Übergänge : Texte und Studien zu Handlung, Sprache und Lebenswelt. - Paderborn : Fink, 1983-).
 41. Flick U, Kardorff E, Steinke I. Qualitative Forschung: ein Handbuch. 10. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.; 2013. 767 S. (Rororo : Taschenbücher. - Reinbek bei Hamburg : Rowohlt-Taschenbuch-Verl, 1950-).
 42. Strübing J. Qualitative Sozialforschung: eine komprimierte Einführung für Studierende. München: Oldenbourg; 2013. ix+219.
 43. Haller D. Grounded theory in der Pflegeforschung und anderen Anwendungsfeldern: professionelles Handeln unter der Lupe. Bern [u.a.]: Huber; 2000. 188 S. (Hans Huber Programmbereich Pflege).
 44. Glaser B, Strauss A. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. New York: de Gruyter; 1967.
 45. Corbin JM, Strauss AL. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. Los Angeles: Sage Publ.; 2008.
 46. Charmaz K. Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis. London: Sage Publications; 2006.
 47. Jovchelovitch S, Bauer MW, Gaskell G. Narrative Interviewing. In: Qualitative research with text, image and sound: a practical handbook. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications; 2000.
 48. Fischer-Rosenthal W, Rosenthal G. Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. 1. Hitzler R, Honer A, Herausgeber. Opladen: Leske+Budrich; 1997.
 49. Schütze, Fritz. Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien. 1977.
 50. Greiner W, Claes C. Der EQ-5D der EuroQol-Gruppe. In: Schöffski PDO, Schulenburg PDJ-MG v d, Herausgeber. Gesundheitsökonomische Evaluationen [Internet]. Springer Berlin Heidelberg; 2008 [zitiert 13. März 2015]. S. 403–14. Verfügbar unter: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-540-49559-8_16
 51. Flick U. Qualitative Sozialforschung: eine Einführung. 6. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 2002. (Rororo : Taschenbücher. - Reinbek bei Hamburg : Rowohlt-Taschenbuch-Verl, 1950-).
 52. Charmaz K. Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis. SAGE Publications Ltd; 2010. 224 S.
 53. Le Reste JY, Nabbe P, Manceau B, Lygidakis C, Doerr C, Lingner H, u. a. The European General Practice Research Network presents a comprehensive definition of multimorbidity in family medicine and long term care, following a systematic review of relevant literature. J Am Med Dir Assoc. Mai 2013;14(5):319–25.

54. Harper K, Armelagos G. The changing disease-scape in the third epidemiological transition. *Int J Environ Res Public Health*. Februar 2010;7(2):675–97.
55. Schäfer I, von Leitner E-C, Schön G, Koller D, Hansen H, Kolonko T, u. a. Multimorbidity patterns in the elderly: a new approach of disease clustering identifies complex interrelations between chronic conditions. *PloS One*. 2010;5(12):e15941.
56. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, u. a. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 25. Januar 2012;12:80.
57. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, u. a. *Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review*. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2011.
58. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, u. a. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. Dezember 2015;25(6):1053–8.
59. RKI - Themenschwerpunkt Prävention - KomPaS-Studie: Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung – Patientensicherheit und informierte Entscheidung [Internet]. [zitiert 6. Januar 2021]. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Praevention/FP_kompas.html
60. RKI - GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell - GEDA 2014/2015-EHIS: Ergebnisse im Journal of Healh Monitoring [Internet]. [zitiert 6. Januar 2021]. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Geda/geda2014_einz elbeitraege_inhalt.html;jsessionid=56930816F00D3170754C21ABEED2C6EF.internet091
61. Diederichs C, Jordan S, Domanska O, Neuhauser H. Health literacy in men and women with cardiovascular diseases and its association with the use of health care services - Results from the population-based GEDA2014/2015-EHIS survey in Germany. *PloS One*. 2018;13(12):e0208303.
62. Schaeffer D, Berens E-M, Vogt D. Health Literacy in the German Population. *Dtsch Ärztebl Int*. Januar 2017;114(4):53–60.
63. Alsabbagh MHDW, Lemstra M, Eurich D, Lix LM, Wilson TW, Watson E, u. a. Socioeconomic status and nonadherence to antihypertensive drugs: a systematic review and meta-analysis. *Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res*. März 2014;17(2):288–96.
64. Vosbergen S, Janzen J, Stappers PJ, van Zwieten MCB, Lacroix J, Idema K, u. a. A qualitative participatory study to identify experiences of coronary heart disease patients to support the development of online self-management services. *Int J Med Inf*. Dezember 2013;82(12):1183–94.
65. Peterson JC, Link AR, Jobe JB, Winston GJ, Klimasiewfski EM, Allegrante JP. Developing self-management education in coronary artery disease. *Heart Lung J Crit Care*. 2014;43(2):133–9.
66. Conrad P, Barker KK. The social construction of illness: key insights and policy implications. *J Health Soc Behav*. 2010;51 Suppl:S67-79.

67. Foucault M. Die Geburt der Klinik: eine Archäologie des ärztlichen Blicks. 10.-11. Tsd., ungekürzte Ausg. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl.; 1996. 218 S. (Fischer. - Frankfurt, M : Fischer Taschenbuch, 1952-).
68. Illich I. Die Nemesis der Medizin: die Kritik der Medikalisierung des Lebens. 4., überarb. und erg. Aufl. Lindquist T, Schwab J, Herausgeber. München: Beck; 1995. 319 S. (Beck'sche Reihe : BsR. - München : Beck, 1987).
69. Grady D, Redberg RF. Less is more: How less health care can result in better health. Arch Intern Med. 10. Mai 2010;170(9):749–50.
70. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder ÉL. The Implications of Regional Variations in Medicare Spending. Part 1: The Content, Quality, and Accessibility of Care. Ann Intern Med. 18. Februar 2003;138(4):273–87.
71. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder ÉL. The Implications of Regional Variations in Medicare Spending. Part 2: Health Outcomes and Satisfaction with Care. Ann Intern Med. 18. Februar 2003;138(4):288–98.
72. Lang RM, Bierig M, Devereux RB, Flachskampf FA, Foster E, Pellikka PA, u. a. Recommendations for chamber quantification: a report from the American Society of Echocardiography's Guidelines and Standards Committee and the Chamber Quantification Writing Group, developed in conjunction with the European Association of Echocardiography, a branch of the European Society of Cardiology. J Am Soc Echocardiogr Off Publ Am Soc Echocardiogr. Dezember 2005;18(12):1440–63.
73. Foxwell R, Morley C, Frizelle D. Illness perceptions, mood and quality of life: A systematic review of coronary heart disease patients. J Psychosom Res. September 2013;75(3):211–22.
74. Lewin D, Piper S. Patient empowerment within a coronary care unit: Insights for health professionals drawn from a patient satisfaction survey. Intensive Crit Care Nurs. April 2007;23(2):81–90.
75. Laine C, Davidoff F, Lewis CE, Nelson EC, Nelson E, Kessler RC, u. a. Important Elements of Outpatient Care: A Comparison of Patients' and Physicians' Opinions. Ann Intern Med. 15. Oktober 1996;125(8):640–5.
76. Like R, Zyzanski SJ. Patient satisfaction with the clinical encounter: Social psychological determinants. Soc Sci Med. 1. Januar 1987;24(4):351–7.
77. Ridsdale L, Carruthers M, Morris R, Ridsdale J. Study of the effect of time availability on the. :4.
78. Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ. Time and the Patient–Physician Relationship. J Gen Intern Med. Januar 1999;14(Suppl 1):S34–40.
79. Mechanic D. Physician Discontent Challenges and Opportunities. JAMA. 20. August 2003;290(7):941–6.
80. Middeke M. Du bist Arzt in Deutschland. DMW - Dtsch Med Wochenschr. Dezember 2005;130(51/52):2935–6.

81. Becker G, Kempf DE, Xander CJ, Momm F, Olschewski M, Blum HE. Four minutes for a patient, twenty seconds for a relative - an observational study at a university hospital. *BMC Health Serv Res.* 9. April 2010;10:94.
82. Mache S, Jankowiak N, Scutaru C, Groneberg DA. [Always out of breath? An analysis of a doctor's tasks in pneumology]. *Pneumol Stuttg Ger.* Juli 2009;63(7):369–73.
83. Projektabschluss: „Mehr Zeit für Behandlung“ – So kann unnötige Bürokratie in Arzt- und Zahnarztpraxen abgebaut werden [Internet]. [zitiert 12. Januar 2021]. Verfügbar unter: <https://www.normenkontrollrat.bund.de/nkr-de/homepage/erweiterte-suche/projektabschluss-mehr-zeit-fuer-behandlung-so-kann-unnoetige-buerokratie-in-arzt-und-zahnarztpraxen-abgebaut-werden-726228>
84. Davidoff F. *Time.* *Ann Intern Med.* 15. September 1997;127(6):483–5.
85. Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* Januar 2011;61(582):e12-21.
86. Campbell SE, Seymour DG, Primrose WR, Lynch JE, Dunstan E, Espallargues M, u. a. A multi-centre European study of factors affecting the discharge destination of older people admitted to hospital: analysis of in-hospital data from the ACMEplus project. *Age Ageing.* September 2005;34(5):467–75.
87. Thomsen LA, Winterstein AG, Søndergaard B, Haugbølle LS, Melander A. Systematic review of the incidence and characteristics of preventable adverse drug events in ambulatory care. *Ann Pharmacother.* September 2007;41(9):1411–26.
88. Schneeweiss S, Hasford J, Göttler M, Hoffmann A, Riethling A-K, Avorn J. Admissions caused by adverse drug events to internal medicine and emergency departments in hospitals: a longitudinal population-based study. *Eur J Clin Pharmacol.* Juli 2002;58(4):285–91.
89. Hanlon JT, Schmader KE, Koronkowski MJ, Weinberger M, Landsman PB, Samsa GP, u. a. Adverse drug events in high risk older outpatients. *J Am Geriatr Soc.* August 1997;45(8):945–8.
90. Hansen H, Pohontsch N, van den Bussche H, Scherer M, Schäfer I. Reasons for disagreement regarding illnesses between older patients with multimorbidity and their GPs – a qualitative study. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2. Juni 2015 [zitiert 7. September 2016];16. Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4450605/>
91. Voigt I, Wrede J, Diederichs-Egidi H, Dierks M-L, Junius-Walker U. Priority setting in general practice: health priorities of older patients differ from treatment priorities of their physicians. *Croat Med J.* Dezember 2010;51(6):483–92.
92. Junius-Walker U, Stolberg D, Steinke P, Theile G, Hummers-Pradier E, Dierks M-L. Health and treatment priorities of older patients and their general practitioners: a cross-sectional study. *Qual Prim Care.* 2011;19(2):67–76.
93. Junius-Walker U, Wrede J, Schleef T, Diederichs-Egidi H, Wiese B, Hummers-Pradier E, u. a. What is important, what needs treating? How GPs perceive older patients' multiple health problems: a mixed method research study. *BMC Res Notes.* 2012;5:443.

94. Chenot J-F, Pieper A, Kochen M, Himmel W. Kommunikation und Befundaustausch zwischen Hausärzten und Orthopäden bei Rückenschmerzen. *Schmerz*. 15. April 2009;23:173–9.
95. Nielsen JD, Palshof T, Mainz J, Jensen AB, Olesen F. Randomised controlled trial of a shared care programme for newly referred cancer patients: bridging the gap between general practice and hospital. *Qual Saf Health Care*. August 2003;12(4):263–72.
96. Klingenberg A, Broge B, Herholz H, Szecsenyi J, Ose D. Hausarztzentrierte Versorgung aus Sicht der teilnehmenden Ärzte. *Med Klin*. 20. Februar 2010;105(2):89–95.
97. Burkhardt TG Wolfram. Strukturen und Versorgungsformen [Internet]. bpb.de. [zitiert 19. Februar 2019]. Verfügbar unter: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72594/strukturen-und-versorgungsformen>
98. Aldana SG, Whitmer WR, Greenlaw R, Avins AL, Thomas D, Salberg A, u. a. Effect of intense lifestyle modification and cardiac rehabilitation on psychosocial cardiovascular disease risk factors and quality of life. *Behav Modif*. Juli 2006;30(4):507–25.
99. Peterson ED, Lytle BL, Biswas MS, Coombs L. Willingness to participate in cardiac trials. *Am J Geriatr Cardiol*. Februar 2004;13(1):11–5.
100. Fernandez R, Davidson P, Griffiths R, Juergens C, Stafford B, Salamonson Y. A pilot randomised controlled trial comparing a health-related lifestyle self-management intervention with standard cardiac rehabilitation following an acute cardiac event: Implications for a larger clinical trial. *Aust Crit Care*. Februar 2009;22(1):17–27.
101. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, u. a. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*. 16. September 2000;321(7262):694–6.

7 Anhang

7.1 Informationsblatt für die Patienten

Informationsblatt zum Forschungsprojekt „Erfahrungen von Patienten mit erfolgter Bypass-OP“

Mit diesem Informationsblatt möchten wir Sie über das Forschungsprojekt „Erfahrungen von Patienten mit erfolgter Bypass-OP“ informieren.

Im Mittelpunkt des Projekts steht die Frage, welche Erfahrungen Patienten vor und nach erfolgter Bypass-OP gesammelt haben. Dazu führen wir mit betroffenen Patienten offene Interviews durch. Die Interviews werden von Julia Dittkrist, Doktorandin des Instituts für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock durchgeführt. Studienkoordinatorin ist Frau Dr. Christin Löffler.

Entsprechend der Datenschutzbestimmungen benötigen wir zur Speicherung und Auswertung des mit Ihnen geführten Interviews Ihre ausdrückliche Einwilligung.

Das Forschungsprojekt dient allein wissenschaftlichen Zwecken. Die Durchführung der Studie geschieht unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes. Der Interviewer unterliegt der Schweigepflicht und ist zur Einhaltung des Datengeheimnisses verpflichtet. Um Ihre Anonymität zu sichern und die Datenschutzvorschriften zu erfüllen, sichern wir Ihnen folgende Verfahrensweise zu:

- Wir gehen sorgfältig mit Ihrem Erzählten um: Wir zeichnen das Gespräch auf einem elektronischen Datenträger auf. Die Aufnahme wird pseudonymisiert und transkribiert (abgetippt), der Datenträger wird gesichert aufbewahrt und nach Abschluss der wissenschaftlichen Analysen gelöscht.
- Wir pseudonymisieren Ihre personenbezogenen Angaben, d.h. wir verändern alle Personen-, Ort-, Straßennamen und alle Altersangaben.
- Ihr Name und Ihre Telefonnummer werden am Ende des Projektes in unseren Unterlagen gelöscht, so dass lediglich eine pseudonymisierte Abschrift des Interviews existiert. Die von Ihnen unterschriebene Erklärung zur Einwilligung in die Auswertung wird in einem gesonderten Ordner an einer gesicherten Stelle aufbewahrt, welche nur für die Projektleitung zugänglich ist. Die dauerhafte Aufbewahrung Ihrer Einwilligungserklärung dient lediglich dazu, bei einer

Überprüfung durch den Datenschutzbeauftragten nachweisen zu können, dass Sie mit der Auswertung einverstanden sind. Sie kann mit Ihrem Interview nicht mehr in Verbindung gebracht werden.

- Die Abschrift wird nicht veröffentlicht und ist nur für die projektinterne Auswertung bestimmt. Die Projektmitarbeiter, welche die pseudonymisierte Abschrift lesen, unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht. In späteren Veröffentlichungen zur Studie werden unter Umständen einzelne Zitate Ihres Interviews verwendet, welche selbstverständlich keine Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen.
- Die Abschrift wird in der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Rostock archiviert und unter Einhaltung der bisher genannten Vorschriften ggf. anderen Projekten als Sekundärmaterial zur Verfügung gestellt.

Gemäß der Datenschutzbestimmungen weisen wir Sie ausdrücklich darauf hinweisen, dass Ihnen aus einer Nichtteilnahme an der Studie keine Nachteile entstehen. Sie können auch bei einzelnen Fragen eine Antwort ablehnen. Ihre Einwilligung zur Teilnahme am Forschungsprojekt ist freiwillig und kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden. Auf Ihren Wunsch erfolgt die Löschung des Interviews in einem solchen Fall umgehend.

Wir bedanken uns für Ihre Teilnahme und Ihr Engagement, und hoffen, dass die Ergebnisse unseres Projektes dazu beitragen, die Versorgung von Patienten in Mecklenburg-Vorpommern nachhaltig zu verbessern.



Dr. Christin Löffler

7.2 Einverständniserklärung

ID _____

Einwilligungserklärung zur Teilnahme am Forschungsprojekt „Erfahrungen von Patienten mit erfolgter Bypass-OP“

Studienkoordination:

Dr. rer. pol. Christin Löffler
Institut für Allgemeinmedizin
Doberaner Str. 142 (Villa im Hof)
18057 Rostock
christin.loeffler@med.uni-rostock.de
Telefon: +49 381 494-2481
Telefax: +49 381 494-2482

Ihre Ansprechpartnerin:

Julia Dittkrist
Telefon: 0157/35169903

Ich bin über das Vorgehen bei der Auswertung der offenen Interviews schriftlich informiert worden (u.a. darüber, dass die Abschrift nicht an die Öffentlichkeit gelangt und pseudonymisiert wird; darüber, dass die Ton-Aufnahme sowie alle personenbezogenen Daten nach erfolgter wissenschaftlicher Auswertung gelöscht werden und lediglich diese Einwilligungserklärung für den Fall einer möglichen Überprüfung durch den Datenschutzbeauftragten aufbewahrt wird. Dieses Dokument wird jedoch nicht mit der pseudonymisierten Abschrift des Interviews zusammenführbar sein).

Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze und Textpassagen, die nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für wissenschaftliche Zwecke genutzt und veröffentlicht werden können.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass es aufgenommen, transkribiert (abgetippt), pseudonymisiert und ausgewertet wird.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

7.3 Kurzfragebogen

Interview-ID: _____

Ort: _____

Datum: _____

Alter:

Geschlecht:

Familienstand:

Kinder:

Bildungsabschlüsse:

Beruf:

Wohnort (Stadt/Dorf/ländliche Region):

Wohnform (Altersheim/Zuhause/betreutes Wohnen):

Berentung:

Mobilität (Gehhilfen/Auto/Fahrrad/öffentliche Verkehrsmittel):

(Vor)erkrankungen:

Telefonnummer (zur eventuellen Nachbefragung):

8 Danksagung

Zuerst möchte ich mich bei meiner Betreuerin Frau Dr. rer. pol. Christin Löffler für ihr persönliches Engagement und ihre vielfältige Unterstützung herzlich bedanken. Mit ihrer Kompetenz und Erfahrung im Bereich der qualitativen Forschung hat sie die Arbeit begleitet und mich durch ihre fördernde Haltung immer wieder motiviert und ermutigt. Über die fachliche Betreuung hinaus war mir unsere vertrauensvolle Zusammenarbeit eine sehr große Unterstützung. Herrn Prof. Dr. med. Attila Altiner gilt ebenfalls mein ganz besonderer Dank. Als mein Doktorvater hat er mir diese Doktorarbeit ermöglicht und mich selbst in Zeiten großer Beanspruchung stets zuverlässig betreut und wichtige inhaltliche und methodische Anregungen gegeben. Des Weiteren möchte ich mich herzlich bei Herrn Prof. Dr. med. Gustav Steinhoff für seine stets zuverlässige Zusammenarbeit bedanken. Auch den weiteren Mitgliedern des Forschungsteams der klinischen Studie PERFECT möchte ich für den konstruktiven Austausch und die wertvollen Anregungen danken. Mein herzlicher Dank geht auch an die Mitarbeiter des Institutes für Allgemeinmedizin, die mir bei Vorstellungen des Dissertationsprojektes neue Impulse gegeben haben.

Des Weiteren bedanke ich mich bei den Patientinnen und Patienten für die Teilnahme an der Studie und ihre Offenheit in den Interviews.

Zu guter Letzt möchte ich mich herzlich bei meinem Mann, meinen Eltern und meiner Schwester für ihre kontinuierliche Begleitung und für ihre Unterstützung in verschiedenster Hinsicht bedanken.

9 Erklärung

Ich, Julia Dempki, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation zum Thema: „Wie wird eine strukturierte medizinische Betreuung nach kardialer Bypassoperation im Vergleich zur herkömmlichen Nachsorge von Patienten wahrgenommen? - Eine qualitative Studie“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die unzulässige Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.

Ort und Datum

Unterschrift