

Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften - evangelische Fachhochschule
Nürnberg
PflegeDual

Bachelorarbeit
zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Science (B. Sc.)

Therapietreue (Adhärenz) als Folge des subjektiven Empfindens von Menschen mit
chronischer Herzinsuffizienz im nichtstationären Bereich

Regine Finzel

Gutachter: Prof. Dr. Heinz-Peter Olm

Abgabetermin: 12.09.2022

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
1.1 Problemdarstellung	4
1.2 Hypothese	6
2. Chronische Herzinsuffizienz	7
2.1 Definition	7
2.2 Symptome	8
2.3 Pathophysiologie und Verlauf	11
2.4 Therapie	13
3. Adhärenz	14
3.1 Definition	14
3.2 Messung von Adhärenz	15
3.3 Einflussfaktoren	16
4. Das Modell der Salutogenese	20
4.1 Stressoren und Ressourcen	20
4.2 Kohärenzgefühl	21
5. Methodik	22
6. Interviewauswertung	25
7. Zusammenfassung und Ausblick	31
Quellenverzeichnis	32
Anhang	34
Anhang 1 Eidesstattliche Erklärung	34
Anhang 2 Therapie der Herzinsuffizienz	34
Anhang 3 Zustimmung Patienteninterview	34
Anhang 4 Zustimmung Experteninterview	34
Anhang 5 Transkript Experteninterview	35
Anhang 6 Transkript Patienteninterview	36

Gendererklärung

In dieser Arbeit wird, soweit möglich, genderneutrale Sprache verwendet. Sollte aus Gründen der besseren Lesbarkeit punktuell das generische Maskulinum verwendet werden, bezieht dies weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten ausdrücklich mit ein, soweit es für die Aussage erforderlich ist. Sollte sich hingegen eine Aussage auf explizit eine Geschlechtsidentität beziehen, geht dies aus der Formulierung unmissverständlich hervor.

Abkürzungsverzeichnis

Abb. - Abbildung

Anm. - Anmerkung

HI - Herzinsuffizienz

HEDE-Kontinuum - "Health-ease" & "Dis-ease" Kontinuum - ein Wortspiel Aaron Antonovskys in der Beschreibung seines salutogenetischen Modells

Mio. - Millionen

NYHA-Klassifikation/NYHA Scale - Assessmentinstrument der New York Heart Association

RKI - Robert-Koch-Institut

Tab. - Tabelle

pers. Komm. - persönliche Kommunikation

z. B. - zum Beispiel

Darstellungsverzeichnis

Abbildung 1 NYHA-Klassifikation (ÄZQ, 2019)	8
Abbildung 2 Pathophysiologische Kaskade des Herzinsuffizienzsyndroms und seiner Komplikationen, Komorbiditäten und systemischen Veränderungen (Brenner et al., 2009)...	12
Abbildung 3 Therapieoptionen bei chronischer Herzinsuffizienz (ÄZQ, 2019)	13
Tabelle 1 Direkte und indirekte Methoden zur Adhärenzmessung (Jaehde, 2017).....	16

Abstract

Vor dem Hintergrund der aktuellen demografischen Entwicklung spielen chronische Erkrankungen eine zunehmend größere Rolle. Eine dieser chronischen Krankheiten ist die chronische Herzinsuffizienz. Um damit zu leben, müssen Betroffene im Rahmen der Therapie oftmals große Bereiche ihres Lebens einer Veränderung unterziehen. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, am Beispiel einer an chronischer Herzinsuffizienz erkrankten Person Faktoren zu eruieren, die diesen Prozess unterstützen.

Um dieser Forschungsfrage nachzugehen, wurde ein qualitatives, narratives Interview mit einer Person geführt, die vor mehreren Jahren die Diagnose HI erhalten hat. Der Krankheitsverlauf und der Umgang der betroffenen Person mit ihrer Situation wurden daraus rekonstruiert, inklusive der Gründe für das Gelingen oder Versagen der Therapie.

Als größter förderlicher Einflussfaktor konnte das soziale Umfeld der Person ausgemacht werden. Das zeigt, dass das soziale Umfeld einer Person eine wertvolle Ressource für gesundheitsförderliches Verhalten sein kann.

Bei zukünftigen Therapieplanungen ist zu empfehlen, die eruierten Ressourcen und positiven Einflussfaktoren zu nutzen.

1. Einleitung

1.1 Problemdarstellung

Chronische Herzinsuffizienz (HI) ist keine eigenständige/alleinstehende Krankheit, sondern ein Syndrom, welches als Folge einer Vielzahl anderer Erkrankungen entstehen kann.

Es ist verantwortlich für eine Vielzahl an stationären Aufenthalten und war über Jahre hinweg kontinuierlich in den häufigsten zehn Todesursachen von Menschen in Deutschland zu finden.

Der ICD-10 Code für HI lautet I50. In 2020 lag die Zahl der mit diesem Code/an Herzinsuffizienz verstorbenen Gemeldeten bei 34.855 Personen. Damit belegt HI in diesem Jahr den sechsten Rang der geschlechtsübergreifend häufigsten Todesursachen in Deutschland. Im Vergleich zu den vorhergehenden Jahren sank der Rang geringfügig ab (Rang 3 bis einschließlich 2013), genauso wie die Anzahl der Todesfälle (vgl. GBE-Bund 2022a).

Die Prävalenz der HI betrug 2017 3,4%, was circa 2,5 Mio. Betroffenen entsprach (vgl. Holstiege et al. 2018). Während die Gefahr an HI zu erkranken in jüngeren Jahren vergleichsweise niedrig ist, steigt sie ab dem Alter von 65 Jahren sprunghaft auf 13,8% an (vgl. GBE-Bund o.D.).

Eine Herausforderung der kommenden Jahrzehnte ist daher der demografische Wandel. Dieser beschreibt Änderungen der Bevölkerungszahl und -struktur. In Deutschland findet sich zurzeit eine Kombination aus demografischer Alterung sowie demografischer Schrumpfung (vgl. Pötsch 2015: S. 5f).

Die Prognose lautet wie folgt: Während die Mortalität über die letzten Jahre gesenkt, und die Prognose durch weiterentwickelte Therapien verbessert werden konnte, ist von einem Anstieg an chronischer HI Erkrankten auszugehen (vgl. Deutsche Herzstiftung e. V. 2021: S. 46).

Dies ist bedingt durch den demografischen Wandel, da die geburtenstarken Jahrgänge dem Alter näherkommen, in welchem HI einen sprunghaften Anstieg verzeichnet.

Mit dem aktuell stattfindenden Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge (1934-1944, 1948-1958, vgl. Nowossadeck 2012: S.152, 156) in risikoreichere Altersstufen (3,8% Prävalenz ab 50 Lebensjahren, 13,8% ab 65 Lebensjahren (vgl. GBE-Bund o. D.)), ist zu erwarten, dass die Gesamtprävalenz der HI in der Bevölkerung weiterhin einen signifikanten Anstieg verzeichnen wird.

Auch durch die “verbesserten Überlebenschancen bei akutem Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen, Kardiomyopathien oder sekundären Myokarderkrankungen wird die Zahl der Patienten mit Herzinsuffizienz vermutlich weiter ansteigen” (ÄZQ 2019 S. 16).

Außerdem wird die zukünftige Entwicklung der Risikofaktoren für HI mit zu betrachten sein. Dabei handelt es sich beispielsweise um Komorbiditäten wie Bluthochdruck, Hypercholesterinämie und Diabetes mellitus und, mit dem Lebensstil assoziiert, Nikotinabusus, Adipositas, Ernährungsqualität und körperliche Aktivität.

In 2006 war HI zum ersten Mal in Deutschland die häufigste Hauptdiagnose für einen stationären Aufenthalt (vgl. Neumann et al. 2009).

Mit weiterhin steigender Tendenz ist HI einer der häufigsten, auch in 2019 der häufigste Grund für stationäre Einweisungen (vgl. Deutsche Herzstiftung e. V. 2021: S.10): von 2000 bis 2019 wuchs die Anzahl an stationär behandelten Patienten um 40%. Davon entfielen 4,8% auf den Zeitraum von 2018 bis 2019 allein (vgl. Deutsche Herzstiftung e. V. 2021: S.10).

Zudem ist generell der “Krankheitsverlauf von häufig wiederkehrenden Krankenhausaufenthalten [...] geprägt” (Dietz 2008, zitiert nach Neumann et al. 2009).

Entsprechend entwickeln sich die anfallenden Krankheitskosten: Von 2015 bis 2020 erhöhten sich die Kosten um 48,09% von 5.015 auf 7.427 Mio. Euro (vgl. GBE-Bund 2022b).

Für die Erkrankten geht HI oftmals mit einer deutlich wahrzunehmenden Abnahme der Lebensqualität einher - verantwortlich dafür ist die erlebte Symptomatik der HI (vgl. Frau H., pers. Komm., 27.07.2022 , siehe Anhang 5).

Eine leitliniengerechte Therapie verbessert signifikant die Prognose und Mortalität für an HI Erkrankte (vgl. Deutsche Herzstiftung e. V. 2021 S. 106, 108) sowie die Lebensqualität (vgl. Frau H., pers. Komm., 27.07.2022 , siehe Anhang 5).

Damit eine Therapie wirkt, muss sie jedoch durchgeführt werden - der Patient muss sich therapietreu, also adhärent zur verordneten Therapie verhalten, um die erwünschte Wirkung zu erzielen. Eine Verbesserung der Adhärenz kann sogar einen größeren Einfluss auf die Gesundheit einer Gesellschaft haben, als die Weiterentwicklung spezifischer Therapien (vgl. Sabaté 2003: S. 13).

Wie in der Darstellung der HI-Therapie in Anhang 2 deutlich wird, ist Teil davon, dass Betroffene ihren physischen sowie psychischen Gesundheitszustand regelmäßig und kontinuierlich evaluieren, um Exazerbationen¹ frühzeitig zu erkennen oder gar zu verhindern. Dies erfordert, dass an HI Erkrankte eine aktive Rolle in der Durchführung ihrer Therapie einnehmen.

¹ Als Exazerbation wird eine klinische Verschlechterung des Gesundheitszustandes bezeichnet.

1.2 Hypothese

Damit sich Patienten adhärent verhalten, muss die Therapie/das Spektrum an verordneten therapeutischen Maßnahmen vom Patienten als sinnvoll wahrgenommen werden.

Hierfür wird im Rahmen eines Interviews die Situation einer an HI erkrankten Person als bio-/pathografischen Fallbeispiel aufbereitet.

Ausmaß des krankheitsbedingten Leidensdruckes und der Therapietreue, sowie der Aspekt des als sinnvoll empfundenen Handelns in Bezug auf therapeutische Maßnahmen sollen aus dem Interview hervorgehen. Außerdem soll eruiert werden, was die im konkreten Fall interviewte Person als sinnvoll empfindet.

2. Chronische Herzinsuffizienz

Um Verständnis für das durch die Betroffenen erlebte Ausmaß der Erkrankung herzustellen, wird in Folge das Krankheitsbild mit seinen Auswirkungen vorgestellt. Der Fokus liegt dabei auf den Symptomen, die von Betroffenen wahrgenommen werden, und dem potenziellen Ausmaß der Therapie.

2.1 Definition

„Herzinsuffizienz ist ein klinisches Syndrom mit aktuell bestehenden oder zuvor aufgetretenen Symptomen und/oder Zeichen, die durch strukturelle und/oder funktionelle kardiale Störungen (wie Auswurffraktion $<50\%$, pathologische Ventrikelerweiterung, $E/E' >15$, moderate/schwere ventrikuläre Hypertrophie oder moderate/schwere Herzklappenstenose oder -insuffizienz) verursacht werden“
(Biykem et al. 2021, übersetzt nach Overbeck 2021).

Zudem müssen ein erhöhter Spiegel für natriuretische Peptide, oder eine kardiogene pulmonale oder systemische Stauung nachweisbar sein (vgl. Biykem et al. 2021, übersetzt nach Overbeck, 2021).

Das Herz ist durch die vorliegende Störung nicht mehr in der Lage, den Organismus ausreichend mit Blut und Sauerstoff zu versorgen und einen stabilen Stoffwechsel zu gewährleisten. Über verschiedene Mechanismen, zum Beispiel die Stimulation des sympathischen Nervensystems, kann die mangelnde Leistung kompensiert werden (vgl. ÄZQ 2019 S. 13).

Sobald die Herzleistung vom Organismus nicht mehr aufrechterhalten werden kann, ist von einer kardialen Dekompensation die Rede (vgl. AMBOSS GmbH 2022 Sektion: Komplikationen). Dies kann akut als Exazerbation auftreten oder subakut durch progrediente Verschlechterung zustande kommen.

2.2 Symptome

Tab. 2.2.1: *HI-Symptomatik (vgl. ÄZQ 2019, S. 21).*

Typische Symptome:

- Dyspnoe
- (nächtlicher) trockener Husten (Asthma cardiale)
- Müdigkeit
- Leistungsminderung
- Flüssigkeitsretention
- Nykturie
- Tachykardie

Cave: Linksventrikuläre Dysfunktion kann ohne begleitende Symptome (asymptomatisch) bestehen.

Tabelle 2.2.1 benennt die typische Klinik der manifesten HI.

Nach dem Ausmaß der Symptome lässt sich die HI in vier verschiedene Stadien einteilen, im Folgenden nach der New York Heart Association Scale (NYHA-Klassifikation).

NYHA I (asymptomatisch)	Herzerkrankung ohne körperliche Limitation. Alltägliche körperliche Belastung verursacht keine inadäquate Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris.
NYHA II (leicht)	Herzerkrankung mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe und bei geringer Anstrengung. Stärkere körperliche Belastung (z. B. Bergaufgehen oder Treppensteigen) verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris.
NYHA III (mittelschwer)	Herzerkrankung mit höhergradiger Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei gewohnter Tätigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe. Geringe körperliche Belastung (z. B. Gehen in der Ebene) verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris.
NYHA IV (schwer)	Herzerkrankung mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe, Bettlägerigkeit.

Abb. 2.2.1: *NYHA-Klassifikation (ÄZQ, 2019 S. 15)².*

Eine ausgeprägte Symptomatik vermindert deutlich die Lebensqualität der Betroffenen (vgl. Frau H., pers. Komm., 27.07.2022, siehe Anhang 5).

² Die Schwere der Symptome korreliert nicht mit dem Maß der Einschränkung der Funktion (vgl. ÄZQ, 2019 S.21)

Ersichtlich für Betroffene sind hauptsächlich die durch Flüssigkeitsretention bedingten Ödeme. Nachts sorgt die vermehrte Ausscheidung durch die Rückresorption dafür, dass Betroffene häufigen, produktiven Harndrang verspüren (vgl. AMBOSS GmbH 2022 Sektion: Symptome/Klinik), was als starke Belastung erlebt wird (vgl. pers. Komm. Fr. H., siehe Anhang 5). Venöse Stauungen verursachen an vielen Organen funktionseinschränkende Schäden, dargestellt mit Begleitsymptomatik in Abbildung 2.2.2:

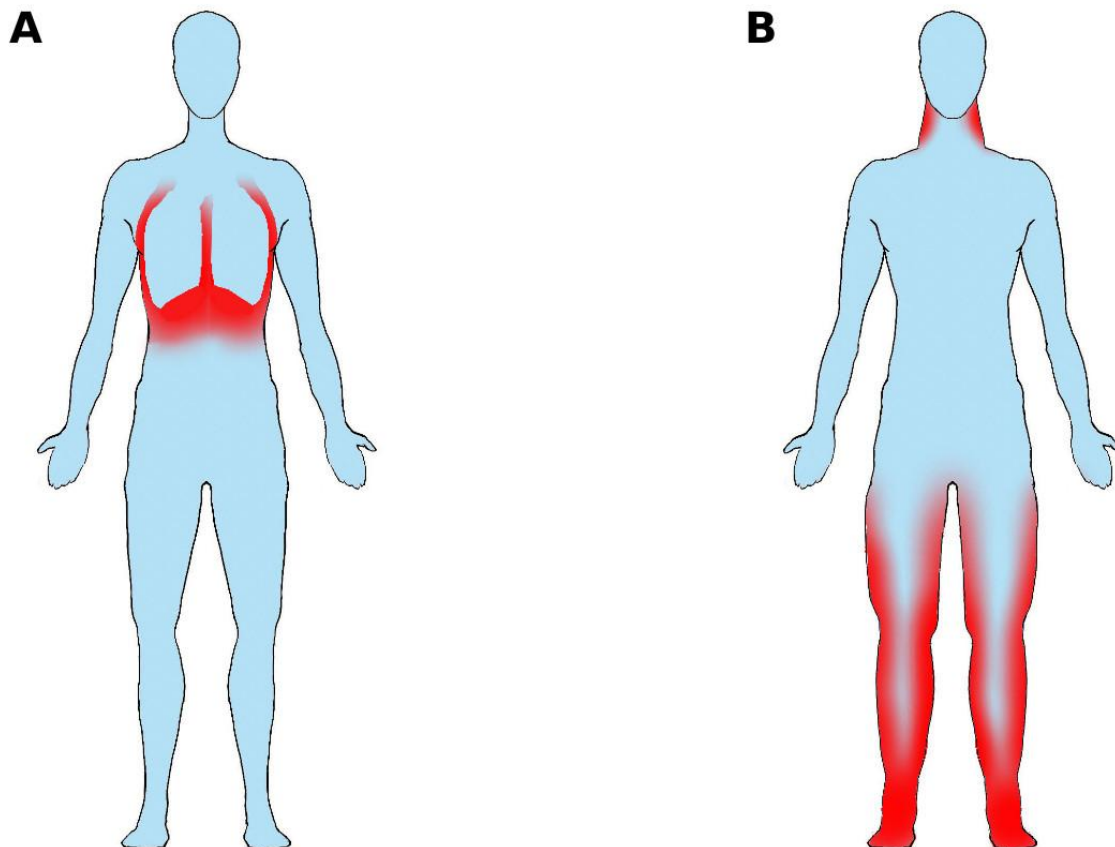


Abb. 2.2.2: Ödeme infolge HI. **A:** Pleuraerguss; **B:** Halsvenenstauung & Beinödeme.

Abhängig davon, ob nur eine Herzhälfte (Links-/Rechtsherzinsuffizienz) insuffizient arbeitet, oder das komplette Herz (globale HI), finden sich Zeichen der Flüssigkeitsretention an verschiedenen Stellen im Körper.

Abbildung 2.2.2 **A** stellt die pulmonale Stauung bedingt durch Linksherzinsuffizienz dar, auch als Pleuraerguss bezeichnet. Dies äußert sich in zunehmender Tachy- und Dyspnoe. Die liegende Position begünstigt diese Stauung und führt zu insbesondere nächtlicher, akuter Atemnot ("Asthma cardiale") (vgl. AMBOSS GmbH 2022 Sektion: Symptome/Klinik).

In Abbildung 2.2.2 **B** sind eine Halsvenenstauung und Beinödeme zu sehen, bedingt durch Rechtsherzinsuffizienz (vgl. AMBOSS GmbH 2022 Sektion: Symptome/Klinik). Folgend führt

es zu einer Zunahme des Fuß-, Knöchel- und Beinumfangs. Betroffene Extremitäten werden beispielsweise aufgrund der Ödeme als sehr schwer erlebt (vgl. Frau H., pers. Komm., 27.07.2022, siehe Anhang 5)

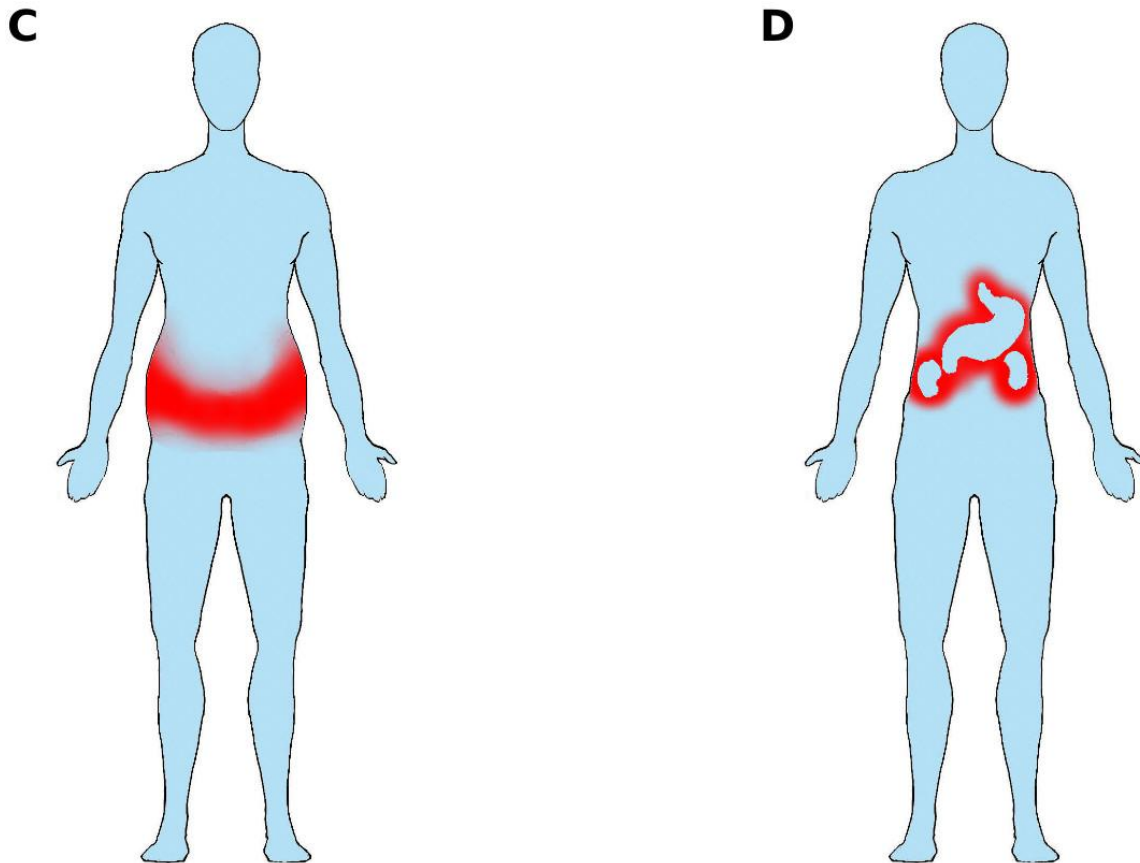


Abb. 2.2.2: Ödeme infolge HI. **C:** Aszites; **D:** Stauungsgastritis & -niere.

Abbildung 2.2.2 **C** zeigt die Lokalisation der Flüssigkeitsretention im Bauchraum, die als Aszites bezeichnet wird. Aszites tritt infolge einer Leberschädigung auf, die bei Rechtsherzinsuffizienz durch venösen Rückstau in der Leber verursacht wird (vgl. AMBOSS GmbH 2022 Sektion: Symptome/Klinik). Der Aszites ist ersichtlich in der Zunahme des Bauchumfanges, der Veränderung des Körperbildes oder eines Schweregefühls (vgl. Frau H., pers. Komm., 27.07.2022, siehe Anhang 5).

In Abbildung 2.2.2 **D** sind Stauungsgastritis und -niere bei Rechtsherzinsuffizienz zu sehen. Die Stauungsgastritis äußert sich in Appetitlosigkeit und Übelkeit (vgl. AMBOSS GmbH 2022 Sektion: Symptome/Klinik). Bei kardialer Dekompensation kann eine venöse Stauung in der Niere ein akutes intrarenales Versagen zur Folge haben (vgl. AMBOSS GmbH 2022 Sektion: Komplikationen).

2.3 Pathophysiologie und Verlauf

Häufige Auslöser von HI sind die koronare Herzkrankheit (KHK), sowie arterielle Hypertonie (vgl. ÄZQ 2019: S. 14). Weitere Auslöser können diverse Formen der Kardiomyopathie, Arrhythmien, angeborene sowie erworbene Herzerkrankungen des Septums und der Klappen und Perikarderkrankungen sein. Auch eine vorerst ohne strukturelle Schädigung vorliegende, langfristige Insuffizienz (High Output Failure) kann zu chronischer HI führen (vgl. ÄZQ 2019: S. 14).

Die strukturelle Schädigung am Herzen tritt als Folge der genannten Erkrankungen auf. Je nach Auslöser kommt es auf unterschiedlichem Wege zur myokardialen Funktionseinschränkung: Durch Verlust von Herzmuskelzellen oder durch Herzbewegung hindernde Hypertrophie sowie fibrotische Veränderungen³ (vgl. ÄZQ 2019: S.14f).

Aus diesen können wiederum Folgeerkrankungen entstehen. Zudem können bei chronischer HI akute, lebensbedrohliche Situationen entstehen.

Tab 2.3.1 *Auswahl an Komplikationen und lebensbedrohlichen Akutsituationen (vgl. AMBOSS GmbH 2022, Sektion: Komplikationen).*

Komplikationen:

- Schlafapnoe-Syndrom
- kardiorenales Syndrom (bis zum Nierenversagen)
- Herzrhythmusstörungen
- Stauungsdermatitis

Akutsituation/Notfall:

- Kardiale Dekompensation, z. B. durch ein Lungenödem, akutes Koronarsyndrom, hypertensive Krise, Herzrhythmusstörungen, Lungenembolie
- Kardiogener Schock
- ischämischer Apoplex, insbesondere bei Vorhofflimmern

Die Lebenserwartung bei HI ist individuell und von vielen Faktoren abhängig. Beeinflussbar sind unter ihnen lediglich die Diagnostik, die Therapie der HI sowie die der jeweiligen vorliegenden Komorbiditäten (vgl. ÄZQ 2019: S. 18f).

Die Progression der HI ist von der Interaktion mit Komorbiditäten geprägt. HI und Komorbiditäten sind "bidirektional eng kausal verknüpft mit ungünstigem Einfluss auf

³ Hypertrophie und Fibrosierung sind Teil pathologischer Prozesse, die übergeordnet als kardiales Remodeling bezeichnet werden.

Krankheitsprogression, kardiales Remodeling, klinische Symptomatik und Prognose“ (Brenner et al. 2009: S. 1325).

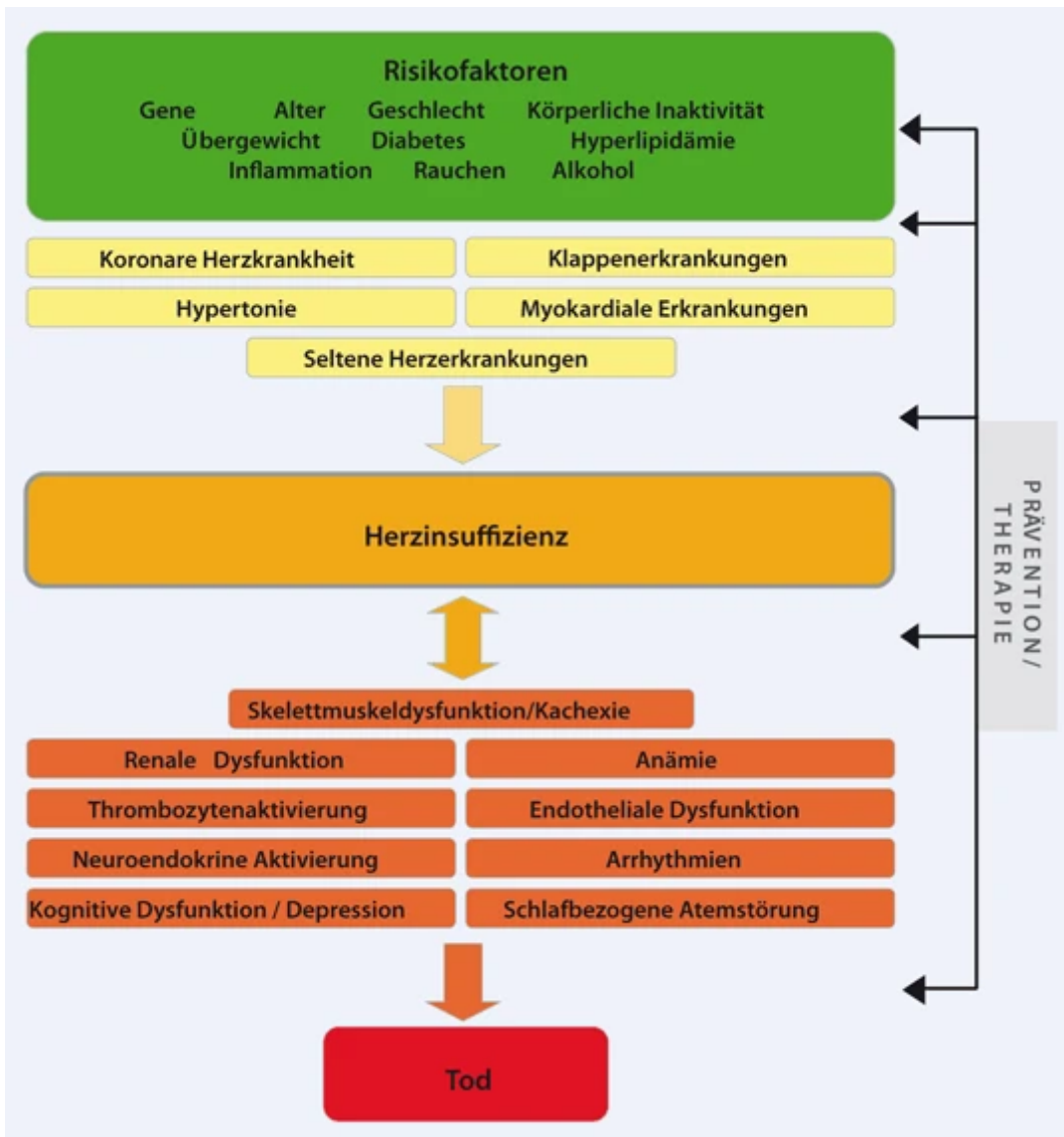


Abb. 2.3.1: “Pathophysiologische Kaskade des Herzinsuffizienzsyndroms und seiner Komplikationen, Komorbiditäten und systemischen Veränderungen” (Abbildung entnommen aus: Brenner et al. 2009: S. 1326).

Komorbiditäten können die HI-Symptomatik verstärken und mit dem diagnostischen Prozess interferieren (vgl. Güder et al. 2020), und sie “ sind Mitverursacher bei (Re-)Hospitalisierungen, Dekompensation und Todesfällen” (Güder et al. 2020).

2.4 Therapie

Tab. 2.4.1 Ziele der HI-Therapie in der Nationalen Leitlinie Chronische HI (vgl. ÄZQ 2019: S. 33f).

- Verringern der Sterblichkeit und der Rate an Krankenhauseinweisungen
- Hemmung der Progression
- Mildern von Symptomen, Verbesserung und Erhalt von Lebensqualität und sozialer Teilhabe
- Verbessern der körperlichen Belastungsfähigkeit
- Vermeiden/Verringern nachteiliger Effekte auf die Entstehung bzw. den Verlauf von Komorbiditäten

Priorisierung sowie ggf. weitere Zielsetzung erfolgt durch Betroffene.

Um die Ziele aus Tabelle 2.4.1 zu erreichen, empfiehlt das ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin in der Nationalen Leitlinie Chronische Herzinsuffizienz von 2019 einen multidimensionalen Therapieansatz:

Kausale Therapie	Nicht-medikamentöse Therapie	Medikamentöse Therapie	Apparative und operative Therapie
KHK Vitien Arrhythmien Anämie ...	Schulungen Körperliches Training Modifikation des Lebensstils	prognoseverbessernd symptomorientiert	CRT ICD VAD/TAH Herztransplantation
- Beachtung, ggf. Behandlung von Komorbiditäten - regelmäßige Verlaufskontrollen - Beachtung psychosozialer Aspekte		- Selbstmanagement/Selbstfürsorge - palliativmedizinische Versorgungsplanung	

Abb. 2.4.1: Therapieoptionen bei chronischer Herzinsuffizienz (ÄZQ 2019: S. 33).

Neben der kausalen Therapie kann medikamentös sowie durch Änderungen am Lebensstil Einfluss auf den Krankheitsverlauf genommen werden. Bei bestimmten Formen der HI kann zusätzlich eine unterstützende apparative Therapie sinnvoll sein. Aufgrund der Chronizität von HI sind regelmäßige Verlaufskontrollen empfohlen. Für eine umfassende Auflistung therapeutischer Maßnahmen siehe Anhang 2.

HI ist sowohl ein Symptom weiterer ursächlicher Erkrankungen, als auch ein eigenständiges Krankheitsbild. Daher umfasst die Therapie neben der HI an sich die auslösenden

Komorbiditäten und Folgeerkrankungen. Komorbiditäten nehmen insofern Einfluss auf die Therapie, dass sie die Behandlungsoptionen reduzieren können (vgl. Güder et al. 2020). Auch erfordern Komorbiditäten “manchmal Therapien, die die HI verschlechtern können (z. B. [...] Zytostatika bei Krebs)” (Güder et al. 2020). Sie sind zudem Ursache für Medikamenteninteraktionen mit der Folge geringerer Wirksamkeit, Effektivität und Sicherheit bei vermehrten Nebenwirkungen (vgl. Güder et al. 2020). Die Sicherheit der medikamentösen Therapie wird zusätzlich durch eine potenziell verminderte Evidenzbasis reduziert, wenn Komorbiditäten vorliegen, die bei Zulassungsstudien als Ausschlusskriterium geführt wurden (vgl. Güder et al. 2020).

3. Adhärenz

3.1 Definition

Als Adhärenz (Therapietreue) wird das Ausmaß bezeichnet, in welchem das Verhalten eines Patienten in Bezug auf Arzneimittelaufnahme, Befolgen eines Ernährungsplans oder Anpassung der Lebensweise mit den Empfehlungen der Angehörigen eines Heilberufes übereinstimmt (vgl. Sabaté 2003: S. 3).

Der Begriff der Adhärenz ist als Nachfolger der Compliance zu verstehen, welcher wörtlich ‘Einwilligung’ oder ‘Zustimmung’ bedeutet (vgl. Jaehde et al. 2017 S. 494). Überholt ist Compliance, weil sie passive Patienten impliziert, der in einer hierarchischen Patient-Therapeuten-Beziehung Anordnungen kritiklos entgegennimmt und ausführt (vgl. Ertl 2011, zitiert nach Güntner 2013: S. 34). Auch die Verantwortung für den Therapieerfolg oder deren Versagen obliegt der Begrifflichkeit nach allein den Patienten (vgl. De Geest & Sabaté 2004, zitiert nach Güntner 2013: S. 34).

Adhärenz hingegen ist die ‘Übereinstimmung mit den vereinbarten Empfehlungen’. Der Begriff besteht aus zwei Phänomenen: Ausführungsqualität und Persistenz (vgl. Vrijens und Urquhart, zitiert nach Jaehde et al. 2017: S. 495).

Das Gegenteil zur Adhärenz ist Non-Adhärenz, welche intelligent (vom Pat. bewusst, aufgrund bestimmter Kriterien, zB medikamentöse Nebenwirkungen) oder erratisch (ohne erkennbares Muster) auftreten kann (vgl. Jaehde et al. 2017: S.495).

3.2 Messung von Adhärenz

Zur Erfassung der Adhärenz einzelner Patienten existieren verschiedene Optionen.

Tab. 3.2.1: *Direkte und indirekte Messmethoden zur Adhärenzmessung (modifiziert nach Jaehde et al. 2017: S. 495).*

Direkte Methoden	Indirekte Methoden
<ul style="list-style-type: none">• Patientenbeobachtung• Messung der Plasmakonzentration (therapeutisches Drug Monitoring)• Messung der Urinkonzentration	<ul style="list-style-type: none">• Patientengespräche• Patiententagebuch• Tablettenzählen• Medikationsprofil• elektronische Beobachtungssysteme

Indirekte Messmethoden sind unzuverlässiger und anfälliger für bewusste oder unbewusste Manipulation. Sie sind in der Akutsituation (meist während eines stationären Aufenthaltes) am aussagekräftigsten, bei Verlaufskontrollen fallen weitere Äußerungen zur Adhärenz je nach Patient sehr unterschiedlich aus (vgl. Frau H., pers. Komm., 27.07.2022, siehe Anhang 5).

Zur Messung der medikamentösen Adhärenz gibt therapeutisches Drug Monitoring den genauesten Aufschluss über die eingenommene Menge. Dies muss jedoch von Fachkräften durchgeführt werden, und geht mit größerem zeitlichen, materiellen und finanziellen Aufwand einher als die indirekten Methoden.

Im Gegensatz dazu sind die indirekten Messmethoden überwiegend autonom von Patienten auszuführen. Professionelle Kontrolle erfolgt zwingend nur im Lauf von Patientengesprächen und bei der Erstellung eines Medikationsprofils⁴. Die Verantwortung liegt hier bei den Patienten, die durch Hilfsmittel gestützt agieren.

⁴ Bei einem Medikationsprofil wird kontrolliert, wann und welche Arzneimittelrezepte eingelöst werden.

3.3 Einflussfaktoren

Faktoren, die auf Adhärenz Einfluss nehmen können, sind viele an der Zahl sowie individuell. Beim Erstellen eines allgemeingültigen, nicht krankheitsspezifischen Modells der Adhärenz bei chronischen Erkrankungen unterscheidet die World Health Organization (WHO) in 2003 fünf Dimensionen.

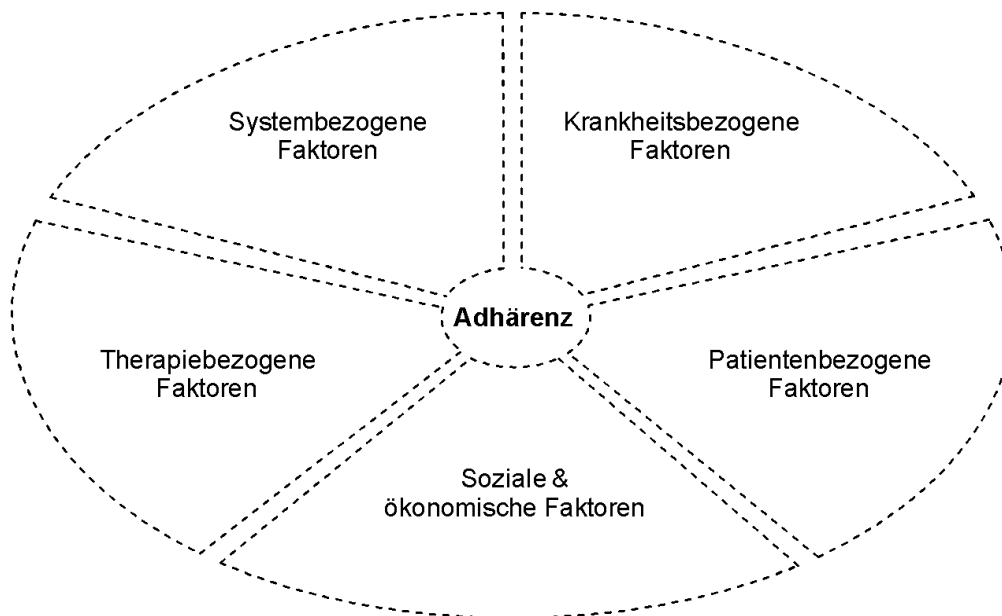


Abb. 3.3.1 Adhärenz beeinflussende Faktoren (vgl. Sabaté 2003: S. 27).

Faktoren aus diesen 5 Dimensionen sind im Folgenden hauptsächlich mit Bezug auf HI dargestellt.

Therapiebezogene Faktoren

HI ist chronisch und begleitet Betroffene das ganze Leben lang.

Der Symptomatik und dem Fortschreiten der Erkrankung kann (vor allem medikamentös und operativ) begegnet werden, letztendlich verläuft die HI jedoch progredient, von Exazerbationen begleitet bis zum Lebensende.

Die Therapie verläuft ebenso lange, im Ausmaß abhängig von der Progression und der erlebten Symptomatik. Wie bereits in Kapitel 2.4 erwähnt, kann die Behandlung zahlreiche Komorbiditäten und Folgeerkrankungen einschließen, was den Therapieplan komplexer gestaltet. Auch kann die HI-Therapie kardialer Dekompensation und Symptomatik folgend häufigem Wechsel unterworfen sein. Für Patienten ist dies eher von Nachteil, da sie den

Überblick über eine große Anzahl von zu beobachtenden und zu bewertenden Aspekten und Maßnahmen behalten müssen, was sich unabhängig von der zu betrachtenden Krankheit als negativ herausgestellt hat (vgl. Sabaté 2003: S. 30). Auch die schiere Anzahl an oraler Medikation, die durch HI und Komorbiditäten zustandekommen kann, kann den Willen der Betroffenen verringern, alle Medikamente einzunehmen (vgl. Frau H., pers. Komm., 27.07.2022 , siehe Anhang 5).

Vorteilhaft wirkt sich jedoch ein schneller Wirkungseintritt aus (vgl. Frau H., persönliche Kommunikation, 27.07.2022 , siehe Anhang 5).

Patienten mit guter Medikationsadhärenz weisen eine geringere Mortalität auf. Jedoch konnte auch eine Senkung der Mortalität bei plangemäßer Placeboeinnahme festgestellt werden. Dies kommt dadurch zustande, dass Patienten, die ihre Medikation nach Verordnung einnehmen, auch ihrer generellen Gesundheit mehr Beachtung zukommen ließen, was auch Healthy-Adherer-Effect genannt wird (Simpson et al. 2006).

Die Medikationseinnahme beeinflussend ist auch die Information von sowohl Patient als auch Hausarzt nach Ende eines stationären Aufenthaltes, in welchem Änderungen an der Medikation vorgenommen werden (vgl. Greißing et. al, 2016).

Gute Verfügbarkeit von therapeutischen Mitteln (vgl. Sabaté 2003: S. 30), aber auch Erreichbarkeit von Anlaufstellen mit professionellen Ansprechpartnern wirken sich positiv aus (vgl. Frau H., pers. Komm., 27.07.2022 , siehe Anhang 5).

Als potenziell problematisch gilt in der Praxis die ordnungsgemäße Einnahme von Diuretika: ihre Wirkung äußert sich in vermehrter, häufigerer Harnausscheidung. Diese wird von Patienten als anstrengend und, eher von älteren Patienten, kontinenzbeeinträchtigend erlebt, insbesondere, wenn dadurch der Harndrang nächtlich gesteigert wird (vgl. Frau H., persönliche Kommunikation, 27.07.2022 , siehe Anhang 5). Letzterem kann entgegengewirkt werden, indem der Einnahmezeitpunkt auf die erste Tageshälfte gelegt wird (vgl. Frau H., persönliche Kommunikation, 27.07.2022 , siehe Anhang 5).

Krankheitsbedingte Faktoren

Die Adhärenz ist auch von der erlebten Schwere der HI-Symptomatik abhängig - Patienten, die ausgeprägte Symptomatik verspüren, verhalten sich adhärenter als Patienten mit geringer ausgeprägter Symptomatik (vgl. Frau H., pers. Komm., 27.07.2022, siehe Anhang 5). Als besonders schwer empfunden werden die reduzierte körperliche Belastbarkeit und der oft daraus resultierende Rückzug aus dem sozialen Leben, da Familienangehörige und Freunde schwerer zu erreichen sind (vgl. Frau H., pers. Komm., 27.07.2022 , siehe Anhang 5). Bei berufstätigen Patienten stellt sich zudem die Frage, ob sie noch ihren Beruf ausüben können (vgl. Frau H., pers. Komm., 27.07.2022 , siehe Anhang 5).

Aktuell zeigt sich, dass an HI erkrankte Personen während der COVID-19-Pandemie zögerten, sich bei akuten Beschwerden an Gesundheitsdienstleister zu wenden (vgl. Deutsche Herzstiftung e. V. 2021: S. 16). Zudem haben Pat. mit HI und Hypertonie ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf sowie erhöhte Mortalität durch eine COVID-19-Infektion (vgl. Deutsche Herzstiftung e. V. 2021: S. 11, 15).

Ein allgemein wichtiger Hemmfaktor in der Adhärenz ist eine als Komorbidität vorliegende Depression (vgl. Sabaté 2003 S.30).

Soziale und ökonomische Faktoren

“Ein hoher Grad an Therapie-Adhärenz kann nur dann erzielt werden, wenn man den Patienten eng in die Therapieentscheidungen mit einbindet und ihm eine größere Therapieverantwortung überträgt. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, den Patienten [...] zu selbstverantwortlichem Umgang zu motivieren” (Güntner 2013: S. 35). In der Praxis zeigt sich, dass HI-Patienten Verantwortung in ihrer Therapie übernehmen möchten, und infolge dieser Verantwortungsübernahme ein besseres Outcome bezüglich ihrer Lebensqualität erleben (vgl. Frau H., pers. Komm., 27.07.2022 , siehe Anhang 5).

Dies ist jedoch nicht immer vollständig möglich. Gerade bei erhöhtem Alter macht sich kognitiver und funktioneller Abbau bemerkbar und erhöht das Risiko für schlechte Adhärenz (vgl. Sabaté 2003: S. 29). Weiter erhöht wird dieses Risiko durch komplexe Therapiepläne bei Komorbiditäten. Zur Unterstützung können, wenn vorhanden, Angehörige hinzugezogen werden (vgl. ÄZQ 2019: S. 36, Frau H., pers. Komm., 27.07.2022 , siehe Anhang 5).

Des Weiteren hat die Lesefähigkeit und das Bildungsniveau Einfluss auf die allgemeine Adhärenz (vgl. Sabaté 2003: S. 28); diese beeinflussen gegebenenfalls den Zugriff auf Informationsmaterial (vgl. Frau H., pers. Komm., 27.07.2022 , siehe Anhang 5).

Systembezogene Faktoren

Als wichtigster Förderfaktor hat sich eine gute Beziehung zwischen Patient und Therapeut herausgestellt (vgl. Sabaté 2003: S. 156, Frau H., pers. Komm., 27.07.2022 , siehe Anhang 5).

Nicht nur behandelnde Ärzte, sondern auch spezialisierte Herzinsuffizienz-Pflegeexperten, wie sie in Beratungsstellen der stationären Versorgungseinrichtungen eingesetzt werden, zählen hierzu (vgl. Frau H., pers. Komm., 27.07.2022 , siehe Anhang 5). Vorteilhaft sind feste Ansprechpartner, auch nach stationären Aufenthalten, und niedrige Hürden zur Kontaktaufnahme (vgl. Frau H., pers. Komm., 27.07.2022 , siehe Anhang 5).

Negativ äußern sich, nicht nur auf HI bezogen, unter anderem überlastetes Gesundheitspersonal, knappe Sprechzeiten, mangelnde Anregung zur Adhärenz sowie fehlendes Feedback zu geschehenen Veränderungen (vgl. Sabaté 2003: S. 29).

Nennenswert ist in diesem Kontext der Hawthorne-Effekt: Die Messung der Adhärenz selbst hat einen förderlichen Einfluss auf die Therapietreue von Patienten (Partridge 2002, zitiert nach Jaehde et al, 2017: S. 497).

Patientenbezogene Faktoren

Im Allgemeinen sind dieser Dimension z. B. Faktoren wie patienteneigene Ressourcen, Wissen, Wahrnehmung und Erwartungen zuzuordnen (vgl. Sabaté 2003: S. 30). Die Einstellung Betroffener gegenüber der Therapie spielt ebenfalls eine Rolle (vgl. Sabaté 2003: S. 30).

Eine Sprachbarriere zwischen Berater und Patient stellt eine insbesondere anfängliche Hürde in der Patienteninformation und -schulung dar. Hilfsmaterial ist in verschiedenen Sprachen erhältlich, eine umfassende, individualisierte Beratung ist jedoch erschwert (vgl. Frau H., pers. Komm., 27.07.2022, siehe Anhang 5). Angehörige oder Dolmetscher hinzuzuziehen ist in dieser Situation empfohlen, die praktische Umsetzung im Praxisalltag ist noch ausbaufähig (vgl. Frau H., pers. Komm., 27.07.2022, siehe Anhang 5). Nicht- oder fehlerhaftes Verstehen von geplanten therapeutischen Maßnahmen führt zu dem Ergebnis, dass die verordnete Therapie nicht optimal durchgeführt wird (vgl. Sabaté 2003: S.30).

Weiter erschwert wird die Situation dadurch, dass "Herzinsuffizienz, im Gegensatz zu beispielsweise einem Herzinfarkt oder Tumorerkrankungen, im Allgemeinwissen der Gesellschaft nicht verankert ist - das führt dazu, dass Erkrankte zunächst wenig mit der [neu erhaltenen] Diagnose anfangen können, und dieser auch nicht viel Bedeutung beimessen" (vgl. Frau H., pers. Komm., 27.07.2022, siehe Anhang 5). Dies ziehe sich durch bis zur erlebten Verschlechterung der gesundheitlichen Situation (vgl. Frau H., pers. Komm., 27.07.2022, siehe Anhang 5).

Nehmen Betroffene hingegen eine zeitnahe Verbesserung ihres Gesundheitszustandes wahr, fördert das ihr Gesundheitsverhalten (vgl. Frau H., pers. Komm., 27.07.2022, siehe Anhang 5).

Auch äußere, nicht beeinflussbare sowie hilfsmittelbezogene Faktoren spielen eine Rolle. Beispielsweise stellt eine vorübergehend kaputte Waage eine erzwungene Unterbrechung der täglichen Gewichtskontrolle dar (Frau H., pers. Komm., 27.07.2022, siehe Anhang 5).

Im Gegensatz zum stationären Bereich ist in der häuslichen Umgebung nicht permanent Fachpersonal als Kontrollinstanz und durchgehend anwesender Ansprechpartner vorhanden. Das Wissen, dass immer jemand erreichbar ist, reduziert den Belastungsdruck bei subjektiv

geringer wahrgenommener Verantwortung für die eigene Situation (vgl. Frau H., pers. Komm., 27.07.2022, siehe Anhang 5). Hierfür besteht eine ausbaufähige Chance des Telemonitorings (vgl. Frau H., pers. Komm., 27.07.2022, siehe Anhang 5).

4. Das Modell der Salutogenese

Die Interviewergebnisse werden nach dem salutogenetischen Modell Aaron Antonovskys dargestellt. A. Antonovsky stützt das Modell auf zwei Grundannahmen - erstere, dass "Krankheiten eine normale Erscheinung im menschlichen Leben sind und nicht Abweichungen von der Normalität" (Franke, 2012: S.170). Die Zweite lautet: Gesundheit und Krankheit sind Pole eines gemeinsamen Kontinuums (vgl. Franke, 2012: S. 170).

Die Verwendung des Modells der Salutogenese bei Themen der chronischen Erkrankung ist insbesondere dadurch sinnvoll, dass Gesundheit und Krankheit nicht als statisch gegenüber gestellte Zustände angesehen werden - stattdessen geht Antonovsky von einem Gesundheits- und Krankheitskontinuum (im Original HEDE-Kontinuum, die zweite Grundannahme) aus, zwischen dessen Polen sich ein Mensch immerzu bewegt. Gesundheit und Krankheit (ko-)existieren demnach zu jedem Zeitpunkt in jedem Menschen. Auch der Tod wird als Bestandteil des Lebens betrachtet (vgl. Franke, 2012: S. 170 ff).

Zu Lebzeiten sind Menschen durchgehend einer Flut von Stimuli ausgesetzt, die Anpassungsleistungen und aktive Bewältigung erfordern (vgl. Franke, 2012: S. 171).

Diese Punkte sorgen für die Kategorisierung des Modells als dynamisches Modell.

Dadurch unterscheidet es sich von der in der Medizin gängigen Perspektive, die Gesundheit als Normalzustand, und Krankheit als zu behebendes Problem betrachtet.

4.1 Stressoren und Ressourcen

Der Gesundheitszustand eines Menschen wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Diese werden Widerstandsressourcen und Stressoren genannt. Diese sind in Tabelle 4.1.1 beschrieben.

Tab. 4.1.1: *Natur der salutogenetischen Ressourcen und Stressoren (vgl. Franke, 2012: S. 172-174, 177).*

Stressoren	generalisierte Widerstandsressourcen (Generalized Resistance Resources,
------------	--

	GRRs)
<ul style="list-style-type: none"> - Bewegung zum negativen, zum Krankheitspol - "Anforderungen, auf die der Organismus keine direkt verfügbaren oder automatisch adaptiven Reaktionen hat" (Franke 2012: S. 173) - allgegenwärtig - "können als erfreulich begrüßt, oder potentiell gefährdend bewertet werden" - erfolgreiche Stressbewältigung -> gesundheitsfördernde Konsequenzen 	<ul style="list-style-type: none"> - Bewegung zum positiven, zum Gesundheitspol - ermöglichen konstruktiven Umgang mit Stressoren - sowohl in Betroffenen als auch deren Umgebung anzutreffen - gesellschaftlich, individuell (kognitiv, psychisch, physiologisch), ökonomisch und materiell

4.2 Kohärenzgefühl

Aus der Erfahrung mit Stressoren und deren Bewältigung, oder deren schieren Unbewältigbarkeit, entsteht das **Kohärenzgefühl**, im Original Sense of Coherence (SoC) (vgl. Franke 2012: S. 174).

Am erfahrungsabhängigen SoC orientiert sich die Platzierung eines Menschen auf dem HEDE-Kontinuum. Es setzt sich wiederum aus drei Komponenten zusammen:

- **Verstehbarkeit**

Externe Stimuli werden als kognitiv verständlich wahrgenommen. Zukünftige Stimuli werden als vorhersehbar oder zumindest einordenbar und erklärbar erwartet. Erfahrungsbezogene Konsistenz ist der Ausprägung dieser Komponente förderlich.

- **Handhabbarkeit**

Pragmatischer Umgang mit den verfügbaren Ressourcen, um den Stressoren zu begegnen. Hierzu zählen neben eigenen Kompetenzen auch die der 'legitimierten anderen': verlässliche Personen im Umfeld eines Menschen, denen

vertraut wird und auf die man zählen kann. Gestärkt wird das Gefühl der Handhabbarkeit durch eine ausgeglichene Balance zwischen Über- und Unterforderung.

- Bedeutsamkeit

Bedeutsamkeit ist der motivationale Aspekt des SoC. Das Ausmaß, „in dem eine Person das Leben als sinnvoll empfindet und in welchem sie erlebt, dass wenigstens einige der ihr gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet“ (Franke 2012: S. 176). Gestärkt wird dieses Gefühl durch den Eindruck, imstande dazu zu sein, Veränderungen bewirken zu können.

(vgl. Franke 2012: S. 175 ff)

Das Modell der Salutogenese umfasst noch weitere Elemente, diese werden jedoch für die Darstellung der Interviewergebnisse vor dem Fokus der Arbeit nicht benötigt. Entsprechend wird die Beschreibung des Modelles auf die benötigten Aspekte gekürzt.

5. Methodik

Um herauszufinden, welche Bedeutung es hat, dass Menschen mit chronischer HI ihre Therapie als sinnvoll empfinden, wurde ein qualitatives Interview geführt.

Das Vorgehen ist hierbei induktiv - unter Betrachtung der Gesamtsituation sollen Aspekte im Gesundheits- und Krankheitsverhalten eruiert werden, die von Betroffenen als sinnvoll wahrgenommen werden. Ebenso soll die jeweilige dahinterstehende Begründung gefunden werden. Daten wurden hierfür im Rahmen eines narrativen Interviews mit einer an chronischer HI erkrankten Person erhoben. Die narrative Interviewform wurde gewählt, da die Fallstudie rekonstruktiv und bio-/pathografisch nach Schrems (2022: S. 141) ausgerichtet ist.

Diese wird folgendermaßen definiert:

“Die bio-/pathografische Fallarbeit ist der reflexive Umgang mit der Lebens- und Krankengeschichte. Biografie als die Beschreibung des Lebens ist identitätsstiftend und dient als Interpretationshintergrund für aktuelle Ereignisse, wie z. B. dem der Krankheit. In der Pflege stehen dabei das Subjekt und die Krankheit als lebensgeschichtliches Ereignis im Vordergrund.” (Schrems 2022: S. 143).

Hierfür sind krankheitsbezogene lebensgeschichtliche Daten wichtig. Beispielsweise werden lebensgeschichtliche Erfahrungen, erlebtes Krankheitsausmaß sowie deren Bewältigung erhoben. Die Fragestellung erfordert demnach ein gewisses Maß an biografischer Selbstreflexion bei der an HI erkrankten Person.

In der bio-/pathografischen Arbeit beschäftigt sich der Interviewpartner reflektiv und kontextbezogen mit dem Verlauf seiner Erkrankung. Im Rahmen seiner bisherigen biografischen Entwicklung, seiner aktuellen Situation und seines Entwicklungshorizontes wird deren Auswirkung auf die Gesamtsituation eruiert (vgl. Detka 2010 S. 250f). So können durch Biografiearbeit Ressourcen und Stressoren der Interviewten herausgearbeitet werden.

Die für das Interview ausgewählte Person soll bestimmte Kriterien erfüllen, welche in Tabelle 5.1 dargestellt sind.

Tab. 5.1: Kriterien zur Auswahl der zu interviewenden Person.

- Ein gewisses Level an Autonomie im Alltag, nach folgenden Kriterien:
Die betroffene Person lebt
 - in der eigenen häuslichen Umgebung
 - im betreuten Wohnen
 - mit Unterstützung von Angehörigen/ambulanten Dienst,ist jedoch imstande, verordnete therapeutische Maßnahmen selbstbestimmt und zumindest überwiegend selbständig in den Alltag zu integrieren.
- Sie hat die Diagnose 'chronische Herzinsuffizienz' erhalten und bereits subjektiv deutliche Symptome wahrgenommen.
- Sie hat bereits professionelle Hilfe zur Bewältigung der HI im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes mit HI als Haupt-/Nebendiagnose oder durch Aufsuchen professioneller Beratungsstellen wahrgenommen.
- Sie ist imstande, am Interview teilzunehmen, das über eine Dauer von ca. 30-45 Minuten stattfindet.

Der theoretische Teil der Arbeit wird durch ein semistrukturiertes Experteninterview gestützt. Für den Interviewleitfaden siehe auch die Transkription des Experteninterviews in Anlage 5. Die hinzugezogene Expertin hat eine Weiterbildung zur Pflegeexpertin für Menschen mit Herzinsuffizienz absolviert und ist auch beruflich in der Beratung an HI erkrankter Menschen tätig.

Die Interviews wurden digital über Zoom Meetings durchgeführt und transkribiert. Die angedachte Dauer beider Interviews lag bei 30 Minuten. Dies deckt sich ungefähr mit der tatsächlichen Interviewzeitspanne. Diese lag, ohne Begrüßung, Einleitung und Verabschiedung, beim Patienteninterview bei 27 Minuten und beim Experteninterview bei 25 Minuten. Beim Experteninterview kam es aufgrund schlechter Internetverbindung zu einem Verlust der Aufzeichnung innerhalb der ersten 10 Minuten des Interviews. Infolgedessen wurde auf handschriftliche Notizen zurückgegriffen.

Nach Ende des Patienteninterviews teilte die interviewte Person in der Phase der Verabschiedung Informationen mit, die für die Auswertung relevant waren. Es handelte sich hierbei unter anderem um die auslösende Erkrankung. Diese Informationen wurden

unmittelbar nach Interviewende aus dem Gedächtnis handschriftlich protokolliert. Anschließend wurden die Daten des Patienteninterviews nach einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse aufbereitet.

Die Ergebnisse des Patienteninterviews werden im salutogenetischen Kontext dargestellt. Zur Darstellung des Interviews eignet sich das Modell der Salutogenese insbesondere durch die hohe Gewichtung des multifaktoriell bedingten Patientenempfindens. Zudem ist der Aspekt der Sinnhaftigkeit als ein zentraler Bestandteil des Modells vertreten.

Die Literatursuche für den theoretischen Teil erfolgte mit der Schneeballmethode, ausgehend von der aktuellen Nationalen Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz (2019).

6. Interviewauswertung

Interviewpartnerin ist Frau W., 57 Jahre alt, welche die Diagnose Herzinsuffizienz (HI) im Februar 2020 erhielt.

Auslöser der chronischen Herzinsuffizienz Frau W.s ist eine langjährige Hypertonie. Zuerst machte sich die HI in Form von Leistungsminderung, chronischer Erschöpfung, sowie deutlich sichtbaren Ödemen im Bauchraum und an den Beinen erkenntlich.

“Ich wurde immer dicker und dicker, konnte schlechter laufen, habe schlecht Luft bekommen [...].

Und es wurde immer schlimmer, dann bin ich zu meiner Hausärztin. Die hat mich direkt ins Krankenhaus eingewiesen, und da wurde festgestellt, es liegt am Herz. Das Herz schlägt nur noch mit 20%, statt 60%.“ (Frau W., pers. Interview, Nürnberg, 03.6.2022, siehe Anhang 6⁵)

Die Veränderung des Körperbildes durch Ödeme bezeichnete Frau W. als besonders belastend: “Ich wurde immer dicker und dicker [...], und [habe] mir gedacht, dass muss wieder weggehen, irgendwie, und dann Diät gehalten.”

Damit hat Frau W. typische Symptome der Herzinsuffizienz ausgeprägt erlebt, jedoch hatte sie diese, in eigener Aussage, “nie einordnen können auf was”. Im Sinne dessen war gemeint, die Symptome nicht zusammenhängend - weder miteinander, noch mit der ihr damals unbekanntem Grunderkrankung - wahrgenommen zu haben.

Zu den Ödemen kam ein Zustand chronischer Erschöpfung: “Ich habe mittags zwei Stunden schlafen müssen, damit ich fit bleibe.“ Das beeinträchtigte ihre Arbeitsleistung und führte zu

⁵ Im Folgenden sind alle mit Anführungszeichen gekennzeichneten Zitate aus diesem Interview entnommen. Alle Informationen in diesem Kapitel, sofern nicht anders vermerkt, entstammen dem Patienteninterview in Anhang 6.

vermehrten krankheitsbedingten Ausfällen.

Nach Erhalt der Diagnose, und im Zug der Patientenberatung, nahm Frau W. Änderungen an ihrem Lebensstil vor, die von ihr bis heute nahezu unverändert verfolgt werden.

So schränkte sie innerhalb weniger Tage ihren Nikotinkonsum signifikant ein (von 10 Zigaretten/Tag auf 2-3 Zigaretten/Tag), und war nach zwei Tagen des reduzierten Konsums mit zusätzlichem Nikotinpflaster imstande, den Nikotinkonsum komplett einzustellen, ohne bisher einen Rückfall zu erleiden.

Ihr Arbeitgeber bot ihr an, nachdem sie die Diagnose weitergeleitet hatte, mit einer Abfindungszahlung in die Frührente zu gehen. Dieses Angebot nahm Frau W. an.

Die dadurch verfügbar gewordene Zeit nutzte Frau W., um sich einen möglichst gesundheitsfördernden Lebensstil anzueignen: Sie übernahm etwa das Gassigehen mit dem familieneigenen Hund, um regelmäßig körperlicher Bewegung nachzugehen. "Sport an sich, Fitnessstudio, und Joggen und Rennen kann ich natürlich nicht mehr. Aber mit unserem Hund P., das ist alles gut".

Zudem begann sie, täglich für ihren Mann zu kochen. Dadurch hatte sie auch Kontrolle über ihre eigene Ernährung. "Ich hab mich vorher ganz gut ernährt, aber jetzt bewusster. Früher habe ich meist nur abends gegessen, und jetzt dreimal am Tag, wirklich."

Mehrere Faktoren erleichterten es ihr, sich bewusster zu ernähren. Ein großer Faktor war anfänglich ihre Mutter, zu der sie eine gute Beziehung hatte. Zudem konnte sie Informationen aus der HI-Beratung mit vorher bekannten Allgemeinwissen verknüpfen. "Ich wusste so aus Medien und Erfahrung, gesunde Ernährung. Man weiß ja, gesund ernähren ist gut."

Die Einnahme der Medikation hat Frau W. mit den Mahlzeiten verknüpft, wie sie in Folge beschreibt: "Das sind meine Tabletten (Anm. der interviewenden Person: die Tablettenschachtel wurde von Frau W. emporgehalten). Ich nehme am Tag acht Tabletten ein. Die ersten 6 nehme ich beim Frühstück, nach dem Frühstück ein, und die anderen beiden nach dem Abendessen. Und eine noch, alle zwei Wochen. Und ich merke auch, wenn ich einmal meine Tabletten früh vergessen habe, dann denke ich mir nachmittags, Ach, die hab ich vergessen, Mensch."

Die körperliche Belastbarkeit konnte knapp ein halbes Jahr nach Diagnoseerhalt durch ein implantiertes Gerät deutlich gesteigert werden:⁶ "Und dann, 2020 im August/September wurden Defi[brillator] und Optimizer eingesetzt. Und damit ging es mir körperlich besser. Ich bin zwar noch ein bisschen müde und körperlich schlapp. Aber seitdem diese Geräte in mir sind, werde ich stärker, und stärker, und belastbarer, aber nicht so, dass ich sagen könnte 100%.". Zuvor stellte die Reduktion an körperlicher Belastbarkeit die deutlichste

⁶ Bedarf bestand aufgrund einer HI-induzierten Herzrhythmusstörung.

Einschränkung für Frau W. dar.

In Tabelle 6.1 sind die Ressourcen und Stressoren Frau W. dargestellt, die aus ihren Antworten eruiert werden konnten.

Tab. 6.1: Frau W.s aktuelle Widerstandsressourcen und Stressoren, angewandt nach Antonovsky (vgl. Franke 2012: S. 172-174, 177, Frau W., pers. Interview, Nürnberg, 03.06.2022, siehe Anhang 6).

Ressourcen	Stressoren
<p><u>Gesellschaftlich</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • gute soziale Einbindung Familienangehörige: Mutter (verstorben im Februar 2022), Ehemann, Kinder, Enkel, Hund, Vertrauensvolle Therapeutenbeziehung <p><u>Individuell</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • kognitiv: wahrgenommene Verbesserung des Gesundheitszustandes • psychisch: Achtsamer Lebensstil, optimistische Lebenseinstellung, sinnvolle Beschäftigung • physiologisch: vollständig erhaltene körperliche Mobilität, erhöhte Belastbarkeit, keine medikationsbedinten Nebenwirkungen • ökonomisch & materiell: keine finanziellen Sorgen durch ausreichende Rente und Abfindungszahlung zum frühen Renteneintritt 	<p><u>Aktuell</u></p> <p>Kürzlicher Tod der Mutter, Restsymptomatik der Herzinsuffizienz, Kürzlicher Umzug mit Veränderung des sozialen Umfeldes</p> <p><u>Ehemalig</u></p> <p>Arbeitsbedingter Zeitmangel/Stress, Zustand der Dauererschöpfung, Veränderung des Körperbildes durch Ödeme</p>

Auffällig war, dass Frau W. sich enthusiastisch am Interview beteiligte, sobald ihr soziales Umfeld zur Sprache kam. Fragen, deren Antwort Familienangehörige beinhalteten, wurden

von ihr mit offen gezeigter Freude, welche nonverbal über den Gesichtsausdruck, ausladende Gestik und umfassendere Antworten ersichtlich wurde, beantwortet.

Die konkreten therapeutischen Maßnahmen, über die Frau W. berichtet, sind in ihrer Durchführung mit mindestens einem Mitglied ihres sozialen Umfeldes verknüpft.

Dieses soziale Umfeld besteht im Kern aus Frau W.s Mann, einem Sohn, und zwei Enkeln, die aus der ersten Ehe ihres Mannes stammen. Ergänzt wird die Familie durch einen Hund. Frau W. pflegte zudem eine sehr gute Beziehung mit ihrer Mutter. Frau W. benannte sie als den größten positiven Einflussfaktor: "Am meisten unterstützt hat mich meine Mama." Diese plante zusammen mit Frau W. deren Mahlzeiten und kochte regelmäßig mit ihr. "Wir haben dann mittags um die Wette gekocht." Frau W. nimmt das als deutliche Verbesserung im Vergleich zum vorherigen Zustand wahr: "Und als ich früher nur im Büro war, da hab ich nur ab und bei gegessen, wenn dann auch noch Stress war, und ich war ja auch am Computer... Das mache ich heute nicht mehr. Ich esse bewusst."

Dies, wie auch die auf das Essen bezogenen, positiven Rückmeldungen von Frau W.s Ehemann erleichterten es ihr, die Ernährung umzustellen. "Ich hab mich vorher ganz gut ernährt, aber jetzt bewusster. Früher habe ich meist nur abends gegessen, und jetzt dreimal am Tag [...] Und ich koche und backe auch noch sehr gerne, und das mache ich auch gern, und das tue ich auch. Und mein Mann genießt das." Frau W.s medikamentöse Adhärenz profitiert ebenfalls von ihrer sozialen Einbindung. Dadurch, dass sie sich auch darum kümmert, dass ihr Ehemann seine Medikation einnimmt, denkt sie an die ihre: "[...] mein Mann nimmt früh auch zwei Tabletten. Und, sagen wir mal so, ich muss ihn eher daran erinnern als er mich."

Im Januar 2022 zogen Frau W. und ihr Ehemann circa 200 Kilometer von ihrem bisherigen Wohnort in den von Frau W.s Mutter mit dem Ziel, mehr Zeit mit ihr verbringen zu können. Bisher hat Frau W. in der betreffenden Stadt noch keine soziale Anbindung in der Art von Freundinnen, wie sie es aus ihrem alten Wohnort gewohnt war.

Im Februar 2022 verlor Frau W. zusätzlich mit dem unerwarteten Tod ihrer Mutter eine zentrale Figur ihres Lebens. Aktuell leistet sie deshalb noch Trauerarbeit.

Als positiver Faktor zu Beginn der Therapie ist Frau W.s Vertrauen gegenüber ihrer Kardiologin Dr. S. und der professionellen HI-Beraterin Frau H. zu nennen. Insbesondere die gute Erreichbarkeit letzterer half Frau W. bei auftretenden Unsicherheiten, etwa bei Fragen zum Verlauf ihrer Hypertonie.

Auf die direkte Frage, ob die Therapie ihr zu mehr Lebensqualität verholfen habe, antwortete Frau W.: "Das hat sie. Weil ich mehr Elan hatte danach. Nach einem halben Jahr, wo ich fast nichts mehr konnte. Ich hab mittags zwei Stunden schlafen müssen, damit ich fit bleibe." Zu späterem Zeitpunkt im Interview äußerte sie: "Manches hat sich gebessert. Ich gehe mehr

raus, und wenns nur anderthalb Stunden ist. Früher war ich im Büro, von 8 bis 18 Uhr, und Bewegung war nicht viel.“ Sie hat demnach positive Erfahrungen mit der empfohlenen Therapie gemacht.

An mehrfacher Stelle sprach Frau W. Achtsamkeit als eine dazugewonnene neue Lebenseinstellung an. Nach Auseinandersetzung mit ihrer Diagnose und den dadurch angestoßenen existenziellen Veränderungen sei es ihr wichtig, das Leben zu genießen. Hierbei benennt sie insbesondere das Essen sowie die Zeit mit ihrer Familie. Häufig verwendet sie zur Beschreibung ihres Lebensstils das Wort “bewusst”.

Eine positive Grundeinstellung zum Leben hatte Frau W. vor der Erkrankung. An diesem hat sich laut ihrer Aussage nichts geändert: “Immer noch optimistisch. Ich will noch leben. Ich sag mal so, so 20, 30 Jahre wären schon schön.“ Gleichzeitig ist sie sich dessen bewusst, dass sie Exazerbationen nicht vollständig verhindern kann. Entsprechend plant sie kurzfristige Ziele in ihrem Leben ein, wie hier deutlich wird: “Kurzfristig freue ich mich auf den Urlaub mit den Kindern meines Mannes, da sind meine Enkelkinder dabei. Es wird eine Woche Urlaub Ostsee. Und langfristig.. weiß ich nicht. Ich plane eigentlich nicht langfristig. Es kann morgen vorbei sein.”

Frau W. bejaht, sich sinnvoll beschäftigen zu können. Neben den ausgedehnten Kochzeiten ist die körperliche Bewegung von großer Bedeutung: “Am liebsten gehe ich vormittags gern eineinhalb Stunden mit unserem Hund spazieren.”

Außerdem nahm sie Hobbies wieder auf, die sie seit ihrer Jugend nicht mehr durchgeführt hatte: Handwerksarbeiten wie das Häkeln. Während ihres Arbeitslebens hatte sie dafür laut eigener Aussage weder Zeit noch Lust.

Bezüglich ihres physischen Gesundheitszustandes äußerte Frau W., sie fühle sich immer noch schneller erschöpft als vor wenigen Jahren. Im Vergleich zu den Monaten vor Diagnoseerhalt sei ihr Zustand aber weitaus besser. Für die Bewältigung des neuen Alltags reiche ihr aktuell ein kurzer Mittagsschlaf: “[...] mit unserem Hund P., das ist alles gut, dann komme ich nach Hause, mache unser Mittagessen, dann eine Stunde Ruhe auf dem Sofa, und dann gibt es noch was, Kaffeetrinken, und dann gibts Abendessen.”

Wird Frau W.s aktueller Gesundheitszustand über das etablierte Assessmentinstrument der NYHA-Klassifikation beurteilt, befindet sie sich im Stadium II, veranschaulicht in Abbildung 6.1.

NYHA-Stadium	Subjektive Beschwerden bei HI
I	Herzkrankheit (objektiver Nachweis einer kardialen Dysfunktion) ohne körperliche Limitation
II	Beschwerden bei mindestens mittelschwerer körperlicher Belastung (z.B. zwei Stockwerke Treppensteigen)
III	Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung (z.B. ein Stockwerk Treppensteigen)
IV	Beschwerden in Ruhe

Abb. 6.1: Aktuelle Symptomatik in der New York Heart Association-Scale (NYHA-Klassifikation) (vgl. Amboss GmbH 2022 Sektion: Stadien, Franke 2012: S. 172-174, 177, Frau W., pers. Interview, Nürnberg, 03.06.2022, siehe Anhang 6).

Zu Ende des Interviews wurde Frau W. gebeten, sich selbst auf einer Grafik mit Gesundheit am einen und Krankheit am anderen Ende zu verordnen. In der Abbildung 6.2 ordnete Frau W. ihren aktuellen Gesundheitszustand “[...] grad noch im vorderen Drittel“ ein.



Abb. 6.2 Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes. Aussage: “[...] grad noch im vorderen Drittel.”

Dass der Gesundheitszustand (trotz schwerwiegender chronischer Erkrankung) als überwiegend gut eingeschätzt wird, liegt an folgenden Umständen:

- Geringe wahrnehmbare latente Einschränkung im alltäglichen Leben
- Merkbare Verbesserung im Vergleich zum Zustand vor Erhalt der Diagnose im Februar 2020
- Grundlegende optimistische Einstellung
- Ressourcenreichtum
- Stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl

7. Zusammenfassung und Ausblick

Frau W. empfindet aus verschiedenen Gründen therapeutische Maßnahmen als sinnvoll und erstrebenswert. Diese Gründe umfassen den Bezug zu bereits vorhandenem Wissen (siehe gesunde Ernährung), vermehrte Freude an den einzelnen Handlungen (siehe Spaziergänge mit dem Familienhund und Kochen) und die Aussicht auf eine länger währende Zeit hoher Lebensqualität, die sie mit ihrer Familie verbringen kann.

Zusammen führen sie zu einem hohen Maß an Adhärenz. Das soziale Umfeld Frau W.s wurde als größter Förderfaktor eruiert.

Im vorgestellten Fall handelt es sich um eine Einzelfallbetrachtung. Um das Resultat der hohen Therapietreue zu wiederholen, würde ein Patient mit einem vergleichbaren Maß an Autonomie und Ressourcen benötigt werden.

Bei der Gestaltung der zukünftigen flächendeckenden ambulanten Versorgung von Menschen mit HI besteht die Digitalisierung als Chance (Telemedizin, Fernmonitoring; vgl. Frau H., pers. Komm., 27.07.2022, siehe Anhang 5).

Zudem existieren bereits auf das Krankheitsbild spezialisierte Angebote: Herzinsuffizienzberatungsstellen oder gar -zentren (Heart failure Units), in welchen eine umfassende Beratung durch professionelle Kräfte stattfindet sowie professionelle Betreuung im Akutfall geleistet werden kann (vgl. Frau H., pers. Komm., 27.07.2022, siehe Anhang 5). Dafür werden auf Herzinsuffizienz spezialisierte Kardiologen sowie Pflegeexperten für Menschen mit Herzinsuffizienz benötigt.

Edelmann et al. empfahlen in 2018, dass "alle Patienten mit Herzinsuffizienz [...] in strukturierte Programme (zum Beispiel Disease-Management-Programme) eingebunden werden" sollen. Dies ermögliche bei Patienten mit schlechter Prognose eine intensiver gestaltete Versorgung, zum Beispiel durch spezialisierte Pflegekräfte oder telefonische Betreuung (Edelmann et al. 2018).

Für Betroffene, die über ein noch hohes Maß an Autonomie verfügen, können etwa Selbsthilfegruppen unterstützend bei der Bewältigung der Anforderungen durch HI dienen. Der Austausch und die Zugehörigkeit zu einer Gruppe von Menschen in ähnlichen Situationen könnten sich als Teil des sozialen Umfeldes positiv auf die Therapietreue auswirken.

Quellenverzeichnis

AMBOSS Gmbh AMBOSS GmbH: *Kapitel: Herzinsuffizienz, Sektion: Komplikationen*. [online] Kapitel zuletzt aktualisiert am: 28.06.2022; Kapitel zitiert am: 30.08.2022 um 14:00 Uhr.

<https://www.amboss.com/de/wissen/Herzinsuffizienz#Z1a02b8570f8f2370b186aa85d5d41e88>

AMBOSS Gmbh AMBOSS GmbH: *Kapitel: Herzinsuffizienz, Sektion: Stadien*. [online] Kapitel zuletzt aktualisiert am: 28.06.2022; Kapitel zitiert am: 30.08.2022 um 14:00 Uhr.

<https://www.amboss.com/de/wissen/Herzinsuffizienz#Z1a02b8570f8f2370b186aa85d5d41e88>

AMBOSS Gmbh AMBOSS GmbH: *Kapitel: Herzinsuffizienz, Sektion: Symptome/Klinik*. [online] Kapitel zuletzt aktualisiert am: 28.06.2022; Kapitel zitiert am: 30.08.2022 um 14:00 Uhr.

<https://www.amboss.com/de/wissen/Herzinsuffizienz#Z1a02b8570f8f2370b186aa85d5d41e88>

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) 2019: *Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Chronische Herzinsuffizienz*. 3. Auflage, Version 3

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-006l_S3_Chronische_Herzinsuffizienz_2021-09_01.pdf [online] zuletzt aufgerufen am: 30.08.2022

Biykem, B, Coats, A, Tsutsui, H, Abdelhamid, CM, Adamopoulos, S, Albert, N, Anker, SD, Atherton, J, Böhm, M, Butler, J, Drazner, MH, Felker GM, Filippatos, G, Fiuzat, M, Fonarow, GC, Gomez-Mesa, J-E, Heidenreich, P, Imamura, T, Jankowska, EA, Januzzi, J, Khazanie, P, Kiugawa, K, Lam, CSP, Matsue, Y, Metra, M, Ohtani, T, Piepoli, MF, Ponikowski, P, Rosano, GMC, Sakata, Y, Seferović, P, Starling, RC, Teerlink, JR, Vardeny, O, Yamamoto, K, Yancy, C, Zhang, J, Zieroth, S 2021: *Position Paper Universal definition and classification of heart failure: a report of the Heart Failure Society of America, Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, Japanese Heart Failure Society and Writing Committee of the Universal Definition of Heart Failure*. *European Journal of Heart Failure* 2021; 23: 3. <https://doi.org/10.1002/ejhf.2115>.

Brenner, S; Störk, S; Angermann, CE 2009: *Behandlung der chronischen Linksherzinsuffizienz*. H.Haller (Hrsg.). Hannover: Springer Medizin Verlag. In: *Der Internist* 2009; 12: 50: 1325-1336. DOI 10.1007/s00108-009-2466-z.

Deutsche Herzstiftung e. V. (Hrsg.) 2021: *Deutscher Herzbericht 2020. Sektorenübergreifende Versorgungsanalyse zur Kardiologie, Herzchirurgie und Kindermedizin in Deutschland*. Frankfurt am Main.

Detka, C 2010. *Bibliografische Arbeit in Krankheitsprozessen*. Weinheim: Beltz Juventa Verlag. In *Zeitschrift der Soziologie der Erziehung und Sozialisation (ZSE)*. ISSN 1436-1957. 2010:3:248.

Edelmann, F, Knosalla, C, Mörike, K, Muth, C, Prien, P, Störk, S 2018. *Chronische Herzinsuffizienz/Clinical practice guideline: Chronic heart failure*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 2018 115: 124-30; DOI: 10.3238/arztebl.2018.0124.

Franke, A 2008. *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Göttingen: Hans Huber Verlag. 3. überarbeitete Auflage 2012. ISBN: 978-3-456-85120-4

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2022a): *Tabelle (gestaltbar) Sterbefälle, Sterbeziffer, Ränge, Anteile der häufigsten Todesursachen*. [online] Abrufdatum: 27.07.2022.

https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gastd&p_aid=10502517&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=516&p_indsp=4065&p_ityp=H&p_fid=

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2022b): *Krankheitskosten in Mio. € für Deutschland. Gliederungsmerkmale: Jahre, Alter, Geschlecht, ICD-10*. Zuletzt aktualisiert: 27.07.2022 [online] zuletzt aufgerufen am: 27.08.2022.

https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_set_hierlevel?p_uid=gast&p_aid=90866992&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=63&p_ansnr=13985218&p_version=3&p_dim=D.946&p_dw=14360&p_direction=drill

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (o.D.): *Lebenszeitprävalenz zu Herz-Kreislaufkrankungen in Prozent nach Alter, Geschlecht und sozialer Schicht, 2002/2003*. [online] zuletzt aufgerufen am: 27.08.2022.

https://www.gbe-bund.de/gbe/ergebnisse.prc_tab?fid=9779&suchstring=Pr%C3%A4valenz_Herzinsuffizienz&query_id=&sprache=D&fund_typ=TAB&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=1&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=84401777&hlp_nr=3&p_janein=J

Greißing, C; Buchal, P; Kabitz, HJ; Schuchmann, M; Zantl, N; Schiek, S; Bertsche, T 2016: *Medikation und Adhärenz nach stationärer Entlassung Eine prospektive Interventionsstudie zur Vermeidung potenziell gefährdender Medikationsumstellungen*. In: Deutsches Ärzteblatt 2016: 113: 749-56. DOI: 10.3238/arztebl.2016.0749.

Güder G; Ertl, G; Angermann, C 2020: *Diagnostik und Therapie der chronischen Herzinsuffizienz. Update 2020*. In: Herz Cardiovascular Diseases - Herz 2020. <https://doi.org/10.1007/s00059-019-04877-z>

Güntner, S 2013: *Effekte von Komorbidität und Pharmakotherapie auf die Langzeitprognose chronisch herzinsuffizienter Patienten - eine prospektive Kohortenstudie*. Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der medizinischen Fakultät der Julius-Maximilians-Universität Würzburg. https://opus.bibliothek.uni-wuerzburg.de/opus4-wuerzburg/frontdoor/deliver/index/docId/9051/file/guentner_stephan_herzinsuffizienz.pdf

Holstiege, J; Akmatov, MK; Steffen, A; Bätzing, J 2018: *Versorgungsatlas 2018: Prävalenz der Herzinsuffizienz- bundesweite Trends, regionale Variationen und häufige Komorbiditäten. Bericht Nr. 18/09*. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) (Hrsg.). DOI: 10.20364/VA-18.09

Jaehde, U; Kloft, C; Radziwill, R 2017. *Klinische Pharmazie: Grundlagen und Anwendung*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart. 4. Auflage 2017. ISBN: 978-3-8047-3223-0.

Neumann, T; Biermann, J; Neumann, A; Wasem, J; Ertl, G; Dietz, R; Erbel, R 2009: *Herzinsuffizienz Häufigster Grund für Krankenhausaufenthalte – Medizinische und ökonomische Aspekte*. In: Deutsches Ärzteblatt 2009; 106(16): 269–75. DOI: 10.3238/arztebl.2009.0269

Nowossadeck, E 2012: *Demografische Alterung und stationäre Versorgung chronischer Erkrankungen*. in: Deutsches Ärzteblatt 2012. 109(9): 151–7. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0151

Overbeck, P 2021. *Erste "universelle Definition der Herzinsuffizienz" vorgestellt*. Springer Medizin Verlag GmbH. Auf [Kardiologie.org](https://www.kardiologie.org/herzinsuffizienz/erste--universelle-definition-der-herzinsuffizienz--vorgestellt/18964346#) [online] zuletzt abgerufen am: 20.08.2022. <https://www.kardiologie.org/herzinsuffizienz/erste--universelle-definition-der-herzinsuffizienz--vorgestellt/18964346#>

Pöttsch, O; Rößger, F 2015: *Bevölkerung Deutschlands bis 2060: 13. koordinierte Bevölkerungsvorberechnung*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Hrsg.).

Sabaté, E 2003: *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: World Health Organization (WHO) (Hrsg.). ISBN 92 4 154599 2

Schrems, B 2022. *Fallarbeit in der Pflege: Grundlagen, Formen, Anwendungsbereiche* 4. Auflage 2022. Wien: facultas-Verlag. ISBN: 9783708921686

Simpson, SH; Eurich, D; Johnson, J; Majumdar, S; Padwal, R; Simpson S; Tsuyuki, R; Varney, J 2006. *A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality*. BMJ 2006; 333: 15. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.38875.675486.55>

Anhang

Anhang 1 Eidesstattliche Erklärung

Anhang 2 Therapie der Herzinsuffizienz

Tab.: Maßnahmen in der Therapie der Herzinsuffizienz (vgl. ÄZQ 2019: S. 31, 33, 38, 45-48, 71).

Medikamentös	<ul style="list-style-type: none">● Prognoseverbessernd● Symptomlindernd● Impfschutz (Grippe, Pneumokokken)
Nicht medikamentös	<ul style="list-style-type: none">● Modifikation des Lebensstils: Patientenschulungen Körperliche Aktivität Gewichtsreduktion bei Übergewicht Alkoholkarenz Tabakverzicht
Sonstige	<ul style="list-style-type: none">● Selbstfürsorge/-management: Selbstbeobachtung Tägliche Gewichtskontrolle Selbstständige Dosierung von Diuretika Wahrnehmung von Verlaufskontrollen● Ambulante/stationäre Rehabilitation

Anhang 3 Zustimmung Patienteninterview

Anhang 4 Zustimmung Experteninterview

Anhang 5 Transkript Experteninterview

Frau Johanna Hoh

Qualifikation: Pflegeexpertin für Menschen mit Herzinsuffizienz, tätig in der professionellen Beratung von Menschen mit HI (Sprechstunden-Angebot)

Dauer: 25 Minuten

Medium: Zoom (händische Mitschrift)

Ort: Nürnberg

Fällt es Pat. schwer, Therapiepläne umzusetzen, auch wenn sie dies wollen?

- viel Verantwortung -> Druck
- im stationären Bereich bisweilen leichter als in ambulanter/in häusl Umgebung

Wie äußern sich Patienten über ihre Therapietreue? Wird zugegeben, wenn Unterstützung benötigt wird/Therapien nicht eingehalten werden (können?)

- sehr individuell
- Unterschied Akutsituation (ehrlich) zu Folgeterminen (unterschiedlich)
- in Folgeterminen wird oft von praktischen Problemen berichtet, z.B.: vergessene Medikationseinnahme, Waage kaputt

Häufig geäußerte Beeinträchtigungen?

- Dyspnoe, Schwindel & Schwäche
- Leistungsunfähigkeit dadurch:
- Vernachlässigung des Haushaltes
- Vernachlässigung sozialer Kontakte -> Rückzug, Vereinsamung

Wie wirkt sich der Leidensdruck auf die Adhärenz aus?

- deutlich steigernd

Häufige Fragen/Sorgen/Wünsche/Hoffnungen von Pat., die in die Sprechstunde kommen?

- Zukunftsangst, Aussicht, Herausforderungen im Alltag, Berufstätigkeit

Sprachbarriere als Hürde? Wie wird dem in der Praxis begegnet?

- Generell Informationsweitergabe erschwert, geringe vorher (ärztlich) stattgefundenere Aufklärung, niedriger Stand des Allgemeinwissens in der Gesellschaft (bei Herzinfarkt/Tumoren beispielsweise sei das anders)
- Infomaterial in vielen Sprachen erhältlich, aber: oberflächlich, nicht individuell

- Einbezug Angehöriger und Dolmetscher; während Pandemie erschwert
- insbesondere bei Patienten mit Sprachbarriere Verbesserungspotenzial in der Praxis

Wann empfinden Patienten eine Maßnahme als sinnvoll genug, um sie auszuführen?

- Nutzen > (Angst vor) Schaden
- selbst Therapieerfolg erlebt
- vertrauensvolle Therapeutenbeziehung
- zeitl. Aspekt: Patienten, die die ihnen gewidmete Zeit als ausreichend für die Äußerung und Besprechung ihrer Bedenken wahrnahmen, äußerten sich als adhärenter über die Therapie
- Verantwortung und Wirkung
- aktive Rolle (Kontrolle) als stark positiv wirksamer Faktor

Chancen zukünftiger Therapie

- Telemedizin/Telemonitoring -> vereint Pat.autonomie und Kontrolle, weniger Druck beim Wissen um eine professionelle Person im Hintergrund.
- niedrigere Hürde zur Kontaktaufnahme
- Therapiekontrolle gesteigert
- Spezialisierung: Herzinsuffizienz-Experten, Heart Failure Units (spezialisierte Stationen), Sprechstunden, Selbsthilfegruppen...
- Datenschutz verlangt Aufmerksamkeit, Privatsphäre muss gesichert sein
- wird von Experten als optimale Therapieunterstützung betrachtet

Anhang 6 Transkript Patienteninterview

Frau Silke W.

Dauer: 27 Minuten

Medium: Zoom

Ort: Nürnberg/Gera

Einstiegsfrage: Möchten Sie mir als erstes/zum Einstieg schildern, wie Sie den Verlauf erlebt haben, von dem Moment, an dem Sie wussten, da ist etwas mit Ihrem Herz los?

Ja, Nein, ich mag ein bisschen eher anfangen, das war 2020 im Februar, März. Ich wurde immer dicker und dicker, konnte schlechter laufen, hab schlecht Luft bekommen, und mir gedacht, dass muss wieder weggehen irgendwo, und dann ein bisschen Diät gehalten.

Und es wurde immer schlimmer, dann bin ich zu meiner Hausärztin. Die hat mich direkt ins Krankenhaus eingewiesen, und da wurde festgestellt, es liegt am Herz. Das Herz schlägt nur noch mit 20%, statt 60% das war schon ein Schlag für mich.

Dann habe ich diesen externen Defi bekommen (Anm. d. Interviewers: Life Vest). Und dann, 2020 im August/September wurden Defi und Optimizer eingesetzt. Und damit ging es mir körperlich besser. Ich bin zwar noch ein bisschen müde, und körperlich schlapp. Aber seitdem diese Geräte in mir sind werde ich stärker, und stärker, und belastbarer, aber nicht so dass ich sagen könnte 100%.

Ich brauche mittags meine Mittagsruhe, und ja, Medikamente sowieso, aber sonst gehts mir recht gut. So kann ich leben.

Das heißt, Sie haben die klassischen Symptome der Herzinsuffizienz deutlich ausgeprägt erlebt. Wie ist das denn jetzt?

Richtig. Aber ich habe sie nie einordnen können auf was. Die Symptome sind relativ wenig, wie gesagt, nach der Operation mit diesen beiden Geräten, die heißen übrigens Max und Moritz, gehts mir besser.

Dann mussten sie sich ja schon an einiges gewöhnen und sich weiterentwickeln. Haben Sie in den letzten beiden Jahren etwas dazugelernt? Für sich?

Natürlich! Bewusster zu leben, auf jeden Fall, das Rauchen aufgehört, gesunde Ernährung..

Haben sie denn viel geraucht?

Also, die Schachtel in zwei Tagen wars schon. 10 Zigaretten am Tag.

Wie bald konnten sie aufhören? Von Null auf Hundert oder mit einer langsamen Entwöhnung? Schrittweise?

Nein, ich habe es relativ schnell gemacht. Die nächsten zwei Tage, ja, ich rauch noch 2,3, und am nächsten Tag war Schluss. Und das finde ich gut für mich, ich kriege noch Luft, prächtig. Und mir hat es auch geholfen, so ein Nikotinentwöhnungspflaster zu bekommen - Nicotinell.

Die gesunde Ernährung haben Sie auch erwähnt. Haben sie sich schon vor der Diagnose Herzinsuffizienz gut ernährt, oder mussten sie sich umstellen?

Ich hab mich vorher ganz gut ernährt, aber jetzt bewusster. Früher habe ich meistens nur abends gegessen, und jetzt dreimal am Tag, wirklich. Und mittags warm, Abends nicht mehr warm.

Das heißt, Sie nehmen sich die Zeit, sich bewusst etwas gutes zu tun.

Richtig. Und ich koche und backe auch noch sehr gerne, und das mache ich auch gern, und das tue ich auch. und mein Mann genießt das.

Was machen Sie am liebsten für sich?

Am liebsten gehe ich vormittags gern eineinhalb Stunden mit unserem Hund spazieren.

Die körperliche Bewegung haben Sie also auch einbezogen.

Richtig. Sport an sich, Fitnessstudio, und Joggen und Rennen kann ich natürlich nicht mehr. Aber mit unserem Hund P, das ist alles gut, dann komme ich nach Hause, mache unser Mittagessen, dann eine Stunde Ruhe auf dem Sofa, und dann gibt es noch was, Kaffeetrinken, und dann gibts Abendessen. Und ich bastle gerne.

Sie haben also eine sinnvolle Beschäftigung gefunden.

Richtig.

Das klingt, als hätte sich Ihre Lebensqualität sogar gesteigert, durch das, was Sie jetzt für sich tun.

Das hat sie. Weil ich danach mehr Elan hatte. Nach einem halben Jahr, wo ich fast nichts mehr konnte. Ich habe mittags zwei Stunden schlafen müssen, damit ich fit bleibe. Und jetzt ist es so, ich habe Zeit. Und ich weiß nicht, ob Sie Makramee kennen? Mit Fäden und Knüpfen. Das ist grad ganz modern geworden, und ich habe eh mit Händen und Füßen noch zu tun, und dann mache ich so eine Art Ergotherapie für mich. Und zu sowas hatte ich früher keine Lust.

Da haben Sie etwas neues für sich entdeckt.

Ich hatte das schon mal früher, als Jugendliche, in meinem ersten Leben (Lach). Da gab es auch ... (Anm.: Statische Geräusche übertönten diesen Halbsatz) und wir jungen Dinger damals, 17, 18, da waren sie noch nicht auf der Welt, gab es Taschen zu knüpfen, und ich habe Spaß daran gehabt. Jetzt habe ich es für mich wiederentdeckt. Und auch die Lust, wieder was mit den Händen zu machen.

Um nochmal auf die Ernährung und die körperliche Bewegung zurückzukommen, das haben sie ja alles fest im Alltag verankert. Wissen Sie, wofür genau welche Maßnahme ist? Haben Sie sich da gut informiert/war es Ihnen wichtig, genau Bescheid zu wissen?

Nein. Nein, sonst hätte ich mich informiert. Ich wusste so aus Medien und Erfahrung, gesunde Ernährung. Man weiß ja, gesund ernähren ist gut. Und als ich früher nur im Büro

war, da habe ich nur ab und bei gegessen, wenn dann auch noch Stress war, und ich war ja auch am Computer... das mache ich heute nicht mehr. Ich esse bewusst.

Was hat Ihnen am meisten geholfen, sich an alles zu gewöhnen? Wenn Sie zurückblicken, gab es Leute, die Sie besonders unterstützt haben, oder andere Faktoren?

Am meisten unterstützt hat mich meine Mama. Meine Mama wohnte allein hier in G., und ich wohnte in N. und wir haben dann mittags um die Wette gekocht: ohne viel Fleisch, viel Fisch, viel Gemüse, und immer, wer hatte mehr, und "oh, was kochst denn du heute, das mach ich morgen auch" - Und meine Mama hat sich sehr gut ernährt, obwohl sie auch geraucht hat.

Und dann kommt so etwas wie Respekt vom Partner, der sagt, "Oh, das ist lecker, warum eigentlich nicht auf Fleisch verzichten, warum nicht mehr Gemüse und Obst." und das ist dann so eingebürgert worden bei uns.

Wenn Sie jetzt in die Zukunft schauen, haben Sie irgendwas, wo Sie sich kurzfristig oder langfristig darauf freuen?

Kurzfristig freue ich mich auf den Urlaub mit den Kindern meines Mannes, da sind meine Enkelkinder dabei. Es wird eine Woche Urlaub Ostsee. Und langfristig.. weiß ich nicht. Ich plane eigentlich nicht langfristig. Es kann morgen vorbei sein.

Das heißt, Sie nehmen das Leben so, wie es kommt.

Richtig, genau. Vor 12 Wochen ist meine Mama verstorben, und seitdem noch intensiver.

Es tut mir Leid, das zu hören, das ist sicher auch ein großer Einschnitt.

Ich habe 20 Jahre lang in Nürnberg gelebt. Und wir sind im Januar 2022 nach Hause, nach Gera gezogen, meine Mutti und ich haben sich aufeinander gefreut, und 4 Wochen später war es vorbei.

Dann haben Sie zumindest noch Zeit zusammen verbringen können.

Richtig. Wir haben uns auch in Nürnberg noch gesehen. Da bin ich wenigstens einmal im Monat da gewesen. Wir haben uns genossen. Es war schon schön.

Hat sich dadurch irgendwas geändert? Ist ihre Lebenseinstellung immer noch optimistisch?

Immer noch optimistisch. Ich will noch leben. Ich sag mal so, so 20, 30 Jahre wären schon schön.

Gab es irgendwelche zentralen Bereiche in ihrem Leben, die sich speziell durch die Krankheit geändert haben? Dass sie früher etwas in ihrem Leben gemacht haben, das dann weggefallen ist, wie das Rauchen, zum Beispiel. Und vermissen Sie irgendetwas davon?

Manches hat sich gebessert. Ich gehe mehr raus, und wens nur anderthalb Stunden ist. Früher war ich im Büro, von 8 bis 18 Uhr, und Bewegung war nicht viel.

Haben Sie wegen der Herzinsuffizienz mit dem Bürojob aufgehört?

Richtig. Ich bin wegen der Krankheit aus dem Büro raus, es war bei T. (Arbeitgeber gekürzt), 20 Jahre lang. und mir wurde ein Aufhörvertrag angeboten, weil ich ständig krank war, die letzten drei Jahre, und den habe ich einfach angenommen. Und dann bin ich nach Hause, hab mich einfach krankgeschrieben, weil ich auch noch andere Baustellen habe als mein Herz. Bandscheibenvorfall, Hände operiert, Füße operiert, alles doof, aber nutzt nichts.

Aber es klang, als kämen Sie noch gut zurecht.

Ich komme noch gut zurecht, natürlich. Ich kann meine Zeit einplanen. Ich kann mich ausruhen, ich kann loslegen. Ich komme gut zurecht. Und besser als vor 2 Jahren um diese Zeit.

Darf ich fragen, wie alt sie jetzt sind?

57

Wie viel Einfluss hatte denn die Beratung (HI) auf sie? Was hat das Gutes für sie getan?

Sehr gut. Es hat mir gut getan, einen Ansprechpartner zu haben. Jemanden, den ich auch anrufen kann, wenn ich Fragen habe, zu meinem niedrigen Blutdruck, beispielsweise. Sie hat dann immer gesagt 'Machen Sie dies, machen Sie jenes'; sie war für mich da.

Ich konnte immer anrufen. Ich glaube, so ein Ansprechpartner ist wichtiger, als wenn man weiß, man kann immer den Doktor anrufen. Die J. (Anm.: gemeint ist die Herzinsuffizienz-Pflegeexpertin, die als Beraterin für Frau W. zuständig war) konnte ich anschreiben, 'Hallo J., ich habe das und das. Können Sie mir eventuell einen Rat geben?'. Und wenn es nur irgendwelche Tabletten gegen Durchfall waren, hat sie gesagt, ok, alles gut. Ich kann jedem, der so krank ist, so eine Betreuung nur empfehlen. Es hat mir richtig gut getan, dass die J. da war. Und ich schreib ja heute noch mit ihr, ein bisschen.

Eine gute Therapeut-und-Patientenbeziehung macht viel aus, wenn man jemanden da hat, der auf einen eingehen kann...

Richtig. Ich komme auch mit der Frau Doktor S. (Anm.: Frau W.s behandelnde Kardiologin) gut aus, aber bei der konnte ich nicht anrufen und fragen: 'Was ist denn mit meinem Blutdruck?'. Das konnte ich nur bei der J..

Das war der größte Teil des Interviews. Jetzt möchte Ich noch gerne wissen, was Sie denn überhaupt an Medikation einnehmen müssen? Wie viele, und wie oft?

Das sind meine Tabletten. Ich nehme am Tag acht Tabletten ein. Die ersten 6 nehme ich beim Frühstück, nach dem Frühstück ein, und die anderen beiden nach dem Abendessen. Und eine noch, alle zwei Wochen. Und ich merke auch, wenn ich einmal meine Tabletten früh vergessen habe, dann denke ich mir nachmittags, ach, die hab ich vergessen, Mensch.

Vergessen Sie die Tabletteneinnahme häufiger?

Die stehen hier neben mir auf dem Fensterbrett. Und mein Mann nimmt früh auch zwei Tabletten. Und, sagen wir mal so, ich muss ihn eher daran erinnern als er mich.

- Interview Ende -

Handschriftliche Notizen:

- Kausal legt eine Hypertonie als Auslöser der HI vor
- Einstellung: Krankheit ist eines der Risiken, mit dem ein Mensch im Leben zu tun bekommt.
- Noch keine Freundschaften am neuen Wohnort -> belastend
- Selbsteinschätzung im HEDE-Kontinuum