

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
der Medizinischen Fakultät Charité - Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**„Wahrnehmung eines strukturierten Nachsorgeprogramms
(SMOOTH) nach Sepsis aus der Sicht von Patienten:
Qualitative Experteninterviews mit Betroffenen.“**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicane (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité - Universitätsmedizin Berlin

von
Mareike Bänfer
aus Berlin

Datum der Promotion: 10.03.2017

**Gewidmet meinem geliebten Mann Stefan und unserer Tochter Viktoria,
von deren Stärke ich noch lernen kann.**

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	II
Tabellenverzeichnis	II
Abstract (Deutsch)	III
Abstract (Englisch)	V
1 Einleitung	1
1.1 Historische Perspektive- von den Anfängen der Sepsisforschung zur heutigen Versorgung	1
1.2 Ätiologie der Sepsis	2
1.3 Epidemiologie der Sepsis	3
1.4 Therapie der Sepsis	4
1.5 Komplikationen der Sepsis	4
1.6 Allgemeine Nachsorgekonzepte	7
1.7 Strukturiertes Nachsorgekonzept „SMOOTH“	9
1.7.1 Erhebung der Studiendaten	10
1.7.2 Inhalte der SMOOTH-Studienintervention	11
1.8 Herleitung der Aufgabenstellung	13
2 Methodik	16
2.1 Qualitative Sozialforschung	16
2.2 Der semistrukturierte Interviewleitfaden	19
2.3 Stichprobe	24
2.4 Interviewdurchführung	27
2.5 Anwendung qualitative Inhaltsanalyse	28
3 Ergebnisse	31
3.1 Stichprobe	31
3.2 Begleitumstände und Dauer der Interviewgespräche	32
3.3 Patientenwahrnehmung der Intervention „Schulung“ durch die Case Managerin	33
3.3.1 Nutzung des Patientenmanuals	33
3.3.2 Schulungsvorgang durch die Case Managerin	36
3.3.3 Schulungseffekt für den Sepsispatienten	37
3.4 Wahrnehmung der Intervention „Befragung“ durch die Case Managerin	39
3.4.1 Positives zur Befragungssituation	39
3.4.2 Negatives zur Befragungssituation	43

3.5 Wahrnehmung der Betreuung außerhalb von Patientenschulung und Befragung durch die Case Managerin	45
3.5.1 Hilfreiche Betreuung wahrgenommen	45
3.5.2 Keine Betreuung wahrgenommen	48
3.5.3 Keine Hilfestellung trotz Bedarf erfahren	49
3.6 Wahrnehmung der Betreuung durch den Hausarzt aus Patientensicht	50
3.6.1 Positive Bewertung der Arzt-Patienten-Beziehung	51
3.6.2 Negative Bewertung der Arzt-Patienten-Beziehung	53
3.6.3 Wahrgenommene Vernetzung des Hausarztes im Betreuungsmanagement	
SMOOTH	56
3.6.4 Keine Wahrnehmung des Betreuungsmanagements SMOOTH	58
4 Diskussion	61
4.1 Diskussion der qualitativen Herangehensweise	61
4.2 Einordnung der Studienpopulation	61
4.2.1 Geschlechterverteilung	61
4.2.2 Rekrutierung	62
4.2.3 Nicht-Teilnehmer	63
4.3 Diskussion der Ergebnisse	63
4.3.1 Sepsisnachsorge: Relevanz des Manuals	64
4.3.2 Sepsisnachsorge: Relevanz der Schulung	66
4.3.3 Sepsisnachsorge: Relevanz der Befragung und Betreuung	68
4.3.4 Rolle des Hausarztes in der strukturierten Nachbetreuung nach Sepsis	71
4.3.5 Limitationen	74
4.3.6 Ausblick	76
5 Literaturverzeichnis	78
Danksagung	84
Lebenslauf	85
Publikationsliste	87
Eidesstattliche Versicherung und Anteilserklärung	88

Abkürzungsverzeichnis

SMOOTH	S epsis survivors M onitoring and cO ordination in O utpatient H ealth care
CM	C ase M anager/ C ase M anagerin
HRQoL	h ealth- r elated q uality of l ife
ACCP	A merican C ollege of C hest P hysicians
SCCM	S ociety of C ritical C are M edicine
ICD- 10	I nternational S tatistical C lassification of D iseases and R elated H ealth Problems
SepNet	Kompetenznetz Sepsis
CIP	C ritical illness p olyneuropathy
CIM	C ritical illness m yopathy
MODS	M ultiple o rgan d ysfunction s yndrome
PTBS	P osttraumatische B elastungs s törung
CSCC	C enter for s epsis c ontrol and c are
SF-36	S hort f orm 36
DMP	D isease m anagement p rogram

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Behandlungsdreieck. Akteure der Intervention SMOOTH ³⁹	15
Abbildung 2: Mind Map zur Erstellung des Interviewleitfadens Januar 2013	21
Abbildung 3: Kategoriensystem der Schulungsintervention durch die CM	36
Abbildung 4: Kategoriensystem des Effekts der Schulung durch die CM	39
Abbildung 5: Kategoriensystem der Befragungssituation durch die Case Managerin	45
Abbildung 6: Kategoriensystem der Wahrnehmung der strukturierten Betreuung außerhalb von Patientenschulung und Befragung durch die CM	50
Abbildung 7: Kategoriensystem des Arzt-Patienten-Verhältnisses und der Vernetzung der Hausarztbetreuung im SMOOTH Betreuungsmanagement	60

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnosekriterien für Sepsis, schwere Sepsis und septischen Schock (mod. nach ⁷) entsprechend den ACCP/ SCCM Konsensus-Konferenz-Kriterien ⁶	3
Tabelle 2: Verwendete Instrumente nach Messzeitpunkt- SMOOTH ⁴⁰	11
Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien SMOOTH	25
Tabelle 4: Sonderzeichen Transkription	28
Tabelle 5: Techniken der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring	29

Abstract

In Deutschland überleben jährlich 85.000 Patienten eine schwere Sepsis oder einen septischen Schock. Physische und psychische Spätfolgen schränken die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Betroffenen oftmals über Monate und Jahre ein. SMOOTH (Sepsis survivors Monitoring and cOordination in Outpatient Health care) ist eine randomisiert kontrollierte Interventionsstudie, die den Effekt einer strukturierten Langzeitbegleitung für Patienten nach schwerer Sepsis evaluiert. Die Intervention umfasste Schulung und Monitoring der Patienten durch eine Case Managerin (CM) sowie eine Schulung des Hausarztes und Rückmeldung der Monitoringergebnisse an den Hausarzt durch einen Liaisonarzt.

Um Wirkungsmechanismen der Intervention erfassen zu können, wurden qualitative Interviews mit Interventionspatienten durchgeführt. Die Wahrnehmung der poststationären Versorgung durch die CM (Schulung, Monitoring) sowie der hausärztlichen Versorgung wurde exploriert. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen dazu beitragen, die Sepsisnachsorge künftig zu verbessern.

Es wurden 19 qualitative leitfadengestützte semistrukturierte Interviews mit Postsepsispatienten durchgeführt, digital aufgezeichnet, transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Die Begleitung durch die CM wurde überwiegend positiv bewertet. Die Patientenschulung (und das schriftliche Schulungsmaterial) sowie regelmäßiges Monitoring vermittelten einigen Betroffenen ein Gefühl von Sicherheit und ermöglichten eine hilfreiche Reflexion des eigenen Gesundheitszustandes. Teilweise konnten unterstützende koordinative Aufgaben durch die CM übernommen werden. Einige Patienten gaben an, von der Intervention nicht profitiert zu haben: Ein Teil erinnerte die Schulung nicht, eine Gruppe von Patienten lehnte tiefergehende Informationen zu ihrer Erkrankung ab, einige Patienten vermissten eine weitere, handlungsrelevante Unterstützung durch die CM.

Die Betreuung durch den Hausarzt wurde überwiegend positiv erlebt, Auswirkungen der Hausarztschulung und der Rückmeldung der Monitoringergebnisse wurden von den Patienten meist nicht wahrgenommen.

Ein Teil der betroffenen Sepsispatienten konnte vom Nachsorgekonzept SMOOTH profitieren. Dennoch ist zu bedenken, daß eine sepsisspezifische Schulung zu einer Aktivierung von negativen Erinnerungen der Betroffenen führen kann.

Um einer Ablehnung von Informationen entgegenzuwirken, sollte künftig eruiert werden, welche Gruppe von Erkrankten von welchen Bestandteilen der Nachsorge einen Nutzen hat. Weiterhin ist es wünschenswert, die Vernetzung zwischen CM, Liaisonarzt und Hausarzt zu stärken. Eine engere Zusammenarbeit der Akteure könnte den Patienten in einem sepsisspezifischen Nachsorgekonzept weiter unterstützen.

Abstract

In Germany 85 000 patients survive severe sepsis or even septic shock. However physical and psychological late sequelae diminish the quality of life for months and sometimes years. SMOOTH (Sepsis survivors Monitoring and cOordination in Outpatient Health care) is a randomized controlled intervention study which evaluates the effect of a structured long term accompaniment after the survival of grave sepsis.

Part of the supervised intervention was tutoring of the patients by an assigned case manager (CM) as well as training the attending physicians. The physicians were then notified about the results of the monitoring by a liaison doctor. Qualitative interviews were conducted to record effects of the intervention. The perception of the post – hospitalization care applied to the patient (training and monitoring) by the CM as well as the medical care of the attending physician were explored. The obtained findings should help to improve the clinical aftercare of sepsis patients in the near future.

Nineteen semi - structured, digitally recorded interviews were implemented and Mayring's qualitative content analysis used to analyze the results.

The support of the CM was found to be helpful and valued by the patients. The patient training (including written education materials) as well as regular monitoring conveyed a sense of security and allowed the patient critical realistic reflection of their health condition. In some cases coordinated tasks were handled by the CM. A few patients did not profit from the interventions, some indicated not to recall the trainings, others refused to cooperate and share information about their health. Some patients would have liked to obtain more valuable information by the CM.

The supervision and individual support by the attending physician was positively evaluated by the patients. Potential impacts of the physicians training course or the feedback of the post clinical monitoring were not noticed by the patients.

Some patients profited from the SMOOTH clinical after care concept. However it has to be considered that the sepsis specific training course might lead to the renewal of negative recollections of the passed traumatic incident.

To prevent rejection of help and refusal of information it needs to be further evaluated for which patients and which components of SMOOTH can make a difference in the future of sepsis survivors. Furthermore, communication between CM, attending physician and liaison doctor needs to be improved. A closer collaboration between these actors could advance this sepsis specific - after care program.

1 Einleitung

1.1 Historische Perspektive - von den Anfängen der Sepsisforschung zur heutigen Versorgung

Der Begriff Sepsis kommt aus dem Altgriechischen und bedeutet Fäulnis. Dieser medizinische Terminus wurde bereits von Hippokrates (460-370 v. Chr.) verwendet. Bis ins 19. Jahrhundert wurde vermutet, dass sich eine Sepsis durch schädliche Substanzen aus der Luft (Herrmann Boerhave 1668- 1738) entwickelt. Der Gynäkologe Ignaz Semmelweis (1818-1865) vermutete erstmals einen Zusammenhang zwischen dem häufigen Tod von Wöchnerinnen an Kindbettfieber und den schlechten hygienischen Bedingungen im Wochenbett. Die Einführung der Händewaschung mit Chlorkalklösung vor gynäkologischen Untersuchungen senkte die Sterblichkeit signifikant.¹ Einen weiteren Behandlungsansatz zur kausalen Therapie der Sepsis entwickelte Louis Pasteur (1822-1895). Er vermutete, dass kleinste einzellige Lebewesen verantwortlich für Fäulnis und Verwesung sind und somit Krankheitserreger sein könnten. Seine bedeutende Erkenntnis war das Abtöten von Krankheitserregern durch Sterilisation.² Robert Koch führte 1887 die Idee von Joseph Lister weiter, dass antiseptische Verfahren die Sterblichkeit nach Amputationen senken können und erfand die Dampfsterilisation. 1914 entwickelte letztlich Hugo Schottmüller (1867- 1936) eine erste sepsisspezifische Definition: "Eine Sepsis liegt dann vor, wenn sich innerhalb des Körpers ein Herd gebildet hat, von dem konstant oder periodisch pathogene Bakterien in den Blutkreislauf gelangen und zwar derart, dass durch diese Invasion subjektive und objektive Krankheitserscheinungen ausgelöst werden."¹ Die Einführung des Penizillins durch Fleming (1928) verringerte die Sterblichkeit und verbesserte die Behandlung von Infektionskrankheiten.¹

Die Sepsis bleibt trotz aller medizinischen Neuerungen eine schwere Erkrankung, die mit einer hohen Mortalität einhergeht.³ Die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung verbessert die Überlebenschancen bei diesem schweren Krankheitsbild. Konsekutiv steigt aber auch die Zahl der Überlebenden und damit das Auftreten von Folgekomplikationen der Sepsis. Die Betroffenen leiden oft noch Jahre nach dem Krankheitsereignis an den Beeinträchtigungen, die sich als Folge der Erkrankung und Behandlung entwickelt haben.⁴ Daher ist es notwendig, den Focus der Forschung vermehrt auch auf die Versorgung der Betroffenen nach der akuten Phase

zu setzen. Es ist bekannt, dass eine strukturierte Betreuung von Patienten zu einer Verbesserung der Langzeitversorgung im Sinne von Kostenreduktion und einer verminderten Beanspruchung von Dienstleistungen im Gesundheitswesen führen kann.⁵

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Perspektive betroffener Patienten, die im Rahmen einer Studie eine strukturierte Sepsisnachsorge (SMOOTH) erlebten. Die einzelnen Betreuungselemente dieser Intervention wurden durch die qualitative Befragung eingehender erfasst. Die subjektive Sichtweise der Interviewten auf die Nachsorge kann dazu beitragen, zukünftig sinnvolle Nachsorgekonzepte für Patienten mit Sepsis entwickeln zu können.

1.2 Ätiologie der Sepsis

Als Sepsis wird eine komplexe systemische inflammatorische Reaktion des Körpers auf eine Infektion bezeichnet. Der Grad der Sepsis wird unterteilt in Sepsis, schwere Sepsis und dem septischen Schock. Um die Diagnose Sepsis stellen zu können, müssen bestimmte diagnostische Kriterien erfüllt werden (s. Tabelle 1).⁶

**Tabelle 1: Diagnosekriterien für Sepsis, schwere Sepsis und septischen Schock (mod. nach ⁷)
entsprechend den ACCP/ SCCM Konsensus-Konferenz-Kriterien ⁶**

<p>I. Nachweis der Infektion Diagnose einer Infektion über den mikrobiologischen Nachweis oder klinische Kriterien.</p>
<p>II. Systemic inflammatory host response(SIRS) (mind. 2 Kriterien)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fieber($\geq 38^{\circ}\text{C}$) oder Hypothermie($\leq 36^{\circ}\text{C}$) bestätigt durch eine rektale oder intravasale oder-vesikale Messung - Tachykardie: Herzfrequenz $\geq 90/\text{min}$ - Tachypnoe (Frequenz $\geq 20/\text{min}$) o. Hyperventilation ($\text{PaCO}_2 \leq 4.3 \text{ kPa}/ \leq 33 \text{ mmHg}$) - Leukozytose ($\geq 12.000 \text{ mm}^3$) oder Leukopenie ($\leq 4.000/\text{mm}^3$) oder $\geq 10\%$ unreife Neutrophile im Differentialblutbild
<p>III. Akute Organdysfunktion (mind. 1 Kriterium)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akute Enzephalopathie: eingeschränkte Vigilanz, Desorientiertheit, Unruhe, Delirium - Relative oder absolute Thrombozytopenie: Abfall der Thrombozyten um mehr als 30% innerhalb von 24 Stunden oder Thrombozytenzahl $\leq 100.000/\text{mm}^3$. Eine Thrombozytopenie durch akute Blutung oder immunologische Ursache muss ausgeschlossen sein. - Arterielle Hypoxämie: $\text{PaO}_2 \leq 10 \text{ kPa} (\leq 75 \text{ mmHg})$ unter Raumluft oder ein $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$-Verhältnis von $\leq 33 \text{ kPa} (\leq 250 \text{ mmHg})$ unter Sauerstoffapplikation. Eine manifeste Herz- oder Lungenerkrankung muss als Ursache der Hypoxämie ausgeschlossen sein. - Renale Dysfunktion: Eine Diurese von $\leq 0.5 \text{ ml/kg/h}$ für wenigstens 2 Stunden trotz ausreichender Volumensubstitution und/ oder ein Anstieg des Serumkreatinis >2 mal oberhalb des lokal üblichen Referenzbereiches. - Metabolische Azidose: Base Excess $\leq 5 \text{ mmol/l}$ oder eine Laktatkonzentration $> 1,5$ mal oberhalb des lokal üblichen Referenzbereiches.
<p>Sepsis: Kriterien I und II Schwere Sepsis: Kriterien I, II und III Septischer Schock: Kriterien I und II sowie für wenigstens 1 Stunde ein systolische arterieller Blutdruck von $\leq 90 \text{ mmHg}$ bzw. ein mittlerer arterieller Blutdruck $\leq 65 \text{ mmHg}$ oder notwendiger Vasopressoreinsatz, um den systolischen arteriellen Blutdruck $\geq 90 \text{ mmHg}$ oder den arteriellen Mitteldruck $\geq 65 \text{ mmHg}$ zu halten. Die Hypotonie besteht trotz adäquater Volumengabe und ist nicht durch andere Ursachen zu erklären.</p>
<p>ACCP American College of Chest Physicians, FiO_2 Fraktion des inhalierten Sauerstoffs, PaCO_2 arterieller Kohlendioxidpartialdruck, PaO_2 arterieller Sauerstoffpartialdruck, SCCM Society of Critical Care Medicine, SIRS „systemic inflammatory host response“</p>

Häufige Ursachen einer Sepsis sind Infektionsherde im Bereich des Respirationstrakts (62.9%) und des Abdomens (25.3%). Als Dysfunktion eines Organsystems steht an erster Stelle mit 52.0% der Atmungstrakt und an zweiter Stelle mit 42.4% eine Funktionsstörung des renalen Systems.⁸

1.3 Epidemiologie der Sepsis

Die Neuerkrankungsrate von rund 75.000 Personen mit schwerer Sepsis führt zu einer Inzidenz von 110 Patienten auf einer Einwohnerzahl von 100.000. Das Geschlecht hat vermutlich einen Einfluss auf das Auftreten der Sepsis. Die Prävalenz der Sepsis ist bei Frauen geringer als bei männlichen Betroffenen. Bei einem durchschnittlichen Erkrankungsalter von 68 Jahren liegt die Sterblichkeit bei 55%. Weibliche Erkrankte haben ein höheres Risiko an der schweren Sepsis zu versterben.⁹ Die Sepsis ist eine

der Haupttodesursachen bei Patienten auf deutschen Intensivstationen. Hier tritt sie mit einer Häufigkeit von 12.4% auf.⁸

1.4 Therapie der Sepsis

Die vollständige Sanierung der möglichen septischen Infektionsquelle ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung der Erkrankung.^{10,11} Die Dauer zwischen Auftreten einer septischen Symptomatik und der Einleitung suffizienter Maßnahmen zur Beherrschung eines septischen Fokus bestimmt das Outcome des Patienten.¹¹ Eine kausale, rasch einzuleitende Therapieoption ist die kalkulierte Gabe von Antibiotika bzw. eine chirurgische Sanierung des Infektfokus. Die antimikrobielle Therapie sollte nach Diagnosestellung der Sepsis innerhalb einer Stunde („Golden hour“) erfolgen.¹² Die schnelle spezifische antimikrobielle Therapie stellt die bestmögliche Versorgung für den Patienten dar.¹³

Nicht nur die Ursache der schweren Sepsis und des septischen Schocks bedürfen einer Behandlung, sondern es ist auch erforderlich, Kreislauf- und Organdysfunktionen im akuten Stadium zu stabilisieren. Eine überbrückende maschinelle Übernahme beim funktionellen Ausfall von Organen, beispielsweise der Niere oder der Lunge, kann lebensnotwendig sein. Ein akutes Lungenversagen, das eine maschinelle Beatmung erforderlich macht, tritt bei 25-42% der Sepsispatienten auf.^{8,14}

Der Aufenthalt in einer intensivmedizinischen Abteilung ist aus der Perspektive des Betroffenen ein sehr belastendes Ereignis und geht häufig mit bleibenden gesundheitlichen Problemen einher.⁴ Durch die oft erforderliche Sedierung und Immobilität kommt es zu einer Atrophie der Muskulatur.¹⁵ Die andauernde Lärmbelästigung durch Maschinen und Personal ist ein Stressfaktor für den Erkrankten. Der aufgehobene Tag-Nacht-Rhythmus und damit einhergehende Schlafstörungen tragen außerdem zur psychischen Belastung bei. Ein Verlust der Autonomie durch maschinelle Beatmung oder auch die kontinuierliche intravenöse Applikation von lebensnotwendigen Medikamenten durch zahlreiche Geräte schränkt den Patienten ein und macht ihn abhängig von Maschinen und betreuendem Personal.

1.5 Komplikationen der Sepsis

Eine überstandene Sepsiserkrankung führt bei Langzeitüberlebenden zu Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.^{8,16} Darunter versteht man

die Selbsteinschätzung von psychischen, körperlichen und sozialen Aspekten jedes Einzelnen; also die subjektiv empfundene Gesundheit.¹⁶

Studien haben gezeigt, dass Überlebende einer schweren Sepsis eine signifikante und bedeutende Reduktion der gesundheitsbezogenen Lebensqualität haben.^{3,17} Besonders eine verminderte körperliche Funktionsfähigkeit und eine reduzierte Vitalität schränken die Betroffenen ein. Auch psychische Einschränkungen zeigen sich im Sinne einer verminderten emotionalen Rollenfunktion und einem reduzierten psychischen Wohlbefinden.¹⁷

Patienten, die eine schwere Sepsis überlebt haben, können bis zu sechs Jahre nach ihrer Erkrankung in ihrer Lebensqualität eingeschränkt sein.¹⁷

Folgend werden sechs besonders relevante Langzeitkomplikationen beschrieben, die Sepsispatienten in ihrer Genesungsphase betreffen können:

Critical illness polyneuropathy, critical illness myopathy und Schmerz

Die „critical illness polyneuropathy“(CIP) bzw. „critical illness myopathy“ (CIM) sind häufige Komplikationen bei Patienten nach septischem Schock und können deren Leben nachhaltig beeinträchtigen.¹⁸ Eine CIP kann bei Patienten nach 72 Stunden Intensivaufenthalt bei 76 % nachgewiesen werden; bei Patienten mit Multiorganversagen sogar bei 100 %.¹⁹

Die critical illness polyneuropathy und die critical illness myopathy sind schwierig voneinander abzugrenzen. Sie treten häufig parallel auf. Differentialdiagnostisch bedient man sich elektrophysiologischer Verfahren, wie der Elektroneurographie und Elektromygraphie. Die genannten Erkrankungen gehen mit Muskelatrophie und Schwäche einher. Auch Sensibilitätsstörungen und neuropathische Schmerzen schränken den Patienten in seiner Lebensqualität ein.²⁰ Schmerzen bei älteren Patienten über 60 Jahren können die Lebensqualität signifikant reduzieren und die Mortalität der Betroffenen erhöhen.²¹ Um diesen Komplikationen entgegenzuwirken, wäre beispielsweise eine rasche physiotherapeutische Intervention bereits auf der Intensivstation wünschenswert. So können Spätfolgen möglichst gering gehalten werden und das Outcome des Patienten verbessern. Studien zeigten ebenso, dass ein Manual zur Selbsthilfe bei Rehabilitation in Ergänzung zur Routineversorgung die körperliche Funktionsfähigkeit verbessern kann.²²

Kachexie

Viele Sepsispatienten leiden an einer Kachexie. Eine Studie aus Norwegen zeigte, dass über 50% von Patienten, die intensivmedizinisch betreut werden mussten auch nach ihrer Erkrankung ein geringeres Gewicht aufweisen als vor dem Ereignis.²³ Möglicherweise geht ein hoher Gewichtsverlust und eine verminderte Aufnahme von Kalorien (< oder = 1500 kcal/d) mit einer erhöhten Mortalität einher. Dies wurde bei anderen chronisch kranken Patienten, z.B. bei Betroffenen mit Herzinsuffizienz und Tumorerkrankungen, belegt.²⁴ Die Kachexie bedarf daher einer erhöhten Aufmerksamkeit und das Gewicht sollte demnach durch den Hausarzt regelmäßig kontrolliert werden. Ebenso wäre eine vertiefende Anamnese zum Ernährungsverhalten des Patienten sinnvoll. Eine Vermittlung zur Ernährungsberatung bei Schulungsbedarf würde sicher helfen den Betroffenen bei seiner Sepsiskomplikation zu unterstützen.

Posttraumatische Belastungsstörung

Die PTBS hat eine Prävalenz von 22% bei Patienten, die eine intensivpflichtige, kritische Erkrankung überlebt haben.²⁵ Im Gegensatz dazu liegt sie bei der deutschen Allgemeinbevölkerung nur bei 8%.²⁶ Dieses Krankheitsbild wird also häufig in der poststationären Betreuung beim Hausarzt auftreten. Es besteht die Gefahr, dass eine schwere Grunderkrankung und andere physische Komplikationen bedingen, dass ein PTBS nicht bemerkt wird, da Patienten „ungerne“ über psychische Belange kommunizieren und psychischen Probleme oft aktiv erfragt werden müssen.

Ein Review von Mehlhorn et al über den Effekt von Rehabilitationsmaßnahmen bei Erwachsenen hat gezeigt, dass Betroffene von der Anfertigung eines Tagebuchs in der Zeit des Intensivaufenthalts am meisten nachhaltig profitieren. Das Auftreten der PTBS kann dadurch deutlich reduziert werden.²⁷

Kognitive Beeinträchtigungen

Neben körperlichen Funktionsdefiziten können sich kognitive Beeinträchtigungen negativ auf das Leben nach Sepsis für den Betroffenen auswirken. Eine durchlebte schwere Sepsis ist bei älteren Patienten mit nachhaltigen geistigen Einschränkungen assoziiert. Eine moderate bis schwere kognitive Störung tritt bei ca. 10% der Patienten auf, die eine schwere Sepsis überlebt haben. Diese ist so gravierend, dass die betroffenen Patienten in ihrer selbständigen Lebensführung behindert sind.²⁸ Umso

wichtiger ist, dieses Defizit in der Phase nach der Erkrankung zu erkennen und die Patienten aufzuklären und zu unterstützen.

Depression

Postsepsispatienten leiden häufiger an Angst und Depressionen als die Allgemeinbevölkerung.²⁹ Wie bei der PTBS ist das Erkennen einer psychischen Belastung für den Allgemeinmediziner häufig schwer. Ein offenes Ansprechen durch den Patienten selbst geschieht selten und sollte empathisch durch den behandelnden Arzt initiiert werden. So kann die Gefahr, daß eine Depression oder depressive Episode übersehen wird, minimiert werden. Eine Studie von Schal zeigte, daß Frauen, die 4 Tage und mehr auf einer Intensivstation verbrachten, von einer Nachbetreuung nach Intensivaufenthalt profitiert haben. Sie litten weniger unter Depressionen als die Kontrollgruppe.³⁰

Alle diese Langzeitkomplikationen können Patienten mit schwerer Sepsis und septischem Schock nachhaltig in ihrer Lebensqualität einschränken. Die damit verbundene Einschränkung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sollte durch eine sepsisspezifische Nachsorge verhindert werden. Das rechtzeitige Erkennen und frühzeitige Einleiten einer adäquaten Therapie soll helfen, die Folgen einer schweren Sepsis oder eines septischen Schocks zu verringern.

1.6 Allgemeine Nachsorgekonzepte

Effektive Betreuungskonzepte für Patienten nach einem Aufenthalt auf einer Intensivstation sind kaum vorhanden. Mehlhorn et al identifizierten lediglich 18 Studien, die einen Rehabilitationseffekt auf den Erwachsenen beschrieben.²⁷ Nach der Akutphase im Krankenhaus, besonders aber in den ersten sechs bis zwölf Monaten, ist die Mortalität von Patienten nach einer überlebten Sepsis erhöht. Dabei spielt der Schweregrad der stattgehabten Sepsis eine Rolle für die Einschätzung des poststationären Risikos an den Spätfolgen zu leiden oder frühzeitig zu versterben.³¹ Die oben genannten verbleibenden Funktionsdefizite werden unter dem Begriff der „Postintensive-Care-Syndrome“ zusammengefasst.²⁰ Die anhaltende Morbidität und die Beeinträchtigungen, die daraus folgen können, behindern den Sepsispatienten in seiner Autonomie und beeinträchtigen seine Lebensqualität. Da die Mortalität der Sepsis in den letzten Jahren gefallen ist, überleben mehr Patienten diese kritische Erkrankung.

Damit geht einher, dass mehr Patienten mit Langzeitfolgen einer Sepsis ambulant durch Ärzte betreut werden müssen. Die Langzeitversorgung dieser Patientengruppe erfolgt nach der stationären Entlassung häufig durch ihre Hausärzte. Die weitere Versorgung der oft vielfach beeinträchtigten Patienten muss durch ihn koordiniert werden. Der Hausarzt kennt seine Patienten häufig lange und gut, was für die weitere Betreuung vorteilhaft ist.³² Allerdings ist die Weiterversorgung von Patienten mit Postintensive-Care-Syndrom kein häufiger Beratungsanlass in der Hausarztpraxis und Kenntnisse zu Folgeerkrankungen der Sepsis sind erst seit kurzem Teil des Medizinstudiums. Daher ist der Hausarzt nicht immer über die lebens einschränkende Komplikationen nach Sepsis ausreichend informiert, um neu aufgetretene Beschwerden dieser Patienten frühzeitig zu erkennen und einzuordnen oder Komplikationen aktiv zu erfragen. Eine schnelle Diagnose von Langzeitkomplikation der Sepsis und eine rasche Einleitung entsprechender Therapien sind zur Versorgung der Patienten nötig.

Im Anschluss an die stationäre Versorgung kann eine Rehabilitation erfolgen. Diese geschieht bis dato nicht nach einem standardisierten Konzept, welches auf die Komplikationen der Sepsis zugeschnitten ist. Die Einführung eines therapeutischen Rehabilitationsstandards oder einer speziell auf Sepsispatienten ausgerichteten Rehabilitationseinrichtung, welche die Langzeitfolgen nach intensivtherapeutischer Behandlung kennt, ist wünschenswert.³³ Es ist zu beachten, dass die poststationäre Rehabilitation nur ein Teilaspekt einer verbesserten Nachsorge sein kann. Häufig bestehen die Langzeitkomplikationen über die Dauer einer Rehabilitation hinaus und Betroffene werden dann nicht weiter strukturiert medizinisch begleitet.

In einzelnen Studien ist untersucht, ob spezialisierte Kliniker als Ansprechpartner für Patienten hilfreich sind, die nach einer intensivmedizinischen Behandlung nachbetreut werden.³⁴

Laut Empfehlungen der Deutschen Sepsis-Gesellschaft sollten typische Sepsisfolgen bereits im stationären Bereich erfasst werden, um weiterbehandelnde Ärzte im postakuten und ambulanten Bereich über bestehende bzw. potenziell im Langzeitverlauf auftretende Funktionsdefizite zu informieren.³³ Damit soll einem möglichen Informationsverlust entgegengewirkt werden, um die Genesung des Sepsispatienten zu fördern. Bei Patienten mit Critical Illness Polyneuropathie (CIP) konnte gezeigt werden, dass diese durch eine neurologische Rehabilitation zwar von einem verbesserten Langzeitergebnis profitieren; ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität dennoch im Vergleich zur italienischen Bevölkerung erniedrigt bleibt.³⁵

Die Implementierung eines strukturierten Entlassungsmanagements konnte in Studien bereits bei bestimmten Patientengruppen positive Effekte erzielen. Coleman und Kollegen konnten bei älteren Patienten zeigen, dass ein strukturiertes und koordiniertes Nachsorgeprogramm geringere Kosten für das Gesundheitssystem erzeugt und Rehospitalisierungsraten verringert werden.^{36,37}

Auch Patienten mit Depressionen können von einem strukturierten Case Management profitieren.³⁸ Eine qualitative Befragung dieser Patienten hatte herausgefunden, dass das strukturierte Management als vorteilhaft empfunden wurde.³⁸

Mehlhorn et al identifizierten 19 Publikationen zu 18 Studien, die sich mit Interventionen für Patienten nach Aufenthalt auf einer Intensivstation befassten. In Anbetracht der steigenden Zahl an Überlebenden ist künftig weitere Forschung von Nöten, um die Nachsorge zu verbessern.²⁷

Eine strukturierte Nachbetreuung speziell nach schwerer Sepsis oder septischem Schock existiert trotz der gravierenden gesundheitlichen Risiken und Versorgungsdefizite bis heute nicht.

1.7 Strukturiertes Nachsorgekonzept „SMOOTH“

Die **SMOOTH**- Studie („**S**epsis survivors **M**onitoring and **c**oordination in **O**utpatient **H**ealthcare“) hatte daher zum Ziel, eine solche strukturierte Nachsorge bei Patienten nach Sepsis für den deutschsprachigen Raum zu untersuchen. Die Patientenrekrutierung begann im Februar 2011. Sie wollte die klinischen und psychologischen Parameter, die als Folgekomplikation der Sepsis auftreten können, erfassen und damit ermöglichen, dass die Beschwerden erkannt und einer Therapie zugänglich gemacht werden. Dazu zählen die Critical Illness Polyneuropathie, die posttraumatische Belastungsstörung, die Depression und das neurokognitive Defizit sowie die Kachexie und der chronische Schmerz. Die genannten Komplikationen wurden im Rahmen der SMOOTH-Studie als „Sepsis Six“ bezeichnet.

Die Studie wurde durch das integrierte Forschungs- und Behandlungszentrum für Sepsis und Sepsisfolgen am Klinikum der Universität Jena (CSCC) durch das Institut für Allgemeinmedizin durchgeführt. SMOOTH war eine zweiarmig randomisierte Interventionsstudie. Die Stichprobe bestand aus 290 Überlebenden einer schweren Sepsis/eines septischen Schocks. Es handelte sich um eine multizentrische Studie, an

der 20 Intensivstationen aus 9 Standorten teilgenommen haben. Folgende Intensivstationen waren unter anderem beteiligt:

- Bad Berka (Zentralklinik Bad Berka)
- Berlin (Vivantes Klinikum Berlin, Charité Universitätsmedizin, Paulinen Krankenhaus, DRK Kliniken Berlin)
- Jena (Universitätsklinikum Jena)
- Leipzig (St. Georgs Klinik Leipzig).³⁹

Die Interventionspatienten waren 18 Jahre oder älter bei Zustand nach schwerer Sepsis und/oder septischem Schock. Für die Studienaufnahme waren mindestens zwei SIRS Kriterien zu erfüllen und mindestens eine infektionsbezogene Organdysfunktion muss der Erkrankung des Patienten zugrunde gelegen haben. Die poststationäre Weiterbehandlung erfolgte durch einen Hausarzt.

Der primäre Endpunkt der SMOOTH-Studie war die gesundheitsbezogene Lebensqualität zum Zeitpunkt T2. Diese wurde mit dem SF-36 6 Monate nach dem Aufenthalt auf der Intensivstation erhoben. Der SF-36 diene der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands und des Befindens der Testperson in den vorausgegangenen 4 Wochen. „SMOOTH“ untersuchte, ob eine strukturierte Langzeitbegleitung für Patienten nach Sepsis die gesundheitsbezogene Lebensqualität als primäre Zielgröße verbessern kann.

1.7.1 Erhebung der Studiendaten

Die Daten für die Interventions- als auch Kontrollgruppe wurden zu fünf Messzeitpunkten erhoben (T1- T4). Eine erste Befragung (T1) (Tabelle 2) erfolgte direkt nach der Entlassung von der Intensivstation mit etablierten Fragebögen zu den häufigsten Sepsiskomplikationen. Diese und auch die folgenden Erhebungen wurden durch ausgebildete Case Managerinnen der Universitätsinstitute der Allgemeinmedizin in Berlin und Jena durchgeführt. Es folgten weitere Befragungen nach 6 (T2), 12 (T3) und 24 (T4) Monaten - entweder telefonisch, in der betreuenden Hausarztpraxis, im Institut oder beim Studienteilnehmer zu Hause. Retrospektiv wurden dazu Daten 3 Monate vor der Sepsis erhoben (T-1).

Tabelle 2: Verwendete Instrumente nach Messzeitpunkt- SMOOTH⁴⁰

Messinstrument	T-1	T1	T2	T3	T4
TICS-M (Telephone Interview of Cognitive Status)		X	X	X	X
MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)	X	X	X	X	X
GCPS (Graded Chronic Pain Scale)		X	X	X	X
NSS (Neuropathie-Symptom Score)		X	X	X	X
PTSS-10 (Post-Traumatic Stress Syndrome 10-Questions Inventory)		X	X	X	X
MDI (Major Depression Inventory)		X	X	X	X
SF 36 (Short Form 36 Health Survey)	X	X	X	X	X
Morisky (mod. Fragebogen nach Morisky)	X		X	X	X
PACIC (Patient Assessment of Care for Chronic Conditions)	X		X	X	X
XSMFA-D (Short musculoskeletal function)	X		X	X	X
DKB (Dresdner Körperfragebogen)		X			
ECR-S (Experiences in Close Relationship Scale Short form)		X			
RIS (Regensburger Insomniebogen)		X	X	X	X
ADL (instrumental) activities of daily life)		X	X	X	X
HNO (Schmeck-/Riech-/Gleichgewichtsstörungen)	X	X	X	X	X
KFM (Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch)			X	X	X

1.7.2 Inhalte der SMOOTH-Studienintervention

Die Patienten der Interventionsgruppe erhielten eine strukturierte Nachsorge, die sich über insgesamt 12 Monate erstreckte. Dazu gehörte das Entlassungsmanagement, ein intensiviertes Monitoring durch eine CM und eine Hausarzt- und Patientenschulung zum Thema Sepsis und Sepsisfolgen.

Entlassungsmanagement

Der betroffene Patient wurde durch eine CM betreut. Das strukturierte Entlassungsmanagement beinhaltete ein Telefongespräch, welches nach der Verlegung von der Intensivstation auf eine Normalstation oder in eine Rehabilitationseinrichtung erfolgte, um den Kontakt zum Patienten zu halten. Ein Formblatt mit Kurzhinweisen zu den sechs Hauptkomplikationen der Sepsis wurde dem Entlassungsbrief des Patienten beigelegt. Es bestand so auch die Möglichkeit, bereits vorhandene Therapiebedürfnisse des Patienten durch das SMOOTH Team an den Hausarzt zu übermitteln.

Monitoring

Weiterhin gehörte ein intensiviertes Monitoring zur Intervention durch die CM. Hier wurde im ersten halben Jahr der Patient monatlich zu den Sepsiskomplikationen mit entsprechendem Instrumentarium (Tabelle 2) befragt. Im zweiten Halbjahr fand die Befragung alle 3 Monate statt. Die gewonnenen Ergebnisse der Befragungen wurden an den Liaisonarzt weitergegeben. Dieser wiederum gab eine Therapieempfehlung bei entsprechendem Handlungsbedarf an den Hausarzt weiter. Bei neu aufgetretenen klinischen Auffälligkeiten fand der Informationsfluss telefonisch an den Hausarzt statt, um Verzögerungen zu vermeiden. Auch der Patient selbst erhielt eine telefonische Rückmeldung seiner Fragebogenergebnisse und bei Bedarf eine Empfehlung zum Umgang mit Beschwerden oder der Bitte um schnellstmögliche Vorstellung bei seinem Hausarzt.

Patientenschulung

Der Interventionspatient erhielt zu Beginn der Interventionsphase eine Schulung zu sepsisspezifischen Langzeitkomplikationen durch die CM. Diese Schulung wurde als Präsenztermin durch die CM wahrgenommen. Es erfolgte eine Studienvorstellung und ein erstes kurzes Monitoring, bei dem der aktuelle Gesundheitsstatus des Patienten erfasst wurde, um bei der nachfolgenden Schulung intensiver auf schon vorhandene Beschwerden eingehen zu können. Die Informationsvermittlung gliederte sich in drei Bereiche: medizinisch, psychologisch und organisatorisch. Der medizinische Teil umfasste u.a. Grundlagen zur Entstehung und Therapie der Sepsis, Langzeitkomplikationen, Empfehlung zur regelmäßigen Kontrolle von Vitalparametern etc.. Der psychologische Bereich beschäftigte sich u.a. mit Verarbeitungs- und Beschäftigungsstrategien, Schlafhygiene und Techniken zur Selbstmotivation. Außerdem erhielt der Patient Hinweise auf Selbsthilfegruppen und eine Übersicht über Pflegedienstleistungen. Die Einbeziehung und Beratung von Angehörigen gehörte mit in diesen Bereich. Das Ziel war ein informierter Patient, der um seine möglichen Langzeitkomplikationen weiß und diese frühzeitig erkennen kann. Zusätzlich sollte eine motivierte Haltung des Patienten ihn bei seiner Genesung unterstützen.

Hausarztschulung

Die Schulung des Hausarztes erfolgte einmalig durch den Liaisonarzt. Anhand einer Power-Point-Präsentation erhielt er im Rahmen eines Präsenztermins eine 1:1-

Schulung. Neben medizinischen Fachinformationen beispielsweise zur Ätiologie und seltenen Sepsiskomplikationen erhielt er praktisch-technische Hinweise zur Therapie von Postsepsispatienten. Darunter fallen u.a. leitliniengerechte neurologische Untersuchungen, Früherkennung und Prävention von Sepsisrezidiven und Techniken zur Gesprächsführung mit Patienten, die unter einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden. Außerdem erhielt er neben studienbezogener Informationen auch ein Kompendium der Schulung und eine Kurzversion dessen für die Kitteltasche.

1.8 Herleitung der Aufgabenstellung

Die beschriebene quantitative Datenerhebung (siehe 1.7.1 und 1.7.2) kann nicht erfassen, wie Patienten nach Sepsis die SMOOTH-Intervention subjektiv erleben. Die Kombination von quantitativen und qualitativen Studien kann aber ein umfassenderes Verständnis für dieses Nachsorgekonzept ermöglichen. Farquhar et al. veröffentlichte 2011 eine Studie, die verdeutlichte, dass der Einsatz von „mixed methods“ komplexe Interventionen in der palliativen Versorgung von Patienten positiv unterstützt.⁴¹ Die Kombination beider Methoden half, die Versorgung in der Pflege Sterbender weiterzuentwickeln und auch zu evaluieren. Mit der Einbeziehung qualitativer Daten werden quantitativ erhobene Ergebnisse besser verstanden. Insbesondere wird die subjektive Wahrnehmung der Intervention durch Betroffene erfasst und dies ermöglicht ein besseres Verständnis, wie entsprechende Maßnahmen auf Patienten wirken. Diese Informationen können für nachfolgende Programme genutzt werden und so eine Weiterentwicklung von quantitativen Projekten fördern.⁴¹ Die gewonnenen Erkenntnisse können dem quantitativ geführten Projekt helfen, Rückschlüsse auf eigene Ergebnisse zu ziehen und ermöglichen, die Intervention den Bedürfnissen der Betroffenen anzupassen, die im Vorfeld nicht eruierbar waren.

Aus diesem Grund soll nun im Rahmen einer qualitativen Befragung die subjektive Sicht der Interventionspatienten auf die strukturierte Langzeitbegleitung erfasst werden. Die zu erwartenden Ergebnisse werden helfen, die Wirkung einzelner Interventionselemente auf den Patienten zu verstehen. Es soll herausgearbeitet werden, welche Teile der strukturierten Nachsorge für den Sepsispatienten hilfreich sind und/oder in welchen Bereichen Hindernisse bestehen. Ebenso kann diese qualitative Untersuchung einen möglichen unentdeckten Betreuungsbedarf eruieren, der von Bedeutung ist, um zukünftige Nachsorgekonzepte patientengerecht weiterzuentwickeln.

Für die subjektive Wahrnehmung betroffener Patienten war entsprechend die Betreuung durch die Case Managerin und die hausärztliche Versorgung von besonderer Relevanz, sodass diese Aspekte für die vorliegende qualitative Befragung vertiefend zu analysieren waren:

Case Management

Von Interesse war die Rolle der Case Managerin im SMOOTH-Nachsorgekonzept. Für die vorliegende Studie war von Bedeutung, wie die Schulung und die umfassende Information zur Erkrankung mit Hilfe eines Manuals durch die CM von betreuten Patienten erlebt wurde. Auch sollte erfasst werden, welche Funktion die CM in der Nachsorge aus Sicht der Betroffenen eingenommen hat. Eine sepsisspezifische Schulung der Interventionspatienten sollte diese über ihre Erkrankung und die möglichen Langzeitkomplikationen informieren. Entsprechend war in der qualitativen Befragung zu vertiefen, wie die Betroffenen die Schulung wahrnahmen und von welchen Elementen die Befragten profitierten. Zudem war von Relevanz, ob die strukturierte Nachsorge inkl. Patientenschulung Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten hatte und inwiefern die Interventionspatienten aktiv an ihrer Genesung und Therapie mitwirken („Self management“).

Hausärztliche Betreuung

Von weiterem Interesse war die Wahrnehmung der Rolle des Hausarztes durch den Patienten im Rahmen der Nachsorge. Es sollte eruiert werden, welchen Stellenwert dieser in der medizinischen Versorgung einnimmt und ob eine Vernetzung der Akteure CM, Liaisonarzt und Hausarzt einen Benefit für den Betroffenen erwirkt.

Die Frage, wie der Betroffene seine strukturierte Nachbetreuung wahrnimmt sollte aus allen Blickwinkeln beleuchtet werden: Die Betreuung durch das SMOOTH-Studententeam durch die CM, die Betreuung durch den eigenen Hausarzt im Rahmen von SMOOTH und seine eigene Position im Behandlungsdreieck (Abbildung 1). Der Patient wurde zum aktiven Selbstmanagement angeleitet.

Einleitung

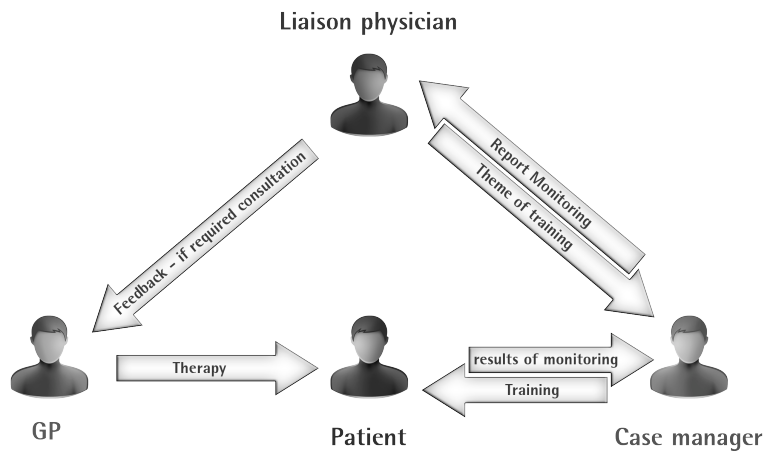


Abbildung 1: Behandlungsdreieck. Akteure der Intervention SMOOTH³⁹

2 Methodik

2.1 Qualitative Sozialforschung

Die qualitative Sozialforschung ist zur quantitativen Forschung nicht gegensätzlich, sondern ergänzend und kann mit ihr zu einem gemeinsamen Untersuchungsdesign verbunden werden.⁴² In der Regel werden diese beiden Forschungsformen nicht miteinander kombiniert, sondern jeweils mit eigenen Datensätzen durchgeführt. Später können die Forschungsergebnisse aufeinander bezogen werden.⁴² Qualitative Arbeiten ermöglichen oftmals kausale Vertiefungen zu Fragestellungen, die in quantitativen Studien durch Zusammenhänge beschrieben werden.⁴² Entsprechend ergänzt die vorliegende Arbeit mit ihren qualitativen Experteninterviews die Erfassung eines Sepsis-Nachsorgeprogramms, das mit quantitativen Erhebungsinstrumenten evaluiert wird. Diese qualitative Art der Informationssammlung bietet die Möglichkeit, das subjektive Krankheitserleben und die ambulante Nachsorge nach Sepsis zu erfassen. Die Interviews werden anschließend mit Hilfe der Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Historische Entwicklung der qualitativen Inhaltsanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse ist ein Teilbereich der qualitativen Sozialforschung. Sie entstand als Reaktion auf quantitative Verfahren zur Analyse von Texten. Die Politologen Harald Lasswell und Paul Lazarsfeld hatten in den 1920er und 30er Jahren in den Vereinigten Staaten von Amerika ein quantitatives Verfahren entwickelt, mit dessen Hilfe man systematisch große Textmengen analysieren konnte.⁴³ Zu diesen Auswertungsverfahren zählen beispielsweise Häufigkeitsanalysen. Hier werden zuvor definierte Textbestandteile ausgezählt und deren Vorkommen quantitativ festgehalten (z.B. wie oft in dem Massenmedium Zeitung eine bestimmte politische Partei genannt wird).⁴⁴

Das Verwenden einer quantitativen Methode als Auswertungsverfahren von Textinhalten rief jedoch Kritik hervor:

- latente Sinnstrukturen können nicht erfasst werden, da der Textinhalt im Vordergrund steht (Kracauer 1952)
- die einzelnen Texteinheiten können durch einen möglichen Textkontext nicht modifiziert werden
- die Logik der Analyse ist zu wenig sprachwissenschaftlich fundiert (Fühlau 1982)

die Systematik und Überprüfbarkeit kann trotz Eigenanspruch nicht erfüllt werden (Rühl 1976).⁴⁵

Qualitatives Experteninterview

Bei der qualitativen Sozialforschung werden verschiedene Verfahren als Erhebungsmethoden genutzt. Das problemzentrierte und narrative Interview, sowie die Form der Gruppendiskussion werden auf sprachlicher Ebene ausgeführt; die teilnehmende Beobachtung dahingegen ist eine Beobachtungsmethode. Beim Zugang zum Patienten in einem Gespräch können subjektive Bedeutungen, die man bei reinen Beobachtungen nicht wahrnehmen kann, erfasst werden.⁴⁵ In dieser Forschungsarbeit findet das sogenannte Leitfadeninterview Anwendung. Damit soll das subjektive Erleben der Patienten und somit Informationen zu deren Situation nach der Sepsis und dem persönlichen Empfinden innerhalb einer strukturierten Nachbetreuung erfasst werden. Die Durchführung von qualitativen Interviews ist in der Sozialforschung weit verbreitet. Sie bieten die Möglichkeit, sich über Interpretationen diskursiv mit dem Interviewpartner zu verständigen. Im Vergleich zu standardisierten Befragungen sind sie in ihren Möglichkeiten weniger begrenzt. Situationen können gedeutet und Handlungsmotive offen beim Gegenüber erfragt werden.⁴⁶

Ein qualitatives Interview kann als Experteninterview geführt werden. Der befragte Patient gilt dabei als Experte für seine persönliche Situation, seine Lebensumstände und seine subjektiv empfundene Lebensqualität. Er verfügt über spezifisches Wissen, welches im Interview fokussiert betrachtet werden soll. Allein dieses Wissen steht im Mittelpunkt und nicht der Befragte selbst.⁴⁷ Bei dieser Betrachtung ist es durchaus möglich, einem Laien den Status als Experten oder Expertin zuzuschreiben. Dieser Begriff signalisiert dem Patienten bei der Verabredung zum Interview, dass er über fachliches Sonderwissen verfügt und das Anliegen des Forschenden entsprechend einordnen kann.⁴⁸

Die Interviewdurchführung als Experteninterview hatte zum Ziel, dem Forscher das besondere Wissen des involvierten Patienten der SMOOTH-Studie zugänglich zu machen. Nur er ist Interventionspatient und kann daher von seinem subjektiven Erleben berichten. Ebenso ist der Befragte Spezialist für seine Erfahrungen, die er während seiner Sepsiserkrankung gemacht hat. Die Informationsgewinnung erfordert eine qualitative Interviewführung, die genügend Raum für die individuelle Sicht der Dinge des Patienten bietet und seine Meinung als Experte seiner Situation erfasst.

Die Forschungsfrage

Die Forschungsfrage zielt darauf ab, wissenschaftlich Neues und Relevantes zu produzieren.⁴⁹ Sie soll eine theoretische Wissenslücke füllen und dem Wissensbestand etwas hinzufügen. Die Beantwortung der Forschungsfrage hat zum Ziel, einen Zusammenhang zwischen Bedingungen, Verlauf und Wirkungen sozialer Prozesse aufzuklären und so Wirkungen ursächlich zu erklären.⁴⁹ Auf Grundlage dieser Merkmale und dem zuvor erworbenen Wissen über den Stand der Forschung wurde die Forschungsfrage dieser Arbeit wie folgt formuliert:

„Wie erlebt ein Sepsispatient die Zeit nach seiner Erkrankung und die Betreuung durch ein neues sepsisspezifisches Nachsorgeprogramm (SMOOTH)?“.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein Interviewleitfaden erstellt, dessen Grundlage einer semistrukturierten qualitativen Befragung folgt und Interviews mit teilnehmenden Patienten der Interventionsgruppe der SMOOTH Studie führt. Die erhaltenen digitalisierten Daten wurden nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Aufbauend auf der Forschungsfrage entwickeln sich die Untersuchungsfragen. Diese werden als Grundlage für die weitere Entwicklung der einzelnen Leitfragen genutzt. Grundsätzlich gilt: Alle Informationen aus dem Interview, die helfen die Untersuchungsfragen zu beantworten, müssen erhoben werden und nur, was die Untersuchungsfragen beantworten hilft, soll erhoben werden. Das heißt, dass die gestellten Fragen gewünschte Informationen hervorbringen und unerwünschtes und überflüssiges Material durch eine adäquate Formulierung der Fragen unterbleibt. Zur Untersuchungsfrage „Wie erlebt der Patient die Zeit nach seiner Sepsis im Rahmen der SMOOTH-Studie?“ wurden folgende Leitfragen formuliert:

1. Unter welchen körperlichen und psychischen Beschwerden leidet der Patient seit der Sepsiserkrankung?
2. Gibt es im sozialen Umfeld seit der Erkrankung Veränderungen?
3. Hat sich die Einstellung zur eigenen Gesundheit mit der Erkrankung verändert?
4. Wie empfindet der Patient die Betreuung innerhalb der Studie durch das Studienteam (Case Managerin, Liaisonarzt) und seinen Hausarzt?

Die Leitfragen sind Handlungsanleitung bei der Datenerhebung und beim Entwerfen des Interviewleitfadens.⁵⁰

Im nächsten Schritt werden die Leitfadenfragen ausformuliert. Leitfadenfragen sollten folgenden Grundsätzen entsprechen:

- sie sollten klar, leicht verständlich und in einfacher Alltagssprache verfasst werden,
- die Fragen sollen möglichst offen gestellt werden im Sinne von W-Fragen (wer, wie, was, warum?),
- die Fragenanordnung sollte den inhaltlich zusammengehörigen Themen entsprechen,
- die Aufwärmfrage zu Beginn des Gesprächs sowie die Abschlussfrage soll für den Interviewten angenehm sein, also nicht besonders schwierig oder unangenehm.⁵⁰

2.2 Der semistrukturierte Interviewleitfaden

Mit Hilfe eines leitfadengestützten Interviews erhält man im Gegensatz zu einer standardisierten Befragung ein differenzierteres und plastischeres Bild davon, wie sich der Betroffene in seiner Situation fühlt.⁵¹ Der Leitfaden wird in einer semistrukturierten Form verfasst, die dem Interviewer erlaubt, frei zu entscheiden, welche Frage wann und wie gestellt wird.⁵² Dadurch kann der Interviewverlauf der aktuellen Gesprächssituation angepasst werden und ist auf den Befragten zugeschnitten; das Gespräch wird „geleitet“. Es gibt keinen festgelegten Ablauf. Der erstellte Leitfaden gilt als Anleitung und soll möglichst gleichartige Informationen aller Befragten zu Tage fördern.⁵²

Die Leitfadenerstellung

Zu Beginn der Leitfadenerstellung wurde Literatur zum Thema Sepsis und Sepsisfolgen in Pubmed gesucht und gesichtet, um sich einen Eindruck davon zu verschaffen, mit welchem Krankheitsbild und welchen Folgen ein Patient nach Sepsis konfrontiert wird. Die Erstellung des Leitfadens erfolgte in der Zeit von Dezember 2012 bis März 2013. Grundlage des späteren Leitfadens wurde eine Mind Map (Abbildung 2). Sie enthält die zuvor in der Literatur recherchierten relevanten Themen und theoretischen Überlegungen, die eine Rolle im Erleben der Sepsis und Nachsorge des Betroffenen spielen könnten. Die schrittweise Entwicklung ist durch wöchentliche Treffen von den

Promovendinnen N.S. und M.B. untereinander sowie mit der Betreuerin Dr. med. S.B. des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité erfolgt. Nach der Validierung der Mind Map durch die Arbeitsgruppe wurde daraus der Leitfaden konstruiert. Dieser wurde ebenfalls von Experten der Universität Jena im Rahmen eines SMOOTH-Projekttreffens im Januar 2013 begutachtet und hilfreich ergänzt.

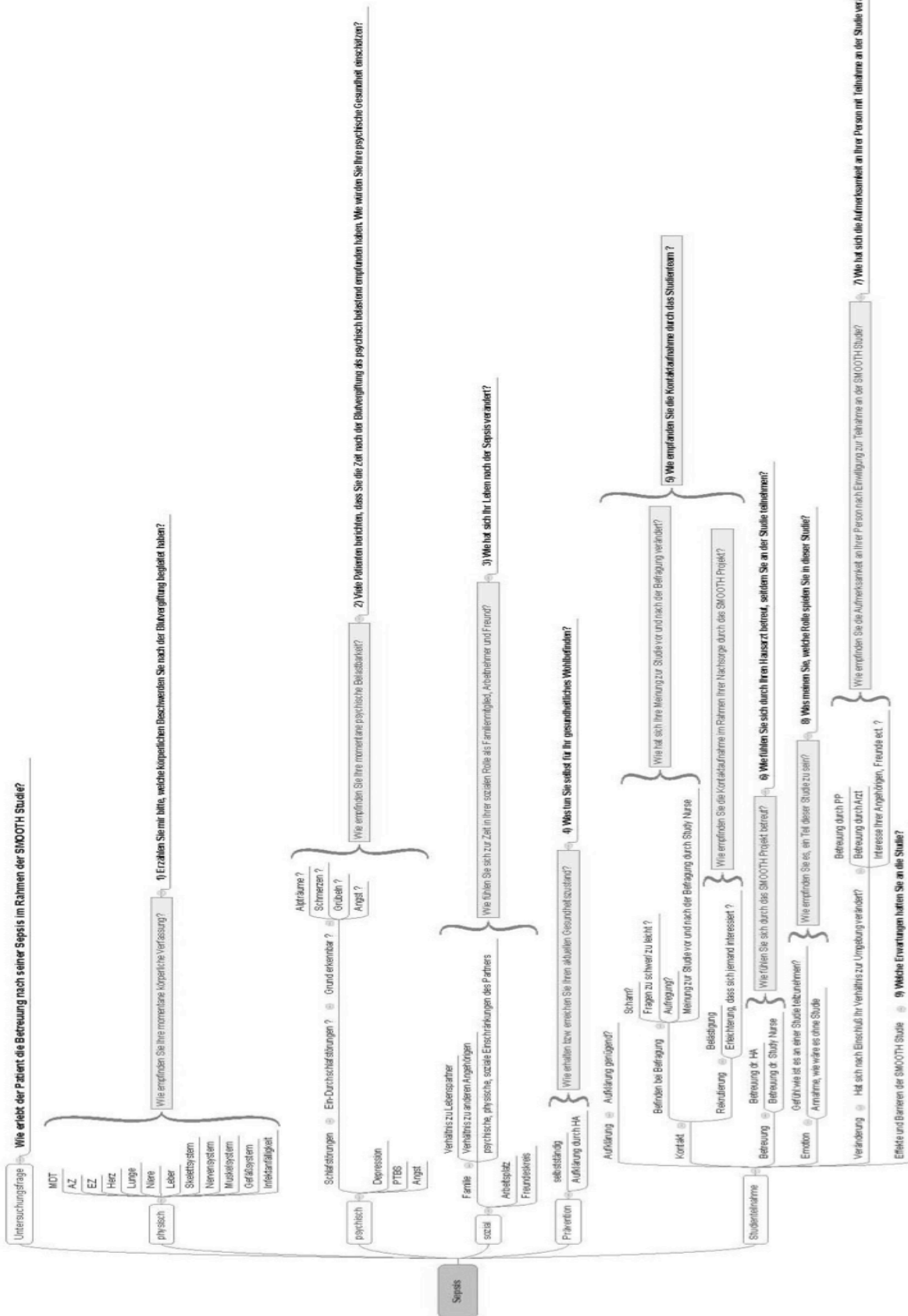


Abbildung 2: Mind Map zur Erstellung des Interviewleitfadens Januar 2013

Der Leitfaden Version 1.1 vom 20.01.2013 wurde bei den ersten 5 Interviews angewandt. In der Praxis stellte sich heraus, dass eine Umformulierung einzelner Fragen sinnvoll zu sein schien, um weiterführende Antworten auf die Forschungsfrage zu erhalten. Die Hauptfrage musste häufig aufgrund von Verständnisschwierigkeiten durch das Stellen der Nachfragen erläutert werden. Die Weiterentwicklung des Leitfadens wurde innerhalb der Forschungsgruppe mehrmals überarbeitet. Aufgrund eines pilotierten Probeinterviews wurde der Interviewleitfaden nochmals angepasst und enthielt folgende Bereiche:

Einleitende Frage

1. Wie geht es Ihnen heute?

- Fühlen Sie sich jetzt wieder gesund?
- Woran haben Sie das bemerkt?

Physische und psychische Veränderungen nach der Sepsis

2. Wie ist es Ihnen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ergangen?

- Welche Beschwerden sind aufgetreten?
- Wie konnte eine Verbesserung der Beschwerden erreicht werden?
- Welche Erwartungen hatten Sie nach der Entlassung?
- Wie hat sich Ihre mentale Belastbarkeit verändert?
- Welche Möglichkeit haben Sie, Ihre Beschwerden zu äußern?

Änderung der sozialen Rolle nach der Sepsis

3. Wie hat sich Ihr Leben nach der Sepsis verändert?

- Wie hat sich das Verhältnis zu Familie und Freunden verändert?
- Haben Sie den Eindruck, dass sich der Gesundheitszustand eines Angehörigen/Bezugsperson aufgrund Ihrer Erkrankung verändert hat?
- Sind Sie seit der Erkrankung auf Hilfe angewiesen?
- Können Sie Ihrer Arbeit und Freizeitaktivitäten weiterhin ungehindert nachgehen?

Einstellung zur eigenen Gesundheit

4. Würden Sie sagen, dass sich Ihre Einstellung zu Ihrer Gesundheit verändert hat?

- Wie hat sich Ihr Bewusstsein für die eigene Gesundheit seit der Erkrankung verändert?
- Was war der Grund für die Veränderung?
- Haben Sie Ihre Erkrankung als psychisch belastend empfunden?
- Was tun Sie für sich, damit es Ihnen gut geht?

Fragen zur Intervention des SMOOTH Nachsorgeprogramms

5. Wie empfinden oder beurteilen Sie die Betreuung durch das Team der SMOOTH Studie?

- Wie empfinden Sie die Rahmenbedingungen, unter denen die Befragungen stattfinden?
- Wie haben Sie sich allgemein bei der Befragung gefühlt?
- Wie haben Sie die telefonische Befragung erlebt?
- Wie hat das Abfragen des Fragenkatalogs auf Sie gewirkt?
- Wie ist das für Sie, dass sich neben Ihrem Hausarzt noch eine weitere Person (Case Managerin) um Ihre Gesundheit bemüht?
- Gibt es Dinge, die Sie mit der Case Managerin, aber nicht mit Ihrem Hausarzt besprechen?
- Hat die Case Managerin Beschwerden, die Sie berichtet haben, an Ihren Hausarzt weitergeleitet, der daraufhin eine Behandlung eingeleitet hat?

Wissen zur Sepsis

6. Wie gut fühlen Sie sich über die Sepsis informiert?

- Wie haben Sie die Schulung erlebt?
- Was konnten Sie an Informationen, die Sie während der Schulung erhalten haben, in Ihrem Alltag umsetzen?
- War die Schulung für Sie informativ?

Fragen zur Hausarztbetreuung

7. Wie fühlen Sie sich durch Ihren Hausarzt betreut?

- Hat sich Ihr Verhältnis zu Ihrem Hausarzt seit Studienteilnahme verändert?

- Wie zufrieden sind Sie mit der Therapie Ihres Hausarztes?
- Was hat Ihr Hausarzt an Ihrer Therapie verändert? (Therapie, Physiotherapie, Ergotherapie, Arzneimittel, Konsultationen)
- Worauf ist die veränderte Therapie Ihrer Meinung nach zurückzuführen?
- Welche anderen Fachärzte haben Sie nach der Sepsis aufgesucht? (Warum? / Wer hat das veranlasst?)

Fragen zur Rolle innerhalb der SMOOTH Studie

8. Wie erleben Sie die Studienteilnahme?

- Warum haben Sie sich entschlossen an der Studie teilzunehmen?
- Wie wichtig ist diese Studie für Sie?
- Welche Emotionen/ Gefühle verbinden Sie mit der Teilnahme an der Studie?
- Wie wichtig finden Sie es, dass es Forschung zur Sepsis gibt?
- Haben Sie den Eindruck, dass Sie selber von der Studienteilnahme profitieren?

Abschlussfrage

9. Gibt es etwas in der Nachbetreuung nach Ihrer Erkrankung, was Sie vermisst haben?

- Hätten Sie zusätzliche Unterstützung zum Gesundwerden gebraucht?

Die „Fett“ hervorgehobenen Fragen sind die Hauptfragen. Die versetzt darunter aufgelisteten Fragen sind Nebenfragen, die nur gestellt werden, wenn die interviewte Person auf die Hauptfrage hin keine Thematik anspricht, die auf die Beantwortung der Forschungsfrage hinleitet.

2.3 Stichprobe

Auswahl der Interviewpartner

Für ein gemeinsames Interview zwischen Forscher und Patient wurden Betroffene der Interventionsgruppe der SMOOTH-Studie in die Befragung eingeschlossen. Die Stichprobenauswahl zielte darauf ab, eine möglichst breite Variation von Teilnehmern zu erreichen, d.h., das Kriterium der „inneren Repräsentativität“ sollte gewährleistet sein.⁵³ Das sepsisspezifische Nachsorgeprogramm SMOOTH ist eine multizentrische

Studie, die u.a. in Jena und Berlin läuft. Aufgrund der Wohnortnähe der Forscherin wurden zunächst Patienten für ein Interview rekrutiert, die am Standort Berlin in die SMOOTH-Studie eingeschlossen wurden. Um zu gewährleisten, dass die Patienten ausreichend Erfahrung als Interventionspatient von SMOOTH haben und aus ihrem Erfahrungsschatz berichten können, wurden nur Patienten rekrutiert, die zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme durch die Forscherin mindestens 8 Monate in der SMOOTH-Studie betreut wurden. Für alle rekrutierten Interviewpartner galten damit auch per se die Ein- und Ausschlusskriterien der SMOOTH-Studie (Tabelle 3).

Tabelle 3 : Ein- und Ausschlusskriterien SMOOTH

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
- Alter \geq 18 Jahre	- bekannte oder neu aufgetretene Demenz (F00-F03), TICS-M \leq 27
- Zustand nach aktuellem Auftreten einer schweren Sepsis oder eines septischen Schocks (A41/R65 nach ICD-10)	- gehörlose, hochgradig sprachbehinderte und blinde Patienten
- Erfüllung von mindestens zwei SIRS- Kriterien	- unzureichende deutsche Sprachkenntnisse
- mindestens eine infektionsbezogene Organdysfunktion	- gesetzliches Betreuungsverhältnis besteht bereits vor dem IST Aufenthalt
- Weiterbehandlung durch einen Hausarzt.	- behandelnder Arzt betreut bereits Patienten des komplementären Studienarmes. ⁵⁴

Da insbesondere Sprachkenntnisse, kognitive Funktion und Sprachfähigkeit bereits Gegenstand der Ausschlusskriterien der SMOOTH-Studie waren, wurden zusätzliche weitere Ausschlusskriterien nicht als notwendig angesehen.

Nach der Beendigung der Interviewaufnahmephase wurde die Stichprobe dahingehend überprüft, ob Konstellationen in der Gruppe fehlten (z.B. ob nur die Befragung von Frauen stattgefunden hat). Mit Hilfe des sog. Saturierungsprinzips wurde die Verallgemeinbarkeit der Stichprobe und deren Aussagen überprüft.⁵³ Eine Sättigung war nach der Interviewphase in Berlin noch nicht erreicht. Es folgten Gespräche mit Sepsispatienten in Jena.

Gewinnung der Interviewpartner

Die CM S.K. kontaktierte einen potenziellen Interviewpartner per Telefon. Über die CM erhielt der Patient eine Erstinformation über die geplante Interviewstudie. Bei Einverständnis des Patienten gab die CM dessen Kontaktdaten an die Interviewerin weiter. Es erfolgte eine Kontaktaufnahme durch die Forscherin per Telefon zur Terminabsprache. Von den durch die Interviewerin kontaktierten Interventionspatienten haben alle primär zugestimmt. Ein Interview konnte wegen einer akuten Erkrankung der Patientin mit anschließendem Rehabilitationsbedarf nicht geführt werden. Ein weiteres Gespräch wurde ebenfalls nicht geführt, weil ein Angehöriger der Interventionspatientin die Zustimmung zurückgezogen hatte.

Der Standort Berlin hatte zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme durch die Case Managerin 91 eingeschlossene Patienten, von denen sich 45 in der SMOOTH-Interventionsgruppe befanden. Von diesen 45 Patienten waren 35 mindestens 8 Monate lang in der Studie eingeschlossen. Aus dieser Gruppe von 35 möglichen Interviewpartnern wurde ein möglichst breites Spektrum an Teilnehmern rekrutiert (unterschiedliche Altersgruppen, Frauen und Männer, Patienten mit und ohne Vorerkrankungen).

Nach Beendigung der Interviewdurchführung in Berlin wurde ersichtlich, dass es notwendig ist, noch weitere Patienten zu befragen, da noch keine Saturierung erreicht und nur eine sehr geringe Anzahl jüngerer Patienten (Altersdurchschnitt 66 Jahre) eingeschlossen war. Hierfür wurden weitere Interviews mit Interventionspatienten der Standorte Jena und Bad Berka geführt.

An den Standorten Jena und Bad Berka wurden von den dort tätigen Case Managerinnen H.K. und A.B. gezielt jüngere Patienten der Interventionsgruppe (ebenso Mindestteilnahmezeit 8 Monate) kontaktiert. Diese lagen mit einem Durchschnitt von 52 Jahren alle unterhalb des bisherigen Alters. Die Kontaktaufnahme verlief analog. Es wurden im Laufe der Interviewphase so viele Patienten rekrutiert, bis eine Saturierung in 3 aufeinanderfolgenden Interviews erreicht wurde.

Ethikvotum

Die Studie „Wahrnehmung eines strukturierten Nachsorgeprogramms (SMOOTH) nach Sepsis aus der Sicht von Patienten: Qualitative Experteninterviews mit Betroffenen.“ wurde durch die Ethikkommission der Charité Universitätsmedizin am 26.04.2013 genehmigt (Aktenzeichen EA 4/023/13).

2.4 Interviewdurchführung

Rahmenbedingungen bei der Interviewführung

Die geschätzte Dauer eines Gesprächs wurde den Interviewten mit ca. 60 min angegeben. Der Ort und die Zeit konnte vom Patienten frei gewählt werden. Es bestanden die Optionen der Befragung im häuslichen Umfeld, in einem dafür bereitgestellten Raum im Institut für Allgemeinmedizin der Charité Berlin oder einer anderen vom Patienten gewählten Örtlichkeit, soweit praktikabel. Eine Gesprächssituation in einer vom Befragten frei gewählten Umgebung bietet die Möglichkeit, ein Sicherheitsgefühl zu vermitteln. Alle Patienten erhielten postalisch vorab das Informationsschreiben und eine Einverständniserklärung. Sie wurden darüber informiert, dass die gewonnenen personenbezogenen Daten anonymisiert werden und somit keine Rückschlüsse auf die teilnehmende Person gemacht werden kann. Vor Beginn der Interviewaufnahme wurde überprüft, ob die Einwilligungserklärung durch den Interviewteilnehmer unterschrieben wurde. Die Interviewerin vergewisserte sich vorab, ob Fragen bezüglich der Studie bestanden.

Materialgewinnung

Alle durchgeführten Interviews wurden mit Hilfe eines digitalen Aufnahmegerätes im Dateiformat „wma“ aufgenommen. Vor Beginn des Interviews holte die Interviewerin ein erneutes mündliches Einverständnis zur digitalen Aufzeichnung und dem Anfertigen von schriftlichen Notizen ein.

Die Befragung folgte dem angefertigten Leitfaden. Primär wurden die Hauptfragen gestellt. Gab der Patient keine Antwort die half, die Forschungsfrage zu beantworten, wurden Nebenfragen gestellt. Die Anordnung der Fragen wurde flexibel gestaltet und so dem Gesprächsverlauf angepasst. Nach Beendigung des Interviews hat die Interviewerin in Abwesenheit des Patienten ein Gedächtnisgesprächsprotokoll angefertigt, um die Interviewsituation und die Atmosphäre festzuhalten. Ebenso wurden besondere Vorkommnisse, wie schwierige Passagen während des Interviews, festgehalten.

Materialverarbeitung

Das digitale Tonmaterial im WMA-Format wurde mit Hilfe der Software „MediaHuman Audio Converter“ in MP3- Dateien umgewandelt, damit es der Transkriptionssoftware

„f4-plus“ zugänglich gemacht werden konnte. Mit Hilfe der F4- Software wurden alle 19 Interviews Wort für Wort transkribiert. Dialekte wurden für ein besseres Verständnis geglättet. Füllwörter wie beispielsweise „äh“ oder „mhm“ wurden nicht niedergeschrieben, solange sich kein Bezug zum inhaltlichen Kontext ergab. Die Niederschrift wurde in einem Word-Dokument gespeichert und mit durchgehenden Zeilennummern versehen, um markante Textstellen im späteren Analyseverlauf leichter zuordnen zu können. Die transkribierten Interviews wurden mit römischen Ziffern zur Wahrung der Anonymität durchnummeriert (0-XVIII). Tabelle 4 zeigt Sonderzeichen, die bei der Transkription verwendet wurden, um Textstellen und deren Bedeutungen zu unterstreichen oder näher zu erläutern.

Tabelle 4: Sonderzeichen Transkription

..	kurze Pause
...	lange Pause
&	Satz abgebrochen
[]	Kommentar durch Interviewer eingefügt
U	unverständlicher Wortlaut
E	Ehepartner berichtet
B	Wort wird betont
L	befragte Person lächelt
N	befragte Person nickt
S	befragte Person schüttelt den Kopf

2.5 Anwendung qualitative Inhaltsanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse

Philipp Mayring hat Techniken einer qualitativen Inhaltsanalyse entwickelt (Tabelle 5).⁴⁴ Sein Verfahren zielt darauf ab, theorie- und regelgeleitet komplexe Informationen zu analysieren. Ein Kategoriensystem wird am Material überprüft und abgeglichen. Bei der Inhaltsanalyse nach Mayring werden prinzipiell drei Vorgehensweisen unterschieden und angewendet:

Tabelle 5: Techniken der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring

Technik	Vorgehensweise	Ergebnis
Zusammenfassende Inhaltsanalyse	Entstehung eines Kurztextes	Zusammengefasster Text mit wesentlichem, überschaubarem Inhalt ⁴⁴
Explizierende Inhaltsanalyse	Unklare Textstellen werden durch zusätzliches Textmaterial an anderer Stelle zur Erläuterung genutzt	Unklarheiten einzelner Textstellen werden bereinigt ⁴⁴
Strukturierende Inhaltsanalyse	Textmaterial wird unter vorgelegten Kriterien eingeschätzt und Kategorien zugeordnet	Textmaterial wird immer eindeutig einer Kategorie zugeordnet. Die Zuordnung entspricht einem Querschnitt des gesamten Materials. ⁵⁵

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring werden die Grundformen der Zusammenfassung mit der induktiven Kategorienbildung, sowie die strukturierende Inhaltsanalyse mit der deduktiven Kategorienbildung angewendet. Die Stärke der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring besteht darin, dass die Analyseschritte im Vorfeld festgelegt werden und aus einzelnen Interpretationsschritten besteht.⁵⁶ Diese transparente Methode ermöglicht eine Nachvollziehbarkeit und eine intersubjektive Überprüfbarkeit und macht es so zur wissenschaftlichen Methode.⁵⁶ Die Kategorienbildung steht im Zentrum der Inhaltsanalyse. Die Entwicklung der Kategorien verläuft im Wechselverhältnis zwischen der Fragestellung und dem konkreten Material. Es gelten Konstriktions- und Zuordnungsregeln. Während der Analyse wird das System überarbeitet und rücküberprüft.⁵⁶

Das Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring im vorliegenden Forschungsprojekt war es, die Interviews der Sepsispatienten als Text systematisch zu analysieren und dabei den wissenschaftlichen Ansprüchen gerecht zu werden. Qualitative Inhaltsanalyse soll verhindern, das Textmaterial vorschnell zu quantifizieren und stattdessen am entwickelten Kategoriensystem den Interviewinhalt theoriegeleitet analysieren.⁵⁵

Zusammenfassung mit induktiver Kategorienbildung

Bei der induktiven Kategorienbildung wird die Technik der Zusammenfassung im Sinne der zusammenfassenden Inhaltsanalyse genutzt. Hier werden die Kategorien schrittweise aus dem vorliegenden Material entwickelt.⁴⁴ Die Transkriptionen werden

Satz für Satz durchgegangen und im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfrage werden Textbestandteile selektiert. Eine Kategorie wird gebildet, indem man die entsprechende Textstelle mit einem Begriff oder Satz beschreibt, der den Inhalt möglichst nah am Ausgangsmaterial wiedergibt. Wird eine weitere Textstelle gefunden, die dazu passend zu sein scheint, wird sie der zuvor gebildeten Kategorie zugeordnet. Dies nennt man Subsumption.⁵⁵ So entsteht Schritt für Schritt ein Kategoriensystem, welches nachvollziehbar ist und den Sinngehalt des Textes in einer zusammengefassten Kategorie wiedergibt. Die Form der induktiven Kategorienbildung wurde bei Aussagen von Patienten genutzt, die unmittelbar zur SMOOTH-Studie und damit im Zusammenhang stehende Bereiche erwähnt hatten.

Strukturierende Inhaltsanalyse mit deduktiver Kategorienbildung

Um die strukturierende Inhaltsanalyse anwenden zu können, müssen definierte Kategorien vor der Bearbeitung des transkribierten Materials erstellt werden. Die deduktiven Kategorien wurden aus dem Interviewleitfaden heraus entwickelt und jeweils mit einer Explikation (Fundstellenbeschreibung) versehen. Zusätzlich wurde jeder Kategorie ein Ankerbeispiel aus einem Interview zugeordnet, welches in die entsprechende Kategorie fällt und ein konkretes Beispiel für andere Textstellen sein soll, die später in diese Kategorie einsortiert werden können.

Die strukturierende Inhaltsanalyse kann in vier Formen unterschieden werden: Eine Analyse mit Hilfe der formalen, inhaltlichen, typisierenden oder skalierenden Strukturierung.⁵⁷ Hier wurde die inhaltliche Strukturierung genutzt, um das Textmaterial zu bestimmten Themenbereichen zu extrahieren und zusammenzufassen. Welche Aspekte das genau sind, wird im Vorfeld durch die deduktive Kategorienbildung mit der Erstellung von Ober- und Unterkategorien definiert.⁵⁷ Es folgt eine Zusammenfassung von Paraphrasierungen pro Unterkategorie und dann pro Hauptkategorie.⁵⁷ Das Ankerbeispiel wird als Textstelle, welches die Bedeutung der Kategorie am besten wiedergegeben hat, genannt.⁵⁸

Die unterschiedlichen Analyseverfahren der induktiven und deduktiven Kategorienbildung können in einer Inhaltsanalyse verwendet werden.⁵⁸

Nach Abschluss der Kategorienbildung erfolgte eine Probekodierung durch die Interviewerin und eine quantitative Überprüfung der Interkodierübereinstimmung. Um die Zuverlässigkeit des qualitativen Forschungsprojektes zu sichern, wurde das ausgewertete Material ebenso innerhalb der Forschergruppe auf seine

Interkodierr reliabilität überprüft. Es wurde getestet, in welchem Umfang die Kodierung des Datenmaterials bei wechselnden Kodierern übereinstimmt.⁵⁹ Zu den Kodierern gehörten die Forscherin M.B., die Betreuerin Dr. med. S.B. und eine weitere Doktorandin L.D.. Es wurden 2 Interviews für eine Überprüfung ausgewählt. Einige wenige Textstellen wurden dem Kategoriensystem durch die Kodierer unterschiedlich zugeordnet. In einem gemeinsamen Gespräch wurden diese besprochen und fehlende Übereinstimmungen näher beleuchtet. Gegebenenfalls wurden Fundstellenbeschreibungen näher spezifiziert, um eine höhere Übereinstimmung bei folgenden Analyseverfahren zu erreichen.

Teilauswertung des Fragebogens

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit wurden nur die Antworten zu den Fragen der Punkte 5,6,7 und 9 (siehe oben) ausgewertet. Thematisch ging es dabei um das Empfinden der Intervention des SMOOTH Nachsorgeprogramms, dem Wissen zur Sepsis und um die Wahrnehmung zur Hausarztbetreuung. Zur Evaluierung des SMOOTH Nachsorgekonzepts war die Fülle an Material ausreichend und konnte ausreichend Informationen zur Auswertung hervorbringen.

3 Ergebnisse

3.1 Stichprobe

Zum Zeitpunkt der vorliegenden Befragung im Februar 2013 befanden sich 45 Patienten in der Interventionsgruppe der SMOOTH Studie am Standort Berlin. Davon wurden 23 bereits über mehr als 8 Monate in der Interventionsgruppe betreut. Alle potentiellen Interviewpartner wurden durch die CM im Vorfeld der Befragung telefonisch kontaktiert. 5 der angesprochenen 23 Patienten lehnten eine Teilnahme an der Studie primär ab. Eine Patientin konnte aufgrund logistischer Schwierigkeiten (Entfernung des neuen Wohnorts) nicht persönlich interviewt werden. Bei Zusage zu dem Interview vereinbarte die Autorin mit den Patienten telefonisch einen Gesprächstermin. Die Interviewpartner erhielten postalisch ein Informationsschreiben und eine Einwilligungserklärung. Mit insgesamt 17 Patienten konnte ein konkreter Gesprächstermin vereinbart werden. Davon konnten 2 Patienten aufgrund von kurzfristigen Erkrankungen nicht am Gespräch teilnehmen. Bei einer Patientin wurde

die primäre Zusage durch eine Familienangehörige zurückgezogen. Sie vermuteten das Gespräch als zu belastend für die Betroffene.

Damit wurden 14 Patienten des SMOOTH Nachsorgeprogramms aus dem Raum Berlin befragt.

In Jena und Bad Berka entsprachen 10 Patienten den Einschlusskriterien dieser Studie. 3 Patienten konnten von der dortigen CM im Vorfeld nicht erreicht werden; 2 Patienten wurden durch die Forscherin nicht erreicht. Insgesamt fanden 5 Gespräche mit Betroffenen statt.

Entsprechend wurden Februar 2013 bis September 2013 19 Interviews mit Interventionspatienten durchgeführt. 12 Gesprächspartner waren männlich, 7 weiblich. Der jüngste Patient war zum Zeitpunkt der Befragung 42 Jahre, der Älteste 82 Jahre alt. Das durchschnittliche Alter lag bei 61 Jahren.

3.2 Begleitumstände und Dauer der Interviewgespräche

Die Durchführung der Interviews fand mehrheitlich im häuslichen Umfeld statt (16 Interviews). Ein Gespräch wurde wegen der Entfernung des Wohnortes des Patienten an seinem Arbeitsplatz (Büro) aufgenommen; ein anderes Gespräch in einer Dialysepraxis während der Behandlung. Ein weiteres fand in den Räumen des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité Universitätsmedizin statt. Es herrschte überwiegend eine ruhige und entspannte Gesprächsatmosphäre. Lediglich bei der Interviewführung in der Dialysepraxis konnte keine private Gesprächssituation herbeigeführt werden, weil der Patient während des Interviews seine Hämodialyse erhielt. Es gab bei keinem der Gespräche terminlichen Druck. Bei einem Interview war die Ehefrau anwesend, um ggf. bei Verständnisschwierigkeiten wegen einer leichten Sprachstörung ihres Mannes während des Interviews zu unterstützen. Bei einer Patientin war gelegentlich eine Bekannte der Familie im Raum und bei einer anderen Betroffenen kam die Tochter während des Gesprächs dazu. Es wurde jedoch keine Veränderung der Gesprächssituation durch die Anwesenheit einer weiteren Person durch die Forscherin wahrgenommen. Bei einem der Interviews war die digitale Aufnahme nicht kontinuierlich durchzuführen. Das Gespräch wurde kurzzeitig unterbrochen und mit Hilfe eines Ersatzaufnahmeegerätes und einem anschließenden Gedächtnisprotokoll weitergeführt (Interview Nr. IX).

Die durchschnittliche Gesprächsdauer betrug ca. 39 min. Die Dauer des kürzesten Interviews lag bei 18 min; das längste Gespräch hatte eine Dauer von 1 Stunde und 7 Minuten.

3.3 Patientenwahrnehmung der Intervention „Schulung“ durch die CM

Mit Hilfe der Interviews wurde die Wahrnehmung und der Effekt der Schulung durch die CM beim Patienten eruiert. Die Betroffenen berichteten von unterschiedlichen Erfahrungen und nahmen auch den Nutzen des Patientenmanuals und der Informationen zu Sepsisfolgen für sich persönlich unterschiedlich wahr.

3.3.1 Nutzung des Patientenmanuals

Hilfreiche Unterstützung

Eine Patientengruppe (4 Befragte) hat von dem Patientenmanual der SMOOTH-Studie profitiert und konnte es als Nachschlagewerk nutzen (Abbildung 3).

B¹: ---² ich fand es doch interessant und der Ordner ist für mich auch sehr wichtig. Der liegt auch immer im Wohnzimmer. Falls ich mal was nachgucken will. Auch wenn ich mal unsicher bin. --- Ich habe das schon oft in der Hand gehabt. (X, 619 ff.)

B: Und sie hat mich ja auch aufgeklärt so mit der Sepsis und so, hat sie mir ja auch schon ein paar Fragen gleich nach dem Krankenhaus, wo sie hier war, hat sie mir auch schon beantwortet. (XIII, 469 ff.)

Naja, sie hat mir so ein paar Broschüren gegeben, wo ich mich dann belesen konnte. Wo man dann schon so ein bisschen wenigstens nachvollziehen konnte, was da eigentlich alles bei mir passiert ist. (XIII, 545 ff.)

--- Das war schon sehr interessant, also. Wie gesagt, ich habe ja nie gewusst, dass eine Sepsis ja eigentlich ja fast ein Todesurteil ist. (XIII, 663 ff.)

¹ „B“ entspricht der Aussage des Sepsispatienten.

² „---“, ersetzt Gesagtes, welches für die Beantwortung der Forschungsfrage nicht relevant ist.

Es wurde davon berichtet, dass Informationen über die Studie selbst im Manual als hilfreich (XV, 459 ff.) gewertet wurden und die Menge der Daten ausreichend war. Einige Patienten berichteten auch davon, weitergehende Medien als Informationsquelle zusätzlich genutzt zu haben (XVIII, 371 ff., VII, 430 ff.).

Desinteresse am Patientenmanual

Eine weitere Patientengruppe (5 Interviewteilnehmer) gab an, die Informationen des Patientenmanuals nicht als hilfreich bzw. informativ empfunden zu haben. Sie erklärten, kein tiefergehendes Interesse daran zu haben oder bereits über bestehendes Wissen zur Sepsis zu verfügen (Abbildung 3).

B: Aber ich habe: ja, das ist ein schönes Thema. Gut und habe das eben mitgehört. Habe dann keine Aufzeichnungen geführt [L] und nichts. (VIII, 734 ff.)

Ein Teilnehmer begründete sein Desinteresse damit, jetzt gesund zu sein und es deshalb als unnötig erachtet hat, Informationen zu erhalten.

B: --- Das hätte gar nicht sein brauchen. Weiß ich nicht, was die damit wollen. Keine Ahnung. --- Na, weil ich mich nicht schlecht fühle. (X, 235 ff.)

Ablehnung tiefergehender Informationen

Eine Gruppe von 4 Patienten lehnte es ab, tiefergehende Informationen über die Folgen einer Sepsis zu erhalten, weil sie dies als Belastung oder zu früh empfanden (Abbildung 3).

B: Ja, ich gucke da auch nicht rein. Weil es mir aus meiner Sicht gut geht und ich mich mit „Wenn und Abers“ oder so belasten möchte. --- Aber mich nur noch vorsehen und nö, habe keine Lust drauf. Und deshalb vielleicht liegt es auch bei mir, wenn da Information gelaufen sind und also die ich dann wieder weg getan habe und auch die schriftlichen Dinge nicht nachgelesen habe. Dann liegt das an mir. Hundert Prozent. (VII, 428 ff.)

B: Ja, ich habe so eine Mappe gekriegt gehabt. --- Ich hatte mal kurz, aber das war mir dann alles zu viel. --- Weil das alles war mir dann alles irgendwie zu viel

dann. Das werde ich jetzt mal irgendwann im Winter in Angriff nehmen, wo ich ein bisschen ruhiger bin. --- Aber so richtig beschäftigt habe ich mich auch nicht damit. (XIV, 526 ff.)

Zwei der vier Patienten, welche keine näheren Informationen zu ihrer Erkrankung und deren Folgen gewünscht hatten, hatten negative Erfahrungen in der Akutphase ihrer Sepsis auf der Intensivstation gemacht. Sie berichteten von einem Autonomieverlust und Angst, die sie erlebt haben.

B: Naja, ich denke nicht gerne daran, aber jetzt natürlich sehr distanziert. Puhhh, weiß ich nicht. Es war im Nachhinein und war furchtbar. Es war sehr furchtbar. Es sind noch in der Zeit sind noch Zwei verstorben da, was man so mitbekommen hat. Die wurden dann rausgeschoben und das allerschlimmste damals dann, daß die irgendeine Schwester. Hab [U] irgendeine Schwester hat gesagt: na das wird wohl der nächste sein. Ja, die hat mich sicher nicht gemeint oder vielleicht doch gemeint. Weiß ich nicht [B]. Jedenfalls das war für mich das allerschlimmste Erlebnis. --- die Zeit selbst habe ich, ich möchte sie einfach nicht mehr erleben wollen. Soviel darüber reden. Äh, ne, das möchte ich auch nicht mehr. Weil auch bestimmte Dinge völlig weg sind. Ja, die habe ich vielleicht alle so verdrängt, das ich da nichts mehr. Ne. [U] War schlimm genug. (VII, 161 ff.)

B: --- Das war auf Deutsch gesagt widerlich --- Weil man eben nichts machen konnte. Man war so, denn danach so tot und das und wie gesagt, das war auf der Kippe. (VIII, 39 ff.)

Die anderen beiden Befragten, die ebenfalls keine Informationen wünschten, berichteten nicht über negative Erfahrungen während des Krankenhausaufenthaltes, jedoch von einer starken Belastung durch die Pflege von eigenen Angehörigen.

B: Weil, er war ja dann plötzlich von einem Tag auf den anderen überfordert, dass er alleine da stand und musste nun machen. Ja. Und da merkte ich total, er hat ja überhaupt nichts auf die Reihe gebracht. Ja, egal was ich von ihm gesagt habe, was er mitbringen soll, hat er ja nicht geschafft. ... Nein, ich hatte keine Zeit um praktisch um mich zu kümmern, weil ich gleichzeitig mit ihm. (XI, 754 ff.)

I: Schwierige Zeit, ja. Ok. [Ehefrau weint fast wieder] --- Und dann kommt früh die Diakonie und macht ihn mir fertig, setzt in den Rollstuhl und ich mache dann den Rest des Tages dann alles, wenn ich von Arbeit komme. (XVI, 233 ff.)

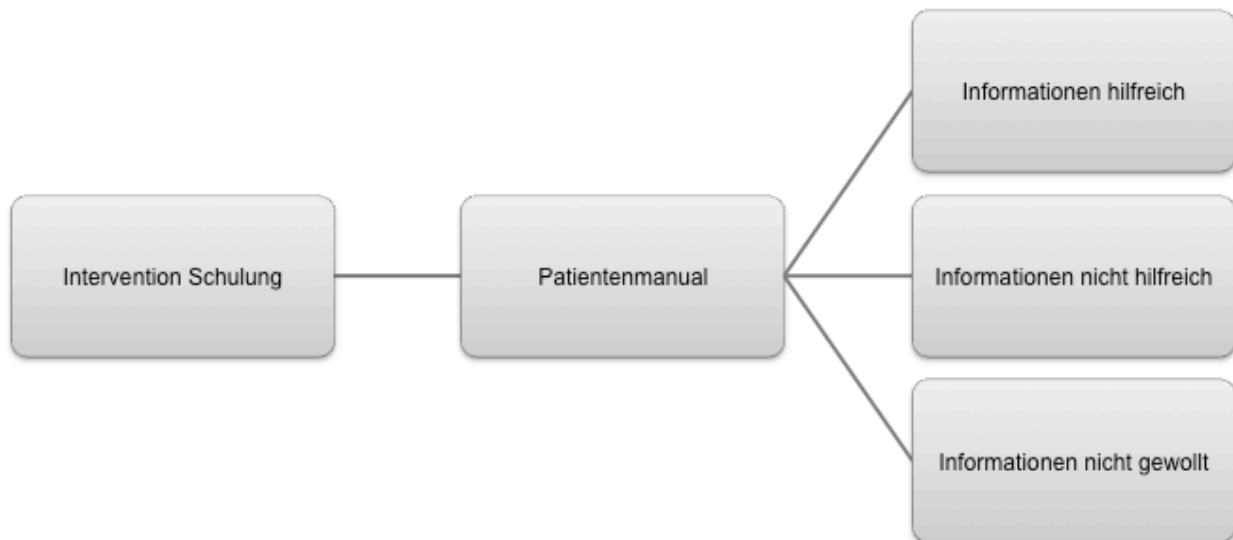


Abbildung 3: Kategoriensystem der Schulungsintervention durch die CM

3.3.2 Schulungsvorgang durch die Case Managerin

Fehlende Erinnerung an die Schulungssituation

Die Schulung selbst wurde nur von wenigen Befragten (5 Patienten) als solche wahrgenommen. Der Erhalt des Patientenmanuals und die damit verbundenen Informationen konnten von vielen nicht als Schulung erinnert werden (Abbildung 4).

I³: Wurden Sie von jemandem aus der SMOOTH Studie geschult zur Sepsis bzw. zu den Folgeerkrankungen, die daraus entstehen?

B: Nein. (XIV, 520 ff.)

B: Von welcher Schulung? ... Aber ich bin einfach so. Und sie wird mir, sie hat mir eine Menge Zeug gegeben. Ich habe eine schöne Mappe von ihr bekommen. (VII, 417 ff.)

³ „I“ entspricht der Frage der Interviewerin.

I: Gab es denn noch andere Situationen, wo Ihnen etwas erzählt wurde über die Sepsis, wo Sie informiert wurden?

B: 442: Nein. ... Ja. Boah, ich weiß es nicht mehr. (XII, 442 ff.)

Wenige Patienten konnten von der Schulung durch den CM berichten; einer von diesen konnte sich an die Schulungssituation erinnern, aber nicht mehr an dessen Inhalt (VIII, 732 ff.)

I: Ich würde gerne noch einmal kurz zu dieser Schulung zurückgehen beziehungsweise die, ich weiß nicht inwiefern die [CM] mit Ihnen besprochen hat, was Sepsis ist, was sie für Folgen nach sich ziehen kann?

B: Ja, das hatte sie gesagt. Und ich habe auch der Unterlagen. Einen ganzen Hefter. Hatte sie mir zur Verfügung gestellt. (XV, 448 ff.)

Zwei weitere Betroffene konnten keine konkrete Aussage dazu machen, dass die Schulung erinnerlich war. Sie berichteten jedoch von einem Effekt auf das eigene Gesundheitsverhalten, was darauf schließen lässt, dass die Schulung als solche wahrgenommen wurde. (XVI, 695 ff., X, 247 ff.)

3.3.3 Schulungseffekt für den Sepsispatienten

Persönlicher Profit

Eine weitere Fragestellung, die es mit Hilfe der semistrukturierten Interviews zu beantworten galt, war der Effekt der Schulung durch die CM auf das Gesundheitsverhalten des Interventionspatienten. Für einen großen Teil der Gruppe war die Schulung nicht erinnerlich (5 Patienten). Von den Patienten, die sich an die Schulungssituation erinnern konnten (3 Befragte), konnte keiner Informationen der Schulung im Alltag umsetzen (Abbildung 4).

B: Mehr oder weniger. ... Nein [L] könnte ich jetzt nicht auf Anhieb etwas sagen. (XV, 466 ff.)

Zwei der Befragten berichteten von einem Effekt auf ihr Gesundheitsverhalten durch die Schulung durch die CM. Einer habe sein Ernährungsverhalten aufgrund des Informationsgewinns aus der Schulung verändert.

I: Konnten Sie denn selbst davon profitieren, dass Sie mitgemacht haben?

B: Der Hinsicht, sage ich jetzt mal, sind manche Sachen eben doch rübergekommen, wo ich dann auch erst wieder angefangen habe mich wieder aufzubauen, auch gerade was das Essen angeht, wo das geschmacklich nicht so in Ordnung war. ... Was soll ich da groß sagen? Da isst du eben 5 Mahlzeiten. Ja dann isst du 5 Mahlzeiten. Ok. (XVI, 695 ff.)

Ein anderer Patient berichtet davon, seit der Schulung vermehrt auf die regelmäßige Einnahme seiner Medikamente zu achten.

I: Wie haben Sie denn, haben Sie denn für sich Informationen aus dieser Schulung, die Frau K.⁴ mit Ihnen gemacht hat, mitnehmen können?

B: Ja, dass man regelmäßig die Medikamente nimmt oder genommen hat. Morgens zwei, abends zwei. Ja, na sonst. (X, 247 ff.)

Die Patienten, die einen Effekt der Schulung auf ihr Gesundheitsverhalten verzeichnen konnten, waren beides Befragte, die sich körperlich in ihrer Freizeit betätigen und sich selbst nicht als krank bezeichneten. Sie waren beide aus subjektiv völliger Gesundheit heraus an einer Sepsis erkrankt.

B: Das Umfeld sagt immer wieder: Ich bin krank. Ich sage: Die Krankheit hat man mir eigentlich rausgeschnitten. Also bin ich nicht mehr krank. Ich bin körperlich beeinträchtigt. Das ist wichtig wegen Kopf. (XVI, 75 ff.)

⁴ „Frau K.“ entspricht der Case Managerin aus Berlin.

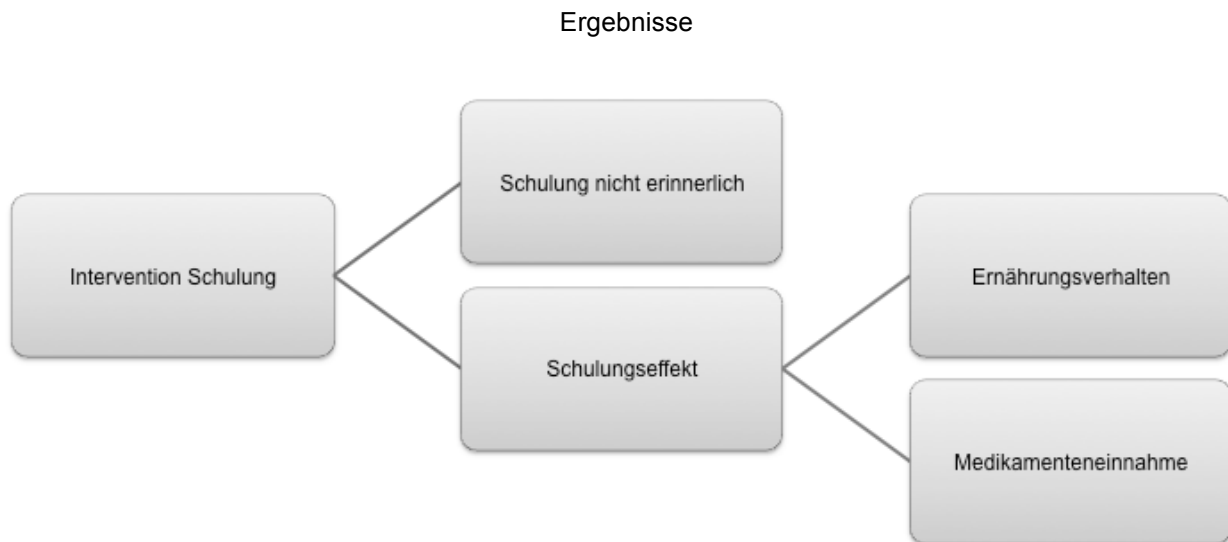


Abbildung 4: Kategoriensystem des Effekts der Schulung durch die CM

3.4 Wahrnehmung der Intervention „Befragung“ durch die CM

Die Intervention bestand weiterhin darin, ein intensiviertes Monitoring nach Entlassung bei den Sepsispatienten durchzuführen. Das Monitoring beinhaltete die telefonische Kontaktaufnahme und die standardisierte Befragung zu den sechs Hauptkomplikationen der Sepsis sowie die schriftliche Rückmeldung an den Hausarzt anhand einer nach Dringlichkeit geordneten Risikoeinschätzung mit Hilfe eines Ampel-Schemas.⁶⁰ Das Monitoring durch die CM wurde von den Interventionspatienten unterschiedlich wahrgenommen (Abbildung 5).

3.4.1 Positives zur Befragungssituation

Ein Teilaspekt der Intervention war die Befragung durch die CM. Sie wurde von der Mehrheit der Patienten (14 Interviewpatienten) positiv bewertet (Abbildung 5).

Angenehmes Gespräch

Auf Nachfrage, wie die Befragung durch die CM empfunden wurde, wurde sie als nette Unterbrechung beschrieben.

B: Also, das war eine schöne, war eine schöne Unterbrechung. (V, 162 ff.)

Zuwendung erlebt

Die Gesprächssituation wurde als angenehm beschrieben und als abwechslungsreich empfunden. Die Befragten gaben an, Zuwendung durch die CM erlebt zu haben.

B: Naja. Wie ist das sonst. Wie ich schon sagte. Ist schon, irgendwo war schon angenehm, wo ich noch zu Hause war, war ich ja noch krankgeschrieben, wo sie dann angerufen hat und gefragt hat, ob ich mal eine halbe Stunde Zeit hätte. Das war schon, na ja, irgendwie schön. Sage ich mal. (XIII, 629 ff.)

B: Das war sehr interessant. Ich meine, ich komme ja nun nicht mehr sehr viel raus und so nun und da war das sehr angenehm, würde ich sagen. (XV, 272 ff.)

Eine Patientin beschrieb es als wichtig, mit jemandem zu sprechen, der nicht unmittelbar in das persönliche Geschehen involviert sei.

B: Ach naja, das war schon wichtig. Wie soll ich das sagen. Mit anderen vielleicht auch mal drüber zu sprechen, mit Außenstehenden. (XV, 514 ff.)

Gespräch über Gesundheitszustand

Einige Interviewte äußerten sich positiv darüber, dass ein echtes Interesse am Gesundheitszustand seitens der CM bestanden hätte. Sie beschrieben es als angenehm, von jemandem befragt zu werden, der fachlich kompetent sei und über medizinisches Wissen verfügen würde.

B: Ach, das war schon in Ordnung. Ich fand das ganz gut. Irgendwie hatte man das Gefühl, da ist einer, der interessiert sich so ein bisschen für deine Wehwehchens. Ja. Das ist ja nicht immer so. (I, 620 ff.)

B: Ich finde die schon wichtig für mich. --- Na, daß mal jemand nachfragt, wie es mir geht und so. --- Und auch eben fachlich und nicht irgendwie Bekannte: wie geht's? Das interessiert die ja eh nicht. Wenn jemand fragt: wie geht es dir? Es interessiert eigentlich keinen und dann sag ich: nimm dir zwei Stunden Zeit und dann erzähle ich es dir. Ja. (XII, 620 ff.)

Vermittlung von Sicherheit

Ein zentraler Aspekt, der von vielen Patienten genannt wurde, war die Vermittlung von Sicherheit. Es wurde als beruhigendes Gefühl beschrieben, dass die CM bei Bedarf

kontaktiert werden könne und immer als Ansprechpartner für die Patienten zur Verfügung stünde.

B: Also, Frau K. war immer sehr interessiert an meinem Zustand. Körperlich wie auch psychisch. Wie es mir gegangen ist. Welche Fortschritte ich mache. Was für Hilfen vor allem war immer wieder das Thema. Wenn ich irgendetwas brauche. Wenn ich irgendwie einen Rat oder eine Frage habe, soll ich mich melden und da wäre sie immer für mich da. (II, 405 ff.)

B: Das war jetzt beruhigender für mich. Das war jetzt beruhigender --- Dann fühle ich mich schon gut aufgehoben. (II, 462 ff.)

B: Und ich finde das schon mal ganz gut, dass man da auch einmal weiß, wie und was und sie haben ja auch gesagt immer von Jena, wenn mal irgendetwas ist soll ich sagen, das sie uns da auch Hilfe anbieten. Bis jetzt brauchte ich es noch nicht in Angriff nehmen. Aber man weiß es ja immer nicht. (XIV, 384 ff.)

B: Das war auch angenehm. --- Nein, mir hat das so gereicht. Aber ich hätte ja jederzeit anrufen können. (XV, 308 ff.)

Ein Patient stellte die persönliche Komponente in den Vordergrund. Auch wenn es das Internet als Informationsquelle gebe, würde er den persönlichen Kontakt zur CM bevorzugen.

B: --- Ich habe sie ja nicht weggeschmissen, die Karte [L]. Ist so, man hat immer einen. Zur Not immer [(B)] einen da, der. --- Und da würde ich natürlich jetzt nicht aufs Internet zurückgreifen und da machen. Dann würde ich schon persönlich. Ist dann schon ein bisschen anders. Nicht? (XIII, 753 ff.)

Auf die Interviewfrage, wie es denn für sie sei, dass sich noch jemand anderes um ihre Gesundheit bemühe, äußerte eine Patientin, dass sie es gut fände. So habe sie die Möglichkeit, Nachfragen zu stellen, die sie bei ihrem Hausarzt vergessen habe.

B: Finde ich gut. Ja. Und dann manchmal wenn ich dann denke, hast du bei Frau Doktor auch alles gefragt, weil ich mir schon immer einen Zettel mache und

manchmal fällt einem dann doch was ein, ja, was ich jetzt auf Anhieb nicht sagen könnte und dann denke ich, ach das ist ja schön, dass sie gerade anruft, dann kannst du gleich mal fragen. --- Man geht in die Sprechstunde und sagt das und das wolltest du fragen und dann hat man doch irgendeine Sache bestimmt vergessen. (IX, 779 ff.)

B: --- auch wenn ich mich darüber unterhalte und ich sage, vielleicht habe ich auch manchmal ein Problem gehabt, was mir jetzt aber nicht so gleich einfällt, dass ich das mit ihr besprechen konnte. --- Nein, doch ich finde das sehr gut. Ja. [...] Ich würde sowas immer machen. Befürworte ich auch. [...] [Blättert im Buch] Wie sollte sonst die Nachwelt davon profitieren. (IX, 1106 ff.)

Die Ehefrau eines Teilnehmers empfand es als beruhigend, eine medizinische Zweitmeinung bei Bedarf in Anspruch nehmen zu können.

B: Ich finde das nicht schlecht, weil da hat man immer mal zwei Seiten. Wo man mal sagen kann: ich frage erst mal Jena, wie und was und wenn, dann kann ich immer noch mal meine Ärztin fragen, was sie dazu sagen würde. Also es ist immer mal ganz gut, wenn du mal zwei Seiten hören tust. Als wie nur eine Seite und dich dann drauf versteifen tust. (XIV, 446 ff.)

Reflexion des eigenen Gesundheitszustandes

Die Reflexion des eigenen Gesundheitszustandes durch die Befragung der CM wurde von mehreren Patienten als positiv bewertet.

B: Dann konnte man auch selber mal reflektieren eigentlich, wie es mir geht. Das war von daher, war es eigentlich gar nicht schlecht [U] um den Abständen rum hatte. --- Ja, auf jeden Fall. Also, ich habe es als hilfreich empfunden. Jetzt für mich als Patienten. (XVIII, 294 ff.)

B: Na im Sinne von Informationen für mich selber, das ich mich damit befasst habe zum einen oder auch mit eben durch die Umfragen da monatlich oder zweimonatlich. Daß man mal selber so reflektiert, wie einem wirklich geht und so. Also habe ich schon profitiert auch davon. (XVIII, 459, ff.)

B: Das war gut. --- Das sind ja immer so Sachen, die einen ja selbst auch interessieren, wenn irgendwas dann mal da zur Sprache kommt. (VI, 311 ff.)

B: Nein, es ist immer ganz interessant, weil, die haben ja dann auch immer die Ergebnisse vom letzten Mal noch so da liegen. Wenn man da eine kleine Steigerung dann schon hört, wo sie sagen: oh, das ist aber besser geworden wie das letzte Mal und so. Da merkt man ja doch. Es hat sich ja doch was verändert. (XIV, 779 ff.)

Ein Patient beschrieb, dass er seinen Lebensalltag anpasste, sofern er eine entsprechende Rückmeldung durch die CM und die Ergebnisse der Befragung hatte.

B: Und dann dementsprechend auch mich ein bisschen vorsichtiger bewegte und auch alles ein bisschen langsamer angehen ließ. (VII, 109 ff.)

Die Intervention wurde von einer Patientin als Ansporn genutzt, um die eigene Genesung voranzutreiben und positiv zurückzublicken.

B: Ja, ich hatte ja schon gesagt. Man wird ja angespornt, das man noch positiver den nächsten Monat oder die nächsten zwei Monate von sich sagen kann es hat sich gebessert. Es ist schöner und besser geworden. Ich finde, das war Ansporn auch mit, das man eben selber versucht. (XV, 537 ff.)

3.4.2 Negatives zur Befragungssituation

Auffrischung belastender Erinnerungen

Eine Gruppe der Patienten (4 Befragte) von SMOOTH-Experteninterview hat die Befragung im Rahmen der Intervention der CM als negativ empfunden. Die sich wiederholenden Befragungen wurden als unangenehm beschrieben, weil die Thematik der Sepsis und die damit verbundenen Erlebnisse erneut aufgefrischt wurden (Abbildung 5).

B: Weil, man will ja abschließen --- Also, das wurde immer so aufgefrischt, hatte ich das Gefühl. --- Wie gesagt, ich war bloß manchmal so genervt, nicht von der

Frau, sondern weil man nicht mehr so darüber reden wollte. Aber irgendwo, klar, ich habe zugesagt, dass ich in diese Studie gehe. Nun ist ja klar, dass Sie auch Ihre Fragen stellen. (XIII, 456 ff.)

B: Es kommt natürlich jetzt wieder alles so, jetzt auch durch eure Fragerei alles um die Zeit wieder, kocht alles natürlich auch wieder mächtig hoch. Gerade auch diese Fragen, die dann kommen zur Intensivstation und so. Aber normalerweise will ich nicht mehr dran denken. (XVI, 162 ff.)

Ein Patient äußerte bei der ersten Befragung im Krankenhaus Angstgefühle gehabt zu haben, weil er durch seine Sprachstörungen nach der Komaphase in seiner Artikulation behindert war.

B: --- Sprachstörungen hatte. Ich konnte keinen Satz sagen. Gar nichts. Ich konnte nur so einzelne Worte ausstoßen. --- Und ich war ziemlich von den Socken und ängstlich, dass das jetzt irgendwie so bleibt. --- Und das war dann-gottseidank- nach zwei Tagen war das dann weg. Ja. Und ich glaube das war das erste Interview, was ich mit ihr geführt habe in diesem Zustand. Und das war natürlich. Und das war dann natürlich besonders schwierig [L]. (III, 505 ff.)

Die Frage, wie die Patienten die telefonische Befragung empfunden haben, wurde von zwei Teilnehmern als störend beschrieben. Ein Patient hat die Kontaktierung als belästigend empfunden; eine andere Patientin wiederum beschrieb den Zeitpunkt als unpassend, zu denen die CM angerufen hat, weil sie bereits wieder arbeitstätig war und sich am Arbeitsplatz gestört fühlte.

B: --- Es gab mal eine kurze Zeit, da war mir das einfach lästig. Ja. Sagen wir das mal beim richtigen Namen. Es war mir lästig. Ja? (I, 593 ff.)

B: Und manchmal hat sie so eine ungünstige Zeit, weil ich dann auch schon auf Arbeit war. Und dann musste ich auch schon sagen: sorry, ich kann jetzt nicht, ich bin auf Arbeit. Wann kann ich mich dann wieder melden? Melden Sie sich abends. Dann war ich manchmal schon so genervt. (XIII, 451 ff.)

Das fing ja bloß an, als ich dann arbeiten war und sie dann anrief. Weiß ich, ich hatte gerade etwas zu tun, da klingelte das Telefon: oh Gott, denke ich. Das ist eben das Dumme. (XIII, 634 ff.)

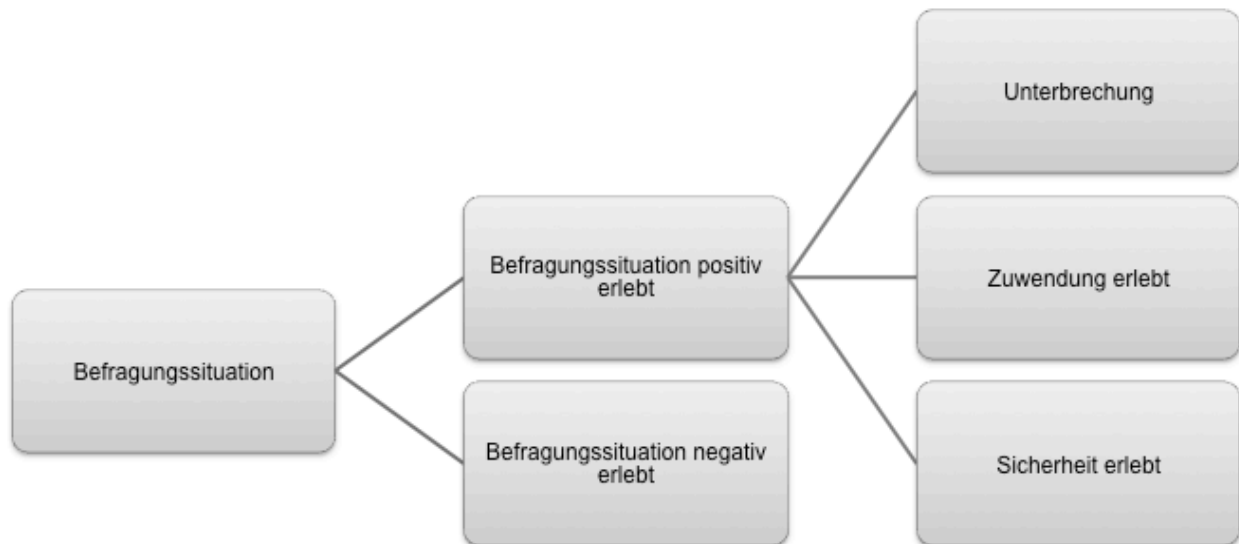


Abbildung 5: Kategoriensystem der Befragungssituation durch die Case Managerin

3.5 Wahrnehmung der Betreuung außerhalb von Patientenschulung und Befragung durch die Case Managerin

Mit Hilfe des Leitfadeninterviews sollte die Frage beantwortet werden, wie der Interventionspatient die Betreuung durch das Team der SMOOTH-Studie beurteilt oder empfindet. Es war von Interesse, welche Hilfestellung die CM außerhalb von Patientenschulung und Befragung leisten konnte und ob diese als Betreuung wahrgenommen wurde (Abbildung 6).

3.5.1 Hilfreiche Betreuung wahrgenommen

Unterstützende Gesprächsführung

Mehrere Sepsispatienten haben die Intervention der CM als Betreuung wahrgenommen. Sie erlebten eine unterstützende Funktion im Sinne von Gesprächsführung und die Übernahme von koordinativen Aufgaben durch die CM.

Ein Teil der Patienten konnte von einem unterstützenden Gespräch mit der CM profitieren. Sie erwähnten gesundheitliche Probleme, zu denen sich die CM mit Ratschlägen einbringen konnte (Abbildung 6).

B: Ja. Ich hatte mal mit Frau K. besprochen jetzt, dass ich so Probleme habe, immer so ein Brennen auf der Zunge und auf den Lippen --- und da sagte sie: Na, wenn Ihnen keiner helfen kann, vielleicht mal zum Homöopathen oder so. (IV, 263 ff.)

B: --- Also, ich hatte eher auch immer so gesagt, dass ich mich immer selbst überwinde kleine Spaziergänge. Ja, sagt sie. Machen Sie das. Immer ganz langsam. Mich immer so beraten. Überstürzen Sie nichts und Sie wissen, Sie waren sehr krank und so. Also, sie hat immer so schön beraten, hat sie eigentlich immer gut gemacht. Also, das war schon, doch war super. (XIII, 687 ff.)

Andere nutzten das Gespräch, um sich Belastungen von der Seele zu sprechen und somit Erleichterung zu verschaffen.

B: Das war auch angenehm, dass man mal mit jemand anders noch sprechen kann, weil man auch vielleicht mal so, wie vor Weihnachten, wenn man vielleicht doch mal so in eine wie depressive Phase fällt. Das man noch mal jemanden hat. Das hat mir gut getan. (XV, 308 ff.)

B: Na ja. Ich habe schon nachgedacht ja, was mit mir überhaupt passierte und wie es weitergehen soll und ja. Na ja. Manchmal war ich schon verzweifelt, dahingehend, dass ich in die Schweiz wollte und mir eine Pille holen. Soweit war ich schon. Das habe ich Frau K. ja auch gesagt. Also, da war ich schon am Boden. (VI, 130 ff.)

B: Na, in der Art habe mit meiner Hausärztin das auch nicht besprochen so detailliert sozusagen. Den psychischen Zustand und so weiter. Also kann man schon sagen: ja, habe ich mit ihr Dinge besprochen, die ich mit der Hausärztin in der Form jedenfalls nicht besprochen habe. (XVIII, 334 ff.)

Eine andere Patientin empfand die Betreuung als aufschlussreich, weil die CM eine aufklärende Funktion bei Fragen zur Sepsis übernommen hat.

B: Und sie hat mich ja auch aufgeklärt so mit der Sepsis und so, hat sie mir ja auch schon ein paar Fragen gleich nach dem Krankenhaus, wo sie hier war, hat sie mir auch schon beantwortet. --- Und ja ich meine, dass ich überlebt habe, da war sie ja nicht für zuständig, aber auch um zu erfahren, warum das überhaupt so ist. Das war schon sehr interessant, also. Wie gesagt, ich habe ja nie gewusst, dass eine Sepsis ja eigentlich ja fast ein Todesurteil ist. (XIII, 469 ff.)

Praktische Hilfestellung durch Übernahme koordinativer Aufgaben durch die CM

Die CM konnte einige Sepsispatienten in koordinativen Belangen unterstützen. Eine Patientin berichtete davon, dass es ihr ermöglicht wurde, die Intensivstation, auf der sie lange Zeit stationär war, zu besuchen und somit einen Teil ihrer Krankheitsgeschichte zu verarbeiten.

B: Tatsächlich da noch einmal zu Besuch auf der Intensivstation. Habe mir das Zimmer angeguckt und die Station. ... Frau K. hat dann dem behandelnden Arzt dann Bescheid gegeben, dass wir vorbei kommen und so. Und der hat sich tatsächlich ein paar Minuten für uns genommen. (II, 335 ff.)

Sie berichtete außerdem davon, dass das SMOOTH Studienteam durch ein verfasstes Schreiben für die Krankenkasse sie bei Schwierigkeiten mit der bestehenden Arbeitsunfähigkeit konkret unterstützen konnte.

B: Da habe ich mich einmal an sie gewandt mit einer Frage wegen der Krankschreibung eben. --- Ja, und dann hat sie auch gleich Bereitschaft erklärt, auch von der Charitéseite irgendwie ein Schreiben und ein Bericht verfasst wird, dass es eben nur so Sinn noch macht, dass es so gemacht wird und nicht anders. Also, da habe ich sehr viel Hilfestellung erfahren. (II, 409 ff.)

Bei einem weiteren Betroffenen konnte die zuständige CM einen Behandlungsplatz in einer Tagesklinik für psychiatrische Erkrankungen vermitteln und so dem Patienten eine konkrete Hilfestellung bieten.

B: Fr. H.K.⁵ hat sich auch gekümmert damals, wo das mit der Psychologin war, weil es schwierig ist, einen Termin zu kriegen und hatten dann in der Klinik halt, in der Tagesklinik auch einen Termin da für mich ausgemacht. --- War froh, dass ich überhaupt erstmal irgendeine Möglichkeit hatte und haben sich gut gekümmert muss ich sagen. (XVIII, 284 ff.)

B: Wie gesagt, einfach schon, das sie sich da um die Tagesklinik da auch gekümmert hat oder einfach auch psychologische Betreuung. Da war für mich jetzt so das, wo es mir am hilfreichsten war im konkreten Fall. Mal abgesehen davon, dass ich es auch halt ganz gut fand, immer mal da drüber zu sprechen, dass man auch selber mal eigentlich Gedanken da drüber macht, wie ist der Zustand jetzt. (XVIII, 344 ff.)

3.5.2 Keine Betreuung wahrgenommen

Viele der interviewten Patienten (10 Patienten) gaben bei Nachfrage an, wie sie sich durch die SMOOTH Studie betreut fühlten. Häufig hätten sie keine Betreuung wahrgenommen. Eine telefonische Befragung durch die CM wurde nicht als Betreuung vom Sepsispatienten verstanden (Abbildung 6).

B: Ja, na ja, da waren ja auch nur die Fragen. Eine Betreuung habe ich ja in dem Sinne nicht. Ich weiß nicht, was Sie meinen damit, denn sie hatte mich ja auch nur gefragt. Da aus ihrer Unterlage. Fragebogen und so weiter. Und da habe ich geantwortet. (VI, 303 ff.)

B: Na, was ist denn da für eine Betreuung. [...] Ja. Die zweimal oder dreimal, die wir uns gesehen haben, abgesehen noch von zwei oder drei Telefonaten. Habe ich von der Betreuung nichts gemerkt. Um es mal so burschikos auszudrücken. (VII, 337 ff.)

B: Nö. Was ist da betreut? Sie hat mir Fragen gestellt, so wie Sie jetzt und von Betreuung kann von Ihrer Seite nicht die Rede sein. Aus meiner Sicht. Und die Betreuung von damals auch nicht. (VII, 376 ff.)

⁵ „Frau H.K.“ entspricht einer Case Managerin aus Jena.

B: Na, das ist ja nichts. Na, da wird ein bisschen gefragt am Telefon. Na, da ist keine Betreuung. Das ist für die was für die Akten oder was weiß ich, was die damit auswerten. Nein. (X, 172 ff.)

B: Mhm. Ja, kann ich eigentlich so gar nichts richtig zu sagen außer, sie stellt mir ja nun bloß immer nur Fragen und ich antworte ja nur immer bloß mit Ja oder Nein. (XI, 289 ff.)

B: Naja, die haben ihre Fragen gestellt und eigentlich weiter nichts. Und die haben dann scheinbar festgestellt, wie es ist, ob es aufwärts geht oder abwärts. Ich weiß ja nicht. --- Na, das wüsste ich. Eigentlich nicht. --- Oder doch? Ich weiß es nicht. (XVII, 195 ff.)

Einige Patienten erklärten, dass für sie eine Betreuung auch eine körperliche Untersuchung umfassen sollte. Eine alleinige telefonische Kontaktierung nahmen sie nicht als Betreuung für sich wahr.

B: Naja, also ich persönlich sage, naja gut, ich gebe mein Statement ab dazu. ---. Sie horchen da nicht ab oder so Sachen oder machen Sie mal das. --- Das ist es ja nicht. Ist rein so vom Gedankengang her. Nicht, wie geht es Ihnen psychologisch. (VIII, 462 ff.)

B: Diese Abfragen: wie geht es Ihnen, was ist das, was ist das. Alles gut und schön. Aber ich habe bezüglich einer ärztlichen Behandlung diesbezüglich nichts so mitbekommen. (XVI, 410 ff.)

3.5.3 Keine Hilfestellung trotz Bedarf erfahren

Zwei der befragten Patienten gaben an, dass sie sich eine konkrete Hilfestellung vom SMOOTH-Studienteam gewünscht hätten, jedoch keine erhalten haben. Der Bedarf wurde in beiden Fällen der CM mitgeteilt (Abbildung 6).

B: Helfen kann sie mir ja auch nicht. Wie jetzt gesagt, ich hatte ihr das ja auch gesagt mit dem Lähmungserscheinungen und so. Da sind ihr ja auch die Hände

praktisch gebunden. --- Ja, wenn er nicht nur Fragen stellen darf oder was weiß ich, sondern auch irgendwo mal, dass er einem weiterhelfen könnte. --- Da musste sich erst mein Arbeitgeber einschalten, weil ihn meine Gesundheit interessiert hat. (XI, 292 ff.)

B: Frau, da von der Studie, konntest du ja sagen: Hör mal zu, ich habe hier seitdem ein Problem, ja. Und die hat das weitergeleitet und ich habe gesagt: Mir tut die Hüfte weh. Hat das weitergeleitet schon. Aber gemacht wurde nichts [L]. (XIV, 554 ff.)

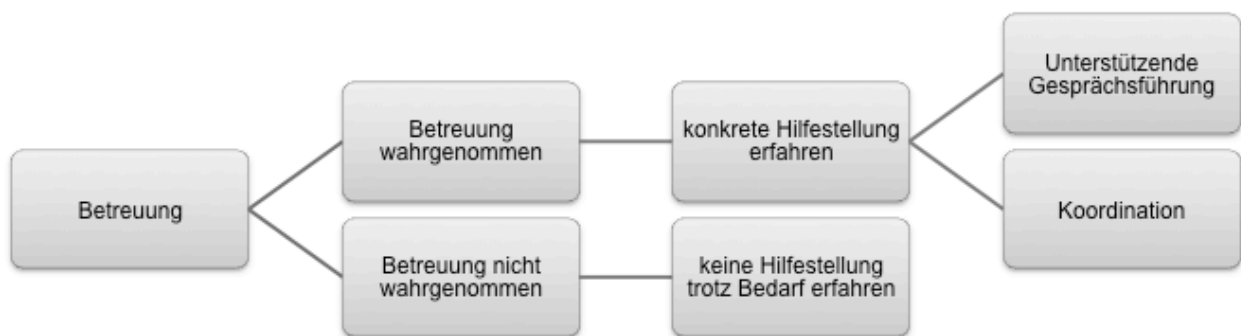


Abbildung 6: Kategoriensystem der Wahrnehmung der strukturierten Betreuung außerhalb von Patientenschulung und Befragung durch die CM

3.6 Wahrnehmung der Betreuung durch den Hausarzt aus Patientensicht

Ein weiteres Thema des Leitfadenterviews war die Versorgung durch den Hausarzt aus der Sicht der Patienten. So wurde zunächst die Wahrnehmung der Arzt-Patienten-Beziehung erfragt.

Die Betreuung durch den Hausarzt wurde unterschiedlich wahrgenommen. Positiv bewertet wurden unter anderem die Bereitschaft zu Hausbesuchen und die kompetente Versorgung durch den Arzt. Negativ wurden von anderen Gesprächspartnern die

fehlenden Hausbesuche und zu schnelle Überweisungen zu Fachärzten genannt (Abbildung 7).

3.6.1 Positive Bewertung der Arzt-Patienten-Beziehung

Dreizehn der befragten Patienten bewerteten die Versorgung und Betreuung durch den eigenen Hausarzt positiv (Abbildung 7).

Kompetente Versorgung

Einige erwähnten, kompetent durch ihren Hausarzt betreut zu werden. Die langjährige Tätigkeit und Erfahrung schaffe Vertrauen. Eine schnelle Versorgung ohne viel Wartezeit wurde positiv gesehen.

B: Also, meine Hausärztin ist eine sehr gute Ärztin. Eine ältere Dame mit sehr viel Erfahrung, und äh, wirklich mit guter Einschätzung so wie ich sie erlebt habe die letzten zwei Jahre. Also, da wird nicht herumgedoktert und versucht mal da und da. Sondern konkret gesagt: Na, jetzt geht es ins Krankenhaus. Ne, zum Beispiel oder zum Spezialisten und da hat sie meine volle Wertschätzung. (II, 463 ff.)

B: Und dann ist ja der Doktor, der mich jetzt betreut. Der ist ja sehr kompetent, wenn irgendwas ist. --- Ja, doch der ist nett. (XV, 317 ff.)

B: Sehr gut muss ich sagen. --- Nicht lange Warterei. Es wird sofort gemacht. Fertig. (XIV, 593 ff.)

Ebenso positiv wurde hervorgehoben, dass der entsprechende Hausarzt die Krankengeschichte kenne und ggf. die Familie schon über Generationen hinweg medizinisch versorgen würde.

B: --- Also, das ist natürlich immer wieder kann ich kommen und sie kennt mich ja schon uns weiß, worum es geht bei der ganzen Sache und macht da wirklich alles, um das einfacher zu gestalten. (II, 482 ff.)

B: Sehr gut. --- Ja ehrlich. Also, der hat auch schon meine Kinder mitbetreut. Und die gehen alle dahin, obwohl sie ja jetzt auch schon woanders wohnen. Also. Ne also, das ist ein sehr guter Arzt. (0, 322 ff.)

B: Sehr gut. --- Mein Hausarzt hat ja immer meinen Blutdruck gemessen und meine Blutwerte gemessen und so. --- Da sind wir schon, wir wohnen da schon über 50 Jahre ---. Er war auch im Krankenhaus tätig. Da Moabiter Krankenhaus. Dann hat er die Praxis übernommen und da sind wir sehr gut, ja, sehr gut betreut. (VI, 419 ff.)

Unter kompetenter Betreuung wurde auch die Verordnung mit Hilfsmitteln und weitergehende Therapie zur Genesung des Patienten verstanden.

B: Doch. Wenn was ist: ein Anruf und dann steht sie hier auf der Matte. Also, da kann ich gar nichts sagen. --- Ja, sie hat gleich Ergo gemacht, Ergotherapie, Logopädie. Die kümmert sich eigentlich immer gleich drum, wenn irgendwie, wenn ich irgendwie Rezepte brauche. --- Rollstuhl oder so. Wenn ich irgendwie jetzt Hilfsmittel brauche oder so, ohne Weiteres verschreibt sie mir das. Geht ohne Weiteres. (XIV, 597 ff.)

B: Also von der Hausärztin bin ich auch super betreut eigentlich. Das ist, das war auch eine Frage in der Studie an sich. Also das hat gut geklappt alles. Sei es Verschreibung von Physiotherapie und anderen Sachen, also, da bin ich in guten Händen bei meiner Hausärztin. (XVIII, 310 ff.)

B: Nein. Ansonsten, also alles was Sport und Physiotherapie und so weiter habe ich bekommen (XVIII, 492 ff.)

Zwei Patienten gaben bei der Frage, wie sie sich durch ihren Hausarzt betreut fühlten, an, zufrieden zu sein, ohne nähere Angaben zu machen. (XVII, 250 ff., XII, 294 ff.)

Gesprächsbereitschaft

Ein Patient hob die Gesprächsbereitschaft seiner Hausärztin hervor und konnte dies mit einer positiven Betreuung verknüpfen.

B: Ja. Auch mit der kann ich auch offen und ehrlich reden über alles. Die hat auch meinen Bruder in Pflege, in Behandlung gehabt. (XIV, 635 ff.)

Bereitschaft zur Durchführung von Hausbesuchen

Mehrere Betroffene empfanden die Versorgung durch ihren Hausarzt positiv, weil dieser durch Hausbesuche die Genesung unterstützte und der Patient auf die medizinische Versorgung vertrauen konnte.

B: Also, wenn irgendwas ist, macht sie oder kommt auch her oder wie auch. Im Krankenhaus kam sie gleich her und so. (VIII, 538 ff.)

B: Das hat meine Hausärztin. Die ist auch ins Haus gekommen. --- Dann kam sie auch gleich an. Muss ich wirklich sagen. Dass sie gesagt hat: ob ich Feierabend habe oder nicht. Das ist uninteressant. (IX, 224 ff.)

B: Das war schon immer ein sehr gutes Verhältnis, muss ich dazu sagen. (IX, 732 ff.)

B: Er macht ja hier noch Hausbesuche, weil ich bisher noch nicht in die Praxis gegangen bin und seit Mai, Ende Mai bin ich schwer zuckerkrank. (XV, 331 ff.)

Zeit nehmen

Ein Patient beschrieb, dass sein Hausarzt Zeit für gemeinsame Gespräche zur Klärung von Einzelfragen hatte.

B: Aber heute nimmt er sich die Zeit und unterhält sich mit mir, auch über meine [hustet] Befürchtungen oder er beantwortet meine Fragen. (V, 251 ff.)

3.6.2 Negative Bewertung der Arzt-Patienten-Beziehung

Mehrere interviewte Patienten (6 Befragte) bewerteten die Beziehung zu ihrem Hausarzt negativ. Sie bemängelten eine zu schnelle Überweisung an Fachärzte, die scheinbar hohe Arbeitsbelastung des Hausarztes mit daraus resultierender mangelhafter Betreuung und die fehlende Bereitschaft der Durchführung von Hausbesuchen.

Zu schnelle Überweisung an Fachärzte und Budgetierung

Auf die Frage, wie sich der Patient im Allgemeinen durch seinen Hausarzt betreut fühle, wurde von einem Befragten ein Desinteresse betont und von einem anderen erwähnt, dass sich der behandelnde Arzt zu schnell nicht mehr für die Belange zuständig fühlen würde und den Patienten an Fachärzte weiterleite.

B: Überhaupt nicht. Ja, der ist so desinteressiert an allem. --- Also, ich finde, ich fühle mich von den Ärzten mittlerweile überall verarscht, weil immer einer den anderen irgendwo hinschiebt nur. Ja, es ist wirklich heute so, dass man zum Arzt geht und man sagt denen, man hat das und das: Ja, ich schreibe Ihnen eine Überweisung. Gehen Sie mal da hin. (XI, 374 ff.)

B: Der Hausarzt weiß heute noch nicht so richtig, was ich eigentlich habe. Der will mich jetzt zum Lungenfacharzt schicken. Naja. Das hat mir mal wieder nicht geschmeckt, wa? (I, 612 ff.)

B: Und da habe ich den Arzt nachgefragt und da sagte er dann mit einmal zu mir, er ist eigentlich mehr der Allgemeinmediziner und jetzt kein Lungenfachmann. Ich soll doch dann einen Lungenarzt aufsuchen. (I, 708 ff.)

Außerdem erwähnte ein Patient Unmut darüber, dass das Rezeptieren von Medikamenten nur unzureichend erfolge und aufgrund der vermuteten Budgetbegrenzung des Arztes nicht ausreichend wäre.

B: --- Wir haben Ihnen schon das verschrieben. Und das geht nicht und das geht nicht. --- muss täglich von einer Sorte muss ich zwei Tabletten nehmen und bekomme 100 verschrieben und die sollen für ein Vierteljahr reichen. Es geht schon von den Tagen her nicht. Können Sie nicht den anderen Arzt fragen, dass sich der beteiligt. --- Aber sie kann nicht, weil ihr Budget sicher ausgeschöpft ist. --- Ist sehr schwierig. (VII, 440 ff.)

Zwei Patienten berichteten, dass die Sepsiserkrankung selbst sowie die Folge mit einer Depression von ihren Hausärzten nicht ausreichend Beachtung gefunden hätten.

B: Nein, ich habe erstmal, warte mal wie lange. Wie lange hat denn mein Arzt. Ich sage mein [B] Arzt, ist ein. Der hat mir, glaube ich, sechs Wochen ein Attest gegeben. Daß ich nicht voll belastbar bin. Dieses Attest durfte ich auch noch bezahlen. Das ist wirklich so ein [formt mit den Lippen "A..."]. (XI, 574 ff.)

B: Ja. Es ist ein bisschen schwierig manchmal mit ihm. So ein bisschen ja. Ja, er ist halt ein Internist [L]. Und er fühlt sich immer dann wohl, wenn er irgendwie ein Ultraschallbild von einem angucken kann. --- Also mit meiner Depression, das konnte er irgendwie ganz und gar nicht verstehen. Ähm, weil ja er der Ansicht war, es müsste mir doch eigentlich ganz blendend gehen --- Ich hab darüber auch mit ihm nicht so ausführlich dann mehr geredet, weil ich merkte, das hat gar keinen Sinn. (III, 587 ff.)

Arbeitsüberlastung

Teilweise wurde die Arbeitsüberlastung des Mediziners ursächlich als Grund für ein negatives Verhältnis beschrieben. Die Überlastung zeige sich darin, dass die Terminfindung langwierig sei und die Betreuung teilweise an Schwestern der Praxis delegiert werden würde.

B: Es gab ein Problem mit meinem Hausarzt. Ich war der Meinung und bin auch heute noch der Meinung: er ist überlastet. Und ich war der Meinung, dass er vielleicht auch nicht alles so richtig macht, wie es ein Arzt macht, der sich angemessen intensiv um den Patienten kümmert, ja? Das hängt wohl mit der Überlastung zusammen. --- Wenn ich für einen Termin zwei Wochen warten muss und dann eigentlich nur ein Rezept bekomme für ein Gespräch beim Spezialisten, was dann vier Wochen dauert, muss ich dauernd mit meiner Baustelle weiterleben. Ja? Also, das ist für mich unangenehm. (V, 180 ff.)

B: Na, nicht so direkt. Nicht so doller jetzt --- Was ich bei der nicht schön finde, mein alter Hausarzt war immer so, wenn man zu ihm hinging auf alle Fälle jedes Quartal. Der hat erstmal den Puls gemessen und dann hat er abgehört. Und das hat die Neue noch nie gemacht. --- Und wenn ich jetzt irgendwie sage, man müsste ja mal hier meinen Blutdruck messen und so weiter, dann machen die Schwestern. Nicht, also sie macht das nicht. (IV, 284 ff.)

Eine Patientin berichtete, dass die Diagnostik ihrer Beschwerden nicht ausreichend erfolgt sei und sie den Arzt zu einer weiteren Abklärung (der Grunderkrankung) drängen musste.

B: Ja, das ist eine interessante Ärztin. --- Also, ich hatte eine starke Bronchitis und hatte dann hier oben solche Schmerzen beim Husten ---Sagte sie: Sie haben wieder eine Bronchitis. Müssen Sie wieder Antibiotika nehmen. Sage ich: ich würde gerne mal meine Lunge röntgen lassen. Da sagte sie: --- Das brauchen wir nicht. Ich sage: Ich möchte jetzt sofort eine Überweisung zum Lunge röntgen. Also ich musste richtig Druck machen. --- Die haben ja gleich dieses Karzinom gesehen. (XIII, 555 ff.)

Fehlende Hausbesuche

Ein Patient war bereit, die Hausbesuche durch seinen Hausarzt privat zu finanzieren, weil er gesundheitlich nicht in der Lage war, die Praxis persönlich aufzusuchen.

B: Die machen einfach keine Hausbesuche. Mir ging es wirklich nicht gut. Naja, dann habe ich mit ihm selber verhandelt und dann kam er dann. Ja. Habe ich ihm gesagt: Ich sage, naja sage ich. Wenn Sie der Meinung sind, dass das zu teuer ist, wenn Sie Ihre Zeit hier opfern für so einen Hausbesuch und das kostet auch noch Sprit. Sehe ich alles ein. Dann schicken Sie mir eine Rechnung. Dann bezahle ich das eben privat. Und da hat er dann abgewinkt. Na, wir kennen uns ja nun auch schon Ewigkeiten. (I, 646 ff.)

3.6.3 Wahrgenommene Vernetzung des Hausarztes im Betreuungsmanagement SMOOTH

Neben der hausärztlichen Betreuung war der Informationsaustausch innerhalb des Dreiecks „Patient - Case Managerin - Hausarzt“ von Bedeutung. Entsprechend wurde erfragt, ob diese vernetzende hausärztliche Betreuung auch von betroffenen Patienten wahrgenommen wurde. Dabei wurde konkret erfragt, ob der betreuende Hausarzt dem Patienten zu seinen SMOOTH Daten eine Rückmeldung erteilt und dies ggf. eine Auswirkung auf die weitere Therapie des Betroffenen hatte.

Informationsaustausch zwischen Patient und Hausarzt

Ein Patient berichtete davon, dass seine Hausärztin mit ihm über koordinative Probleme mit dem SMOOTH-Studienteam kommuniziert hätte. Über eine Rückmeldung zu seinen Daten sei mit ihm nicht gesprochen worden. (IV, 323 ff.)

B: Ja, ja. Die haben mit ihm telefoniert und er hat dann auch dann diese SMOOTH-Studie rumliegen. Ich war jetzt die Woche, war ich jetzt noch einmal bei ihm. Da habe ich das gesehen, das Papier. (III, 605 ff.)

B: Nein. Kann ich eigentlich nicht sagen. --- Ja. Er, er erzählt mir das eventuell Frau K. oder ein Kollege da war. Und dann lacht er sich tot über die vielen Fragen [L]). (0, 345 ff.)

Bei einigen Hausärzten haben die Patienten wahrgenommen, dass eine Kommunikation postalisch (XII 710 ff.) durch Unterlagen oder telefonisch (IX, 1084 ff.) zwischen Arzt und dem SMOOTH-Studienteam stattgefunden habe. Weitergehende Informationen seien aber nicht ausgetauscht worden.

Teilweise wurden mit den Sepsispatienten Gespräche über SMOOTH geführt, die sich jedoch nicht auf die spezielle Auswertung der Fragebögen und den Patienten selbst bezogen, sondern bei denen allgemein über die Studie gesprochen wurde.

B: --- ja sie hatte mir das mal gesagt meine Hausärztin und sagte: Ja, ja --- Da hat jemand angerufen. Sie wusste jetzt den Namen nicht und da sagt sie: Ja, darüber bin ich informiert. (XIV, 467 ff.)

B: Irgendwo muss mal was gewesen sein. Aber so. Nur unterschwellig kam was. Nur unterschwellig kam was. (XVI, 515 ff.)

Konkrete Rückmeldung an Patient erfolgt

Nur einzelne Patienten berichteten über Rückmeldungen von Monitoringergebnissen an den Hausarzt. Überwiegend wurde die Interaktion zwischen dem behandelnden Hausarzt und dem SMOOTH-Studienteam nicht von den betroffenen Patienten wahrgenommen.

Ein Patient erwähnte, dass sein Hausarzt die Auswertungsbögen der SMOOTH-Befragungen erhalten habe und er dadurch das weitere Vorgehen der Behandlung mit ihm besprach.

B: Der hat immer gekriegt die ganzen Unterlagen und hat mich dann daraufhin befragt, ob ich noch was möchte oder so. Ja. Ja. Das hat er immer. (XV, 326 ff.)

Ein anderer Patient beschrieb, dass seine Hausärztin zwar mitgeteilt habe, dass sie Rückmeldung über die Studie habe, aber kein Handlungsbedarf bestünde, weil bei ihm soweit alles in Ordnung sei.

B: Sie hat halt immer, wenn ich da war, hat sie immer gesagt: Ja, ist wieder gekommen und es war ja eigentlich so in Ordnung. Waren ja keine Punkte, wo jetzt irgendwas das Ergebnis nahe gelegt hätte, dass man irgendwas unternehmen muss. (XVIII, 307 ff.)

Ein Patient erwähnte, dass sein Hausarzt versucht habe, mit ihm über die Studie und die Ergebnisse der Befragung durch die CM zu sprechen. Dieser lehnte es jedoch ab.

B: Nein. Er hat bloß gesagt. Ich sage: brauche ich nicht, wenn Sie das wissen, dann reicht mir das. ... Ja, wollte er. Ich sage: ist ja unnötig. Und wenn die Praxis voll ist, dann ist ja viel besser, wenn er da für Patienten da. (X, 288 ff.)

Teilweise beschränkte sich der Informationsfluss darauf, dass der behandelnde Arzt oberflächlich erwähnte, dass ihn Informationen über den Patienten von SMOOTH erreicht haben.

3.6.4 Keine Wahrnehmung des Betreuungsmanagements SMOOTH

Die Mehrheit der Interviewpartner berichtete, keine Interaktion zwischen dem SMOOTH-Studienteam und dem Hausarzt wahrgenommen zu haben.

Kein Gespräch geführt

Die meisten Befragten berichteten, keinerlei Informationen zu Ergebnissen erhalten zu haben. Ebenso anderweitige Rückmeldungen zur SMOOTH-Studie seien gar nicht oder nur begrenzt zu den Patienten vorgedrungen. (XI, 479 ff.)

B: Ich habe ein einziges Mal mit ihm über die Studie gesprochen --- Und da hatte er mir nur gesagt, dass er Daten weitergegeben hat und dann habe ich gesagt: das ist in Ordnung. Aber über Sinn und Zweck und Ergebnisse und Zeitplan und Betroffene und Umfang und so weiter haben wir nicht gesprochen. Das weiß er auch gar nicht oder weiß ich nichts. (V, 267 ff.)

B: Nein. Gab es nicht. Dazu ist es nie gekommen. Außer Fragebogen und Fragen am Telefon ist nichts gekommen. (VII, 396 ff.)

B: Wie gesagt, wenn sie eingewirkt hat, wenn sie eingewirkt hat von hinten durch irgendwelche Berichte, die da weiter gegeben wurden und aber dann hat meine Diabetologin, meine Hausärztin, dann haben die nicht reagiert. Oder mir nicht gesagt: passen Sie mal auf, wir haben hier eine Anregung bekommen und wir wollen mal versuchen. (VII, 528 ff.)

Dieser Befragte äußerte auf Nachfrage, er habe keine Weitergabe von Informationen erlebt.

B: Überhaupt nicht. Nein, überhaupt nicht. (VII, 528 ff.)

B: Diese Rückmeldung und diese Empfehlung, nach denen Sie eben gefragt haben. --- Ich habe nichts Negatives, nichts Positives. Ich habe nichts gemerkt. Ich hätte gerne gemerkt, dass mir das eine oder andere. (VII, 545 ff.)

Ein Interviewpartner relativierte die fehlende Weitergabe der Daten damit, dass er selbst nicht nachgefragt habe, weil er aufgrund seiner gesundheitlichen Lage keinen Bedarf gesehen habe und keine Zeit des Arztes in Anspruch nehmen wollte.

B: Nein, nein. Ich habe auch selber nicht gefragt, denn einmal ist sowas gewesen. Ach Mensch, haben mehr zu tun. Ja, nun wollte ich nicht so drauf.

Wenn sie jetzt gesagt hätte: Ach, war das und das. Nun was, das wusste ich nicht. Ich denke: Ach, lass das sein. (VIII, 585 ff.)

Eine Patientin hätte sich dennoch gewünscht, mehr Informationen zu erhalten und äußerte dies bei ihrer Hausärztin. Diese ging aber nicht auf den Patientenwunsch ein.

B: Da sage ich: Und? Was wurde besprochen? Ach, alles was ich schon weiß. Also unmöglich eigentlich. Aber mir hat sie gar nichts gesagt. (XIII, 596 ff.)



Abbildung 7: Kategoriensystem des Arzt-Patienten-Verhältnisses und der Vernetzung der Hausarztbetreuung im SMOOTH Betreuungsmanagement

4 Diskussion

4.1 Diskussion der qualitativen Herangehensweise

Die sehr unterschiedlichen und teils unerwarteten Informationen über das Erleben der Sepsis und der strukturierten Nachsorge sowie das breite Spektrum an Kategorien, welche gebildet werden konnte, zeigt, dass die gewählte Methodik der qualitativen Befragung zielführend war. Das subjektive Empfinden der Patienten im strukturierten Sepsisnachsorgeprogramm konnte erfasst werden und das Interview konnte Themen zu Tage fördern, die sonst nicht aufgegriffen worden wären. Beispielsweise die mögliche psychische Belastung einer Schulung durch Erinnern negativer Erlebnisse auf der Intensivstation wäre mit einer reinen quantitativen Befragung im SMOOTH Nachsorgekonzept nicht erfasst worden.

4.2 Einordnung der Studienpopulation

4.2.1 Geschlechterverteilung

Insgesamt wurden 19 Betroffene im Alter von 42 bis 82 Jahren befragt. Die Gruppe der Interviewteilnehmer setzte sich aus 7 weiblichen und 12 männlichen Befragten zusammen. Diese ungleiche Geschlechterverteilung lässt sich nicht auf eine Selektion der Teilnehmer bei der Rekrutierung zu dieser Forschungsarbeit zurückführen, sondern begründet sich damit, dass die Interventionsgruppe als auch die Kontrollgruppe der SMOOTH-Studie einen höheren Anteil männlicher Patienten aufweist und sich dies dementsprechend in der Geschlechtsverteilung dieser Arbeit niederschlägt.

Ein Erklärungsansatz dafür ist, dass eine Sepsis möglicherweise bei Männern häufiger als bei Frauen auftritt. Werdan et al. konnte klinisch und auch tierexperimentell nachweisen, dass die Immunantwort von Männern und Frauen zum Vorteil des weiblichen Geschlechts ausfällt.³¹ 2013 veröffentlichten Sakr et al. die Datenanalyseergebnisse einer prospektiven, multizentrischen Studie, in die 3902 Betroffene eingeschlossen wurden. Diese italienische Studie erforschte den Einfluss des Geschlechts auf die Epidemiologie und das Outcome der schweren Sepsis. Sie ergab, dass die Prävalenz der Sepsis auf Intensivstationen bei Frauen geringer als bei Männern war; weibliche Betroffene jedoch ein höheres Risiko hatten, an einer schweren

Sepsis zu versterben.⁹ Demnach tritt die schwere Sepsis bei Männern häufiger auf und könnte erklären, warum die Anzahl an interviewten Patienten überwiegend männlich ist.

4.2.2 Rekrutierung

Der Standort Berlin hatte zum Zeitpunkt der Rekrutierung der Interviewpartner 35 Interventionspatienten, die den Einschlusskriterien von SMOOTH-Experteninterview entsprachen. Aus dieser Gruppe konnte mit 14 Patienten ein Interview geführt werden. Im Verlauf der Rekrutierung wurde stets darauf geachtet, ein möglichst breites Spektrum an Patienten (z.B. Alter, Vorerkrankungen) zu befragen. Dadurch wurde ermöglicht, dass die Gruppe der Fälle eine möglichst breite Variation aufzeigte und Gegenhorizonte (z.B. jung-alt) gebildet werden konnten.⁵³

Da bei den in Berlin rekrutierten Interviewpartnern nur 4 Personen jünger als 60 Jahre waren, wurde bei der Auswahl der zusätzlichen Interviewpatienten in Jena und Bad Berka darauf geachtet, jüngere Betroffene einzuschließen. Von den Standorten Jena und Bad Berka kamen 5 Interviews hinzu. Insgesamt wurden 19 Gespräche geführt.

Damit konnten junge (min. 43 Jahre) sowie ältere Patienten (max. 82 Jahre) erreicht werden. Das durchschnittliche Alter lag bei 62 Jahren. Bei den Interventionspatienten der SMOOTH Studie betrug das mittlere Alter 61,6 Jahre.³⁹ Eine Studie von Engel et al. aus dem Jahr 2006 erfasste auf 454 Intensivstationen 3877 Patienten und untersuchte diese auf Prävalenz und Mortalität der Sepsis. Das mediane Alter der Studienpopulation hier betrug 68 Jahre.⁸ Der Altersunterschied der Interventionspatienten von SMOOTH und diesem Experteninterview im Vergleich zu den epidemiologischen Zahlen der Sepsis in Deutschland lässt sich dadurch erklären, dass ein Ausschlusskriterium von SMOOTH dementielle Erkrankungen war.

Das Alter der Befragten bei SMOOTH Experteninterview entsprach dem medianen Alter der Interventionsgruppe von SMOOTH und annähernd der Epidemiologie der Sepsis in Deutschland.

Die theoretische Sättigung war limitierend für die Anzahl der geführten Interviews. Sie besagt, dass die Stichprobe groß genug ist, wenn durch Befragung neu rekrutierter Patienten kein neuer Beitrag für die Beantwortung der Forschungsfrage gewonnen werden würde (Kvale 1996).⁶¹

Insgesamt spiegelte die Interviewgruppe ein breites Abbild der Interventionspatienten von SMOOTH wieder.

4.2.3 Nicht-Teilnehmer

Die Frage, warum einige Sepsispatienten schon bei Erstkontakt mit der CM eine Teilnahme an einem Gespräch ablehnten, kann bei einer Patientin nachvollzogen werden. Die Angehörigen befürchteten eine zu hohe psychische Belastung durch die Gesprächssituation. Möglicherweise litt die Betroffene bereits unter einer PTBS. Es ist immer ein Balanceakt zwischen dem zu schnellen Akzeptieren der Absage durch den Interviewpartner und dem Überreden zu einem Gespräch, bei dem letztlich keine wirkliche positive Einstellung zu einem produktiven und ergiebigen Interview verhilft.⁵⁰ Gläser und Laudel berichten davon, dass Forschung das Leben von Menschen verändern kann, indem diese in Untersuchungen mit einbezogen und gewonnene Ergebnisse veröffentlicht werden.⁶² Das oberste Gebot sei, dass die Befragten keinen Schaden aus der Untersuchung erfahren und dass die Teilnahme freiwillig ist. Der Interviewte muss über die Untersuchung voll informiert und sich über seine persönliche Mitwirkung bewusst sein.⁶² Interviewabsagen wurden durch die CM als auch durch die Forscherin zu jeder Zeit akzeptiert.

4.3 Diskussion der Ergebnisse

Mit der strukturierten SMOOTH-Studie (Sepsis survivors Monitoring and cOordination in Outpatient Health care) wurde erstmals in Deutschland der Effekt eines strukturierten Sepsis-Nachsorgeprogramms untersucht.

Die Strukturierung einer ambulanten Nachsorge gewinnt auch bei anderen komplexen Erkrankungen zunehmend an Bedeutung. Yu et al. beschrieb 2005 in seiner Studie, dass ältere Patienten mit Herzversagen, die sich in einem Disease Management Programm befanden, von der Versorgung durch ein breit gefächertes fachkompetentes Team profitieren. Die Studie untersuchte, welche Anteile eines Disease Management Programms (DMP) die Mortalität und die Wiedereinweisung von Betroffenen mit Herzinsuffizienz senken können. Herauskam, dass ein DMP dann am wirksamsten ist, wenn es vielschichtig ist. Die begleitende Betreuung in allen Abschnitten der Erkrankung, wie die Zeit im Krankenhaus während der Akutphase, eine intensive Patientenaufklärung, Selbstmanagement und die aktive Beteiligung einer entsprechend ausgebildeten Krankenschwester und eines Kardiologen können die Nachsorge von herzkranken Patienten verbessern.⁶³ SMOOTH-Experteninterview zeigt ebenfalls, dass

eine Beratung und Betreuung gerne von Sepsispatienten angenommen wird und sie hilfreich in der Zeit nach der Erkrankung unterstützt.

Bei dieser qualitativen Forschungsarbeit zur Evaluation des SMOOTH-Nachsorgekonzepts konnte auch gezeigt werden, dass ein Patientenmanual und eine sepsisspezifische Schulung den Interventionspatienten helfen können. Voraussetzung dafür ist eine psychische Stabilität und Aufnahmefähigkeit des Betroffenen. Auch in einer anderen Studie profitierten intensivmedizinische betreute Patienten davon, Handbuch zur Selbsthilfe und ein kontinuierliches Rehabilitationsprogramm über 6 Wochen erhalten zu haben. Die Betroffenen erleben eine schnellere körperliche Genesung.²² Das bestätigt, dass Aufklärung und Schulung Betroffene unterstützen können.

4.3.1 Sepsisnachsorge: Relevanz des- Manuals

Nutzung des Patientenmanuals ist hilfreich

Im Kontext anderer (chronischer) Erkrankungen wurde gezeigt, dass eine schriftliche Information alleine positive Effekte auf Patienten haben kann.

Lee et al. (2014) untersuchte die Effektivität verschiedener Möglichkeiten, betroffene Patienten zum Umgang mit krebsinduziertem Schmerz zu schulen. Die Übersichtsarbeit ergab, dass die meist genutzte Methode für die Vermittlung von krankheitsbezogenen Informationen und dem Umgang mit krebsinduziertem Schmerz die Verwendung einer Informationsbroschüre ist. Diese krankheitsbezogene Aufklärung kann Schmerzen von Krebspatienten reduzieren.⁶⁴

Von Sepsispatienten ist bekannt, dass ihnen häufig Informationen zum Krankheitsgeschehen fehlen. Gallop et al. befragten mit semistrukturierten Interviews Patienten und deren Angehörige, die an einer schweren Sepsis erkrankt waren. Sie wollten die Erfahrungen der Betroffenen mit der Erkrankung eruieren. Unter anderem fanden sie heraus, dass die Krankheit wenig bewusst ist und das ein fehlendes Verständnis vorherrscht.⁶⁵ Für den Umgang mit der eigenen Erkrankung ist es demnach wichtig, über sie informiert zu sein. Dies kann durch eine Informationsbroschüre erreicht werden.

Das Patientenmanual, das als Informationsbroschüre im Rahmen der Patientenschulung an die Patienten ausgehändigt wurde, wurde tatsächlich von mehreren der Betroffenen als unterstützend erlebt. Das Handbuch konnte Sicherheit bieten, indem es bei aufkommenden Fragen als Nachschlagewerk genutzt wurde (siehe

3.3.1). Ebenfalls wurde die aufklärende Funktion des Manuals über Sepsis positiv bewertet.

Die Gruppe an Patienten, die kein Interesse am Manual zeigte, machte Angaben dazu, bereits über bestehendes Wissen zu verfügen oder sich nicht als krank zu bezeichnen und deshalb keinen Bedarf an Sepsisinformationen zu haben. Patienten, die sich demnach bereits gut informiert fühlten oder auch ihren Alltag ohne Fixierung auf die zurückliegende Erkrankung erleben wollten, konnten vom Manual nicht mehr zusätzlich profitieren. Entweder haben diese Patienten tatsächlich keinen Informationsbedarf mehr und benötigen keine Patientenschulung oder sie möchten ihre Erkrankung verdrängen. Dann wäre es sinnvoll, für diese Patientengruppen Konzepte zu entwerfen, die trotz einer ersten Abwehrhaltung Interesse entwickeln und bei denen die Betroffenen motiviert sind, wichtige Informationen zu ihrer Erkrankung zu erhalten. (z.B. Motivierende Gesprächsführung)

Patientenmanual trifft auf Ablehnung

4 der Befragten äußerten, dass Informationsmaterialien explizit unerwünscht waren. Zwei der Betroffenen gaben zudem an, gleichzeitig negative Erfahrungen in der Akutphase ihrer Sepsis auf der Intensivstation gemacht zu haben. Demnach wäre es denkbar, dass Patienten, die an einer PTBS leiden, nicht von dem Erhalt eines Patientenmanuals profitieren können, weil sie mit weiteren Informationen überfordert sind. Zu vermuten ist, dass hierbei die Erinnerung an die zurückliegenden Belastungen ursächlich ist. Dies wird von einigen dieser Patienten explizit beschrieben. Eine posttraumatische Belastungsstörung wird häufig nach einer Sepsiserkrankung beschrieben.⁴ Rosendahl et al. hat 2013 eine Studie zur physischen und mentalen Gesundheit von Patienten und deren Angehörigen veröffentlicht, die an einer schweren Sepsis erkrankt waren und intensivpflichtig behandlungsbedürftig waren.⁶⁶ Sie befragten 55 Erkrankte und deren Ehepartner in einer prospektiven Studie und fanden heraus, dass 2/3 der Befragten klinisch relevante Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung zeigten. Limitierend ist zu erwähnen, dass die durchgeführte Studie ausschließlich Patienten und deren Angehörige befragte, die sich bei der Hotline der Deutschen Sepsis Hilfe telefonisch bereits einmal gemeldet hatten und deren Daten registriert waren. Somit besteht die Möglichkeit, dass eine besonders belastete Untergruppe untersucht wurde, da Patienten mit wenigen oder keinen Probleme sich vermutlich weniger häufig bei der Deutschen Sepsis Hilfe melden.

Damit ist zu vermuten, dass diese häufige Langzeitfolge der Sepsis bei einigen Patienten dazu führt, dass die Intervention bei ihnen nicht wirkt. Da sie Informationen ablehnen bzw. sie psychisch nicht stabil genug sind, um sich mit der Erkrankung tiefergehend auseinanderzusetzen, werden sie auch ihr Gesundheitsverhalten nicht entsprechend den Schulungsinhalten ändern können. Sie deuten ihre Beschwerden nicht als Sepsisfolgen und kommunizieren dies dementsprechend nicht mit ihrem Arzt. Um auch diesen Patienten einen Nutzen der Schulung und des Patientenmanuals zu ermöglichen, müssen psychische Störungen erkannt und behandelt werden. Es ist wünschenswert, dass bei Abzeichnung einer PTBS bei Auswertung des Ampekschemas der Hausarzt diese Komplikation offen anspricht und die Möglichkeit hat, des Patienten möglichst schnell einer spezifischen Intervention durch Fachpersonal zukommen zu lassen.

Abschließend lässt sich sagen, dass betroffene Sepsispatienten, die Interesse am Manual zeigten, dies hilfreich als Nachschlagewerk nutzen konnten und vom Informationsgehalt des Handbuches profitierten. Das Nachlesen von Informationen kann Sicherheit vermitteln. Es ist davon auszugehen, dass Betroffene, die die Zeit ihrer Erkrankung in schlechter Erinnerung haben und möglicherweise unter einer PTBS leiden, nicht von einem sepsisspezifischen Patientenmanual profitieren. Umso wichtiger ist es daher im Rahmen der poststationären Nachsorge eine psychische Belastung aufzudecken und zu behandeln und so den Betroffenen in seiner Genesung zu unterstützen.

4.3.2 Sepsisnachsorge: Relevanz der Schulung

Wahrnehmung der Patientenschulung durch die Case Managerin

Die Patientenschulung war der Mehrheit der Befragten nicht erinnerlich. Teilweise haben sich die Befragten zwar an die Schulungssituation erinnert, aber nicht an dessen Inhalt. Das Forscherteam von Hohuis et al. hat die Beeinflussung der schweren Sepsis auf die Lebensqualität mittels des SF-36 Fragebogens untersucht und fand heraus, dass 6 Monate nach einem Aufenthalt auf der Intensivstation die geistige Gesundheit einen leichten Rückgang zeigte, sich im Laufe der 6 Monate nach ITS Aufenthalt jedoch wieder annähernd normalisierte.⁶⁷ Auch Iwashyna et al. publizierte 2010 eine Arbeit, die eine Langzeitbeeinträchtigung der Kognition bei Überlebenden der schweren Sepsis beschreibt.²⁸ Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass auch Interventionspatienten von

SMOOTH unter neurokognitiven Einschränkungen leiden und so in ihrem Erinnerungsvermögen beeinträchtigt sein könnten. Folglich ist zu prüfen, ob Schulungen zu einem späteren Zeitpunkt nach der Akutphase einer Sepsis zu einer Verbesserung der Erinnerung führen können. Vielleicht wäre auch eine komplette Auffrischung der Schulungsinhalte im Verlauf empfehlenswert, um die strukturierte Nachsorge zu verbessern.

Einige Sepsispatienten konnten persönlich von der Schulung profitieren, wie die korrekte und regelmäßige Einnahme von Medikamenten und ein verändertes Ernährungsverhalten. Das vorliegende Ergebnis belegt, dass eine Schulung mit hilfreichen Informationen zu positiven Effekten führen kann. So beschreibt Gensichen et al. in einer randomisierten Kontrollstudie mit 626 Depressionspatienten, dass diese von einem Case Management profitierten. Die eingeschlossenen Patienten erhielten zuvor eine Casemanagementintervention angelehnt an das Chronic Care Model von Ed Wagner et al.⁶⁸ Hier wurde der Erkrankte angeleitet und in seiner Rolle als Patient geschult und gestärkt. Er sollte sein sogenanntes Empowerment⁶ verbessern und so das Selbstbeobachten von klinischen Ergebnissen erlernen und aktiv am Selbstmanagement teilnehmen.⁶⁹ Bezogen auf SMOOTH lässt sich sagen, dass eine sepsisspezifische Schulung einen positiven Einfluss auf das Outcome einzelner Patienten haben kann. Der Betroffene kann durch die strukturierte Nachsorge durch die Schulung zum Selbstmanagement angehalten und so sein Gesundheitsverhalten gefördert werden. Viele standen den Sepsisinformationen ablehnend gegenüber; sei es durch die psychische Belastung oder kognitive Beeinträchtigung. Daher kann das SMOOTH Nachsorgekonzept nur begrenzt wirken.

Der Wunsch, möglichst viele Sepsispatienten mit den Informationen der Schulung zu erreichen, besteht. Es stellt sich nun die Frage, ob dies unbedingt wünschenswert ist. Die qualitativen Ergebnisse zeigen, dass einige der Betroffenen kein Interesse an Informationen zu ihrer Erkrankung haben. Es ist von Bedeutung, in zukünftigen Studien zu stratifizieren, welche Gruppe von Patienten für sepsisspezifische Informationen zugänglich ist und damit am Ende profitiert. Sepsispatienten, die kein Interesse zeigen

⁶ Unter Empowerment versteht man hier die Übertragung von Verantwortung für die eigene Genesung.

oder möglicherweise an einer PTBS leiden, profitieren nicht von einer spezifizierten Patientenschulung durch einen Case Manager.

4.3.3 Sepsisnachsorge: Relevanz der Befragung und Betreuung

Wahrnehmung der Befragung durch die Case Managerin

Sicherheit

Die Befragung mit Hilfe der standardisierten Fragebögen durch die CM wurde von den Sepsispatienten unterschiedlich bewertet. Mehrheitlich haben sie sich positiv geäußert. Ein Teil der Befragten erlebte ein Gefühl von Sicherheit.

Reflexion des eigenen Gesundheitszustandes

Nicht nur ein Sicherheitsgefühl, sondern auch die angestoßene Reflexion des eigenen Gesundheitszustands haben die Sepsispatienten die Befragung positiv bewerten lassen. Ähnliches berichteten Patienten in einer qualitativen Studie von Gensichen et al. Hier wurde die Perspektive von Depressionspatienten erforscht, die an einem allgemeinmedizinisch geführten Case Management Programm teilnahmen.³⁸ Die erkrankten Patienten wurden durch einen CM, der vom behandelnden Hausarzt gestellt wurde, über 12 Monate telefonisch kontaktiert und zu ihrem Befinden mit Hilfe eines strukturierten Fragebogens interviewt. Die Teilnehmer berichteten von der strukturierten Betreuung profitiert zu haben: Das Bewusstmachen der eigenen Erkrankung ermöglichte es ihnen, besser mit ihrer Depression umzugehen und besser gegen das reale Leben mit ihrer Erkrankung gerüstet zu sein.³⁸ Es ist daher davon auszugehen, dass eine regelmäßige Befragung und eine damit verbundene Reflexion des eigenen Gesundheitszustands den Sepsispatienten helfen kann, ihre Krankheit zu verstehen und zu verarbeiten. Eine standardisierte Befragung kann den eigenen gesundheitlichen Zustand reflektieren. Dem Betroffenen wird so eine Rückmeldung gegeben, an welchem Punkt er im Verlauf seiner Genesung steht. Er wird motiviert, weiterhin Selbstmanagement zu betreiben und seinen Weg zu verfolgen.

Zuwendung

Ein weiterer Aspekt war die wahrgenommene Zuwendung durch die CM. Es wurde von einigen Befragten erwähnt, dass sie es als angenehm empfunden haben, dass sich die

CM für ihre Gesundheit Zeit genommen hat. Auch dieses Patientenempfinden wurde in der zuvor beschriebenen qualitativen Studie von Patienten mit Depressionen ähnlich geäußert. Sie empfanden die Betreuung als unterstützend und nahmen die professionelle Begleitung während ihrer Krankheitsphase ernst.³⁸

Wie im Vorfeld bei der Nutzung der Patienteninformation durch die Sepsispatienten beschrieben, gab es auch hier eine Gruppe von Betroffenen, die sich negativ zur Befragung durch die CM geäußert hat. Sie erwähnten eine Auffrischung negativer Erlebnisse durch die wiederholte Kontaktierung. Zeitweise wurde diese auch als lästig empfunden. Gensichen et al. beschrieb in seiner qualitativen Studie ebenfalls negative Äußerungen von Befragten zur Betreuung. Einige beschrieben das Verhältnis als „mechanisch“ und wenig empathisch.³⁸ Nicht nur der Kontakt selbst ist wichtig für die Wahrnehmung der Betreuung, sondern auch die Qualität.³⁸ Dazu zählt auch das individuelle Eingehen der CM auf den Sepsispatienten bei der Befragung. In den hier durchgeführten Interviews berichteten die Patienten davon, dass sie die Fragen der standardisierten Fragebögen teilweise als „Quatsch“ empfanden.

Es ist gut möglich, dass das standardisierte Abfragen zu den häufigsten Sepsiskomplikationen von einigen Betroffenen als wenig individualisiert angesehen wurde.

Für zukünftige Projekte wäre es wünschenswert, eine Befragung durch die CM möglichst individuell zu gestalten. Möglicherweise ist es hilfreich, die Patienten im Vorfeld ausreichend darüber aufzuklären, dass es sich bei den Fragebögen um standardisierte Verfahren handelt, die nicht individuell zugeschnitten werden können. Weiterhin sollte dem Befragten angeboten werden, sich im Anschluss an das Gespräch noch einmal individuell zu äußern, um Probleme oder Fragen, die nicht während des standardisierten Interviews geklärt werden konnten, noch anzusprechen. Damit wird ihm ein Gefühl von Sicherheit und Verständnis vermittelt und den zuvor eingeschränkten Antwortmöglichkeiten wieder etwas mehr Raum gegeben. Das Gespräch kann individualisiert werden und erscheint weniger mechanisch.

Wahrnehmung einer strukturierten Betreuung durch die Case Managerin

Die Betreuung durch die Casemanagerin wurde von einigen Patienten auch als praktische Unterstützung wahrgenommen. Sie erlebten eine hilfreiche Betreuung im Sinne einer unterstützenden Gesprächsführung. Teilweise konnte die CM den Sepsispatienten auch eine konkrete Hilfestellung anbieten. In einer 2014

veröffentlichten Interviewstudie befragte Sandberg et al. ältere, gebrechliche Patienten, die in einem Casemanagementprogramm betreut wurden. Die qualitative Studie wollte Barrieren und positive Aspekte der Betreuung identifizieren und erfahren, was ein Casemanagement erfolgreich macht und was hinderlich ist.⁷⁰ Auch in dieser Studie berichteten die Betroffenen davon, die Betreuung durch den CM als unterstützend zu erleben. Sie empfanden den sozialen Kontakt als angenehm und profitierten von der positiven und gelassenen Einstellung des CMs. Er motivierte die Teilnehmer und konnte diese ermutigen.⁷⁰

Mehrere Sepsispatienten hatten allerdings die telefonische Befragung nicht als Betreuung empfunden. Ihnen fehlte beispielsweise eine konkrete Hilfestellung bei Bedarf, wie die Vermittlung von zeitnahen Facharztterminen oder eine körperliche Untersuchung. Ähnliche Aspekte wurden auch bei COPD Patienten in einem DMP gefunden. Diese Patienten wurden in einer Studie von Wodskou et al. qualitativ befragt. Es fanden Focusgruppeninterviews und Einzelinterviews statt. Die Patienten sollten berichten, wie sie sich allgemein in einem Disease Management Programm betreut fühlen.⁷¹ Auch diese Gruppe von chronisch Erkrankten erwähnte den Wunsch, bei Bedarf einen leichteren Zugang zu fachkompetenter medizinischer Betreuung zu haben; beispielsweise bei einer Exazerbation ihrer Erkrankung oder Symptomen, die Unbehagen in ihnen auslösten.⁷¹ Außerdem klagten auch diese über sehr lange Wartezeiten für einen Termin bei einem Spezialisten und auch das 6 monatige Intervall für eine Wiedervorstellung erschien ihnen zu lang. Das rief Unsicherheit hervor.⁷¹

Die fehlende Interventionsmöglichkeit für die CM bei SMOOTH ist ein Grund für die Sepsispatienten, die Begleitung nicht als Betreuung zu empfinden.

Ein möglicher Lösungsansatz wäre, als weiteres Element der strukturierten Nachsorge ein Netzwerk an kooperierenden Fachärzten aufzubauen, die sich bei Bedarf zu einer zeitnahen Behandlung der Patienten bereit erklären würden. Ein solches Netzwerk an medizinischer Fachkompetenz würde den betroffenen Patienten Sicherheit vermitteln und der CM ein Werkzeug überlassen, mit dem sie Patienten hilfreich unterstützen könnte.

Ebenso scheint die reine telefonische Befragung den Befragten nicht ausreichend zu sein, um die CM als betreuende medizinische Fachkompetenz zu empfinden. Studien haben gezeigt, dass dies für das Verhältnis förderlich ist und der CM die Möglichkeit bietet, die realen Lebensbedingungen des Patienten zu betrachten und so die Nachsorge individueller zu gestalten. Yu et al. hat eine systematische Übersichtsarbeit

erstellt, die den Effekt von Disease Management Programmen bei Patienten mit Herzinsuffizienz zusammengefasst hat. Dieses Review zeigte, dass ein persönlicher Besuch durch professionelles medizinisches Personal erfolgreicher bei der Verhinderung von einer Dekompensation der Herzinsuffizienz zu sein scheint, als ein reines telefonisches Gespräch. Die Forschergruppe unterstrich die Annahme damit, dass die CM die Alltagsumgebung des Patienten vor Ort besser beurteilen kann und anhand dessen mögliche Hindernisse für eine adäquate Selbstversorgung beachten kann. Auch hat sie herausgefunden, dass das alleinige Telefoninterview von betroffenen Patienten weniger erfolgreich zu sein scheint, als eine Kombination aus telefonischer Kontaktierung und persönlichem Treffen.⁶³ Daher wäre es wünschenswert, eher den persönlichen Kontakt zwischen CM und Sepsispatienten zu ermöglichen. Eine weitere Möglichkeit für eine noch engere Zusammenarbeit der Akteure (CM, Hausarzt, Patient) könnte die Anwesenheit des CM bei Nachsorgeterminen des Betroffenen bei seinem Hausarzt sein. So wäre eine unmittelbare persönliche Komponente geschaffen. Dem Patient wird die Zusammenarbeit der Akteure visualisiert. Er erkennt eine unmittelbare Zusammenarbeit der Akteure. Die Ergebnisse der Befragung und Lösungsstrategien könnten zeitnah besprochen werden.

4.3.4 Rolle des Hausarztes in der strukturierten Nachbetreuung nach Sepsis

Wahrnehmung des Arzt-Patienten-Verhältnisses

In dem vorliegenden Forschungsprojekt gaben die Interviewten an, überwiegend ein positives Verhältnis zu ihrem Arzt zu haben. Meist ist der erste Weg nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus der Besuch beim Hausarzt. Bei ihm fließen alle Informationen zusammen und er kennt seinen Patienten und seine Krankengeschichte gut. 90% der gesetzlich versicherten Patienten werden nach eigenen Angaben hausärztlich betreut.⁷² Die überwiegend positive Wahrnehmung der Hausarztbetreuung durch den Patienten bekräftigt eine Einbeziehung des Hausarztes in die strukturierte Nachsorge mit SMOOTH und seine Schulung durch den Liaisonarzt. Der Hausarzt agiert als Bindeglied zwischen der Akutversorgung des Sepsispatienten und seiner weiteren Genesung im häuslichen Umfeld. Insbesondere nach der akuten Behandlung einer Sepsis bleiben häufig physische, kognitive oder psychische Probleme bestehen. Umso mehr ist ein positives, von Vertrauen gekennzeichnetes Verhältnis eines

Sepsispatienten zu seinem behandelnden Hausarzt für eine adäquate Versorgung und Genesung nach dieser schweren Erkrankung wichtig.

In den Gesprächen konnten allerdings auch Schwachstellen bei der Betreuung durch den Hausarzt identifiziert werden. Negativ bewerteten die Betroffenen eine schnelle Überweisung zu Fachärzten. Aus Sicht einiger Patienten steht dahinter eine mangelnde Fachkompetenz (Interview I, 612 ff.). Möglich sind aber auch budgetäre Gründe für eine häufige Facharztüberweisung (z.B. Verordnung teurer Medikamente durch einen Facharzt). Ebenso waren eine hohe Arbeitsbelastung und fehlende Hausbesuche Gesprächsgegenstand.

Eine Forschergruppe aus Manchester hat 2004 im *British Journal of General Practice* eine qualitative Studie veröffentlicht, bei der sie Patienten zu ihrer Wahrnehmung der eigenen Betreuung bei Depression durch ihren Allgemeinmediziner befragt haben. Hier wurde deutlich, dass Depressionspatienten, verursacht durch ihr geringes Selbstwertgefühl, die Zeit ihres Arztes nicht „unnötig“ in Anspruch nehmen wollten.⁷³ Möglicherweise ist dieser Mechanismus bei der Nachsorge eines Sepsispatienten mit seinen oft komplexen Beschwerden auch Grund, warum die Kommunikation zwischen Arzt und Patient nur wenig betrieben wird. Ob nun die Kommunikation durch eine hohe Arbeitsbelastung des Mediziners oder durch den subjektiven Eindruck, dass dieser wenig Zeit hat, zu einer verminderten Kommunikation führt, bleibt offen. Wichtig ist hier, die Sensibilität des Hausarztes für einen möglichen Gesprächsbedarf seines Patienten zu verbessern. Auch bei hoher Arbeitsbelastung dürfen mögliche Komplikationen einer Sepsis wegen mangelnder Kommunikation nicht übersehen werden. Dabei bietet die Auswertung der standardisierten Fragebögen im Ampelschema zu den Sepsis-Six ein praktikables Hilfsmittel, welches dem Hausarzt und auch dem Patienten auf einen Blick eine schnelle Fokussierung der bestehenden Probleme ermöglicht. So könnten Probleme zentral und allumfassend besprochen werden.

Hausarztbetreuung innerhalb der SMOOTH Intervention

Die Frage, ob die Hausarztbetreuung durch die SMOOTH-Studie aus der Sicht der Patienten verändert wurde, konnte durch SMOOTH-Experteninterview beantwortet werden. Die Mehrheit der Sepsispatienten hat keine Intervention, welche nachvollziehbar durch die Studienintervention entstanden ist, bemerkt. Lediglich ein Patient beschrieb, dass er mit seinem Hausarzt die Auswertungsbögen mit dem Ampelschema besprochen habe. Die SMOOTH-Studie hatte zum Ziel, den

Sepsispatienten innerhalb eines Dreiecks (siehe Abbildung 1) allumfassend zu betreuen.

Nur wenige Hausärzte haben mit ihren Patienten über die Rückmeldungen der SMOOTH-Studie und deren Gesundheitszustand gesprochen. Möglicherweise hätte diese Kommunikation und das Feedback an den Sepsispatienten das Betreuungsdreieck geschlossen und so eher ein Gefühl von Betreuung vermittelt.

Es stellt sich nun die Frage, warum der Hausarzt mit seinem Patienten nicht über die Ergebnisse der Befragungen der SMOOTH-Studie gesprochen hat. Ein Grund könnte tatsächlich die hohe Arbeitsbelastung des Arztes und der damit verbundene Zeitmangel sein. Fraglich bleibt weiterhin, ob die Patientenbetreuung der Hausärzte durch die Intervention tatsächlich nicht verändert wurde oder ob es durchaus Rückmeldungen der CM und Therapieanpassungen gab, die nur von den Patienten nicht wahrgenommen wurden und demnach nicht kommuniziert werden konnten.

Für zukünftige Forschungsprojekte wäre es wünschenswert, dass Monitoringergebnisse für den Patienten zu jeder Zeit transparent sind und auch er als Teil des Betreuungsdreiecks vom Informationsfluss zwischen CM, Liaisonarzt und Hausarzt profitieren kann. Möglicherweise wäre es hilfreich, wenn die Rückmeldung der Fragebögen mit Ampelsystem nicht nur dem Hausarzt, sondern auch dem Patienten übergeben werden würden. Das Ampelsystem stellt zusätzlich eine Visualisierung der Ergebnisse dar und erleichtert so das Verständnis für den eigenen Gesundheitszustand. Der Patient hätte dann eine direkte schriftliche Auswertung der Befragungen und könnte seine Ergebnisse auf Wunsch konkret mit dem Hausarzt bei seinem nächsten Besuch besprechen, wenn dieser eine gemeinsame Auswertung nicht von selbst initiiert.

Einzelne Interventionspatienten berichteten, dass ihre Hausärzte sich negativ zur Studienteilnahme geäußert hätten. Die Patienten gaben an, dass die Weitergabe der Hausarzt-daten und die folgende Rekrutierung durch das SMOOTH-Studienteam von einigen negativ bewertet wurde. Alle Patienten, die diese Problematik mit der Rekrutierung ihrer Hausärzte geschildert hatten, waren insgesamt mit der medizinischen Betreuung unzufrieden. Vermutlich trägt ein weniger gutes Arzt-Patienten-Verhältnis zur Verärgerung des Hausarztes bei. Ein Patient berichtete, dass sein Hausarzt verärgert gewesen sei, da seinem Empfinden nach SMOOTH in die Betreuung seiner Patienten eingreife. Fehler war hier allerdings nicht die tatsächliche Steuerung der Therapie durch die Studie, sondern ein Kommunikationsproblem

zwischen CM, Patient und Hausarzt. Keiner der Patienten berichtete davon, dass sich ihr Verhältnis zu ihrem Hausarzt durch die Teilnahme an der Studie verändert hat.

Da die Studienteilnahme mit Einwilligung des Patienten zustande kam und der betroffene Hausarzt konsekutiv zur Teilnahme an der Studie aufgefordert wurde, kann die Art der Rekrutierung der Hausärzte diese in ihrer Entscheidungsfreiheit zur Teilnahme an Studien einschränken und ggf. für Verärgerung sorgen. Gleichzeitig besteht jedoch der Vorteil, dass die erwähnte Art von Hausarztrekrutierung ein recht realistisches Abbild der Versorgung von Sepsispatienten zeigt. Im Gegensatz zu einer Rekrutierung, die primär Hausärzte kontaktiert und bei der regelhaft besonders motivierte und interessierte Praxen teilnehmen, wird so vermutlich eine größere Bandbreite an Hausarztpraxen erreicht.

4.3.5 Limitationen

Es bleibt zu diskutieren, ob es bei der Auswahl der Studienteilnehmer für SMOOTH-Experteninterview zu einem systematischen Fehler gekommen ist. Möglicherweise ist es zu einer Selektion beim Anwerben der Interviewteilnehmer durch die Anfrage der CM gekommen. Patienten, die sich innerhalb der SMOOTH Studie und durch die CM gut betreut gefühlt haben, sind ggf. eher bereit gewesen, an einer qualitativen Befragung teilzunehmen, als solche, die unzufrieden mit der strukturierten Nachbetreuung waren. Dem gegenüber stehen allerdings auch Aussagen von Sepsispatienten, die sich kritisch zur Teilnahme an SMOOTH äußerten und deren Aussagen darauf schließen lassen, dass sich auch Patienten mit negativen Erfahrungen für ein Gespräch bereit erklärt haben.

Durchführung der Interviews

Teilnahme an der Befragung

Die Gruppe der 5 Sepsispatienten, die eine Teilnahme von vornherein ablehnten, gab laut CM keine Gründe dafür an.

Möglicherweise wurde das Gespräch aufgrund zu hoher psychischer Belastung abgelehnt. Mehrere Befragte äußerten bei den Interviews, dass eine Konfrontation mit ihrer Erkrankung und das erneute Auffrischen von den Erinnerungen an die Sepsis belastend und unangenehm empfunden wurden. Möglicherweise war dies ein Grund, warum andere Interventionspatienten schon im Vorfeld einem Interviewgespräch

ablehnend gegenüberstanden und der Befragung nicht zugestimmt hatten. Weiterhin lässt sich vermuten, dass eine erneute Kontaktierung durch die CM aufgrund von SMOOTH-Experteninterview einigen Sepsispatienten lästig erschien. Diese Vermutung wird durch die Aussagen zweier Befragter erhärtet, die erwähnten, dass die Kontaktaufnahme durch die CM im Rahmen des Monitorings zeitweise als störend empfunden wurde.

Da im Leitfaden die Themen der Belastung und Überforderung durch die Schulung der CM jedoch aufgekommen sind, kann davon ausgegangen werden, dass keine Aussagen durch Interviewablehnungen verloren gegangen sind.

Durchführung der Einzelinterviews

Die Durchführung der Interviews wurde als Einzelinterview geplant. In 16 von 19 Fällen wurden Gespräche mit dem betroffenen Sepsispatienten alleine geführt. Ein Einzelinterview hat den Vorteil, dass der Gesprächspartner frei und ohne mögliche Einschränkungen durch emotionale Verbindungen sprechen kann. Der Gesprächsfluss wird nicht durch Dritte gestört oder beeinflusst. Das Einzelinterview wurde zu jeder Zeit angestrebt.

Dennoch ist es laut Gläser durchaus möglich, dass es mehr Schaden anrichtet, eine dritte Person zu bitten dem Interview fernzubleiben, als ihre Anwesenheit zu ermöglichen.⁷⁴ Es bedarf also der genauen Abwägung, ob darauf bestanden wird, das Interview als Einzelinterview zu führen. Bei 2 Interviews war jeweils eine Person zeitweise anwesend (bei einem Gespräch kam die Tochter einer Befragten hinzu; sie wollte bei dem Gespräch mit Einverständnis der Mutter dabei sein und bei einem anderen Gespräch war eine enge Vertraute einer Befragten dabei, die selbst über medizinisches Hintergrundwissen verfügte und aufgrund dessen Interesse am Gespräch zeigte; auch hier wollte die Befragte, dass ihre Freundin beiwohnte). Ein Interview wurde in Beisein der Partnerin des Befragten durchgeführt. Zu keiner Zeit entstand der Eindruck, dass die dritte Person den Gesprächsfluss oder die Interviewsituation beeinflusst.

Bei der Mehrzahl der Gespräche hatte die Forscherin subjektiv den Eindruck, dass das Gespräch offen und in einer entspannten Atmosphäre stattgefunden hat. Bei einigen wenigen Interviews kam es im Verlauf dazu, dass die Befragten es als belastend empfanden, über ihre Zeit auf der Intensivstation zu berichten und auch deutlich gesagt haben, dass sie nicht mehr darüber reden wollten. Dies wurde von der Forscherin akzeptiert und nicht tiefergehend eruiert. Möglicherweise konnten dadurch einige

Informationen zum Erleben der Sepsis in der Akutphase nicht erfasst werden, welches aber auch nicht Ziel des Interviews war.

Die Konstruktion des Interviewleitfadens folgte den Prinzipien von Gläser und Laudel. Dies erlaubt auch eine Anpassung des Leitfadens, welcher im Verlauf erfolgte.⁵⁰ Wichtige Dimensionen wurden zu jedem Zeitpunkt der Forschungsphase durch die Interviews erfasst.

Materialanalyse

Das Einhalten der Gütekriterien Reliabilität und Validität sichert die Qualität einer qualitativen Forschungsarbeit. Unter Reliabilität versteht man die Zuverlässigkeit und unter Validität die Gültigkeit der erfassten Daten. Um das Datenmaterial auf diese Gültigkeit hin zu überprüfen, wurden insgesamt 2 Interviews an jeweils 2 weitere Kodierer (Dr. med. S.B. und L.D.) des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité weitergegeben. Im Rahmen der Diskussion über das Kategoriensystem konnte ein Konsens innerhalb der Forschungsgruppe erreicht werden. So konnten die Gütekriterien eingehalten und die Qualitätssicherung von SMOOTH- Experteninterview ermöglicht werden.

4.3.6 Ausblick

Insgesamt konnte durch die qualitative Evaluation eines sepsisspezifischen Nachsorgekonzeptes gezeigt werden, dass betroffene Patienten von einem poststationären Betreuungskonzept profitieren können. Voraussetzung ist hierfür das Erkennen und Behandeln von psychischen Belastungen und Erkrankungen, wie der PTBS. Eine psychische Stabilität muss gewährleistet sein, um die Aufnahme von Informationen zu ermöglichen.

Ein ausgehändigtes Patientenmanual vermittelt Sicherheit und wird als Nachschlagewerk genutzt. Die Schulung zur Sepsis und ihren Langzeitkomplikationen ist meist nicht erinnerlich. Es ist anzuraten, den Schulungszeitpunkt und/oder die Wiederholungsfrequenz zu überdenken und auch hier zu beachten, wieviel der Patient bereit ist, über seine Erkrankung zu erfahren.

Die Befragung mit standardisierten Fragebögen durch die CM vermittelt dem Betroffenen ein Gefühl von Sicherheit und Zuwendung, auch wenn sie dem Patienten wenig individualisiert erscheint. Eine alleinige Befragung im Rahmen des Nachsorgekonzeptes wird von Sepsispatienten nicht als Betreuung wahrgenommen. Es

fehlen konkrete, nachvollziehbare Handlungen, wie beispielsweise die körperliche Untersuchung oder eine schnelle Vermittlung von Facharztterminen.

Die Einbeziehung des betreuenden Hausarztes in die poststationäre Versorgung ist vorteilhaft. Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist überwiegend positiv beschrieben worden und ermöglicht so eine vertrauensvolle Nachbetreuung des Sepsispatienten. Eine Intervention von SMOOTH konnte von den Patienten überwiegend nicht wahrgenommen werden. Hier war entscheidend, dass die Ergebnisse des Monitorings zwischen Patient und Hausarzt nicht kommuniziert wurden. Wenn diese gemeinsam mit dem Hausarzt evaluiert wurden, konnte der betroffene Patient jedoch davon profitieren. Es ist wünschenswert, die Kommunikation diesbezüglich zu fördern und so die sepsisspezifische Nachbetreuung des Betroffenen in seiner Wahrnehmung zu stärken.

5 Literaturverzeichnis

1. Kreymann G, Wolf M. [History and definition of sepsis--do we need new terminology?]. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 1996;31:9-14.
2. <http://www.sepsisgesellschaft.de/DSG/Deutsch/Krankheitsbild+Sepsis/Geschichte+der+Sepsis?sid=0V0N79xK3cJTSEWt6iJuZM&iid=2>.
3. Winters BD, Eberlein M, Leung J, Needham DM, Pronovost PJ, Sevransky JE. Long-term mortality and quality of life in sepsis: a systematic review. *Crit Care Med* 2010;38:1276-83.
4. Desai SV, Law TJ, Needham DM. Long-term complications of critical care. *Crit Care Med* 2011;39:371-9.
5. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA* 2002;288:1909-14.
6. Bone RC, Balk RA, Cerra FB, Deelinger RP, Fein AM, Knaus WA, Schein RM, Sibbald WJ. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine. *Chest* 1992;101:1644-55.
7. Gramm HJ, Hannemann L, Reinhart K, Lode H. [Sepsis: a conception in change. Possibilities and limitations of diagnosis based on clinical criteria]. *Dtsch Med Wochenschr* 1995;120:498-502.
8. Engel C, Brunkhorst FM, Bone HG, Brunkhorst R, Gerlach H, Grond S, Gruendling M, Huhle G, Jaschinski U, John S, Mayer K, Oppert M, Olthoff D, Quintel M, Ragaller M, Rossaint R, Stuber F, Weiler N, Welte T, Bogatsch H, Hartog C, Loeffler M, Reinhart K. Epidemiology of sepsis in Germany: results from a national prospective multicenter study. *Intensive Care Med* 2007;33:606-18.
9. Sakr Y, Elia C, Mascia L, Barberis B, Cardellino S, Livigni S, Fiore G, Filippini C, Ranieri VM. Epidemiology and outcome of sepsis syndromes in Italian ICUs: a multicentre, observational cohort study in the region of Piedmont. *Minerva Anesthesiol* 2013;79:993-1002.
10. Wacha H, Hau T, Dittmer R, Ohmann C. Risk factors associated with intraabdominal infections: a prospective multicenter study. Peritonitis Study Group. *Langenbecks Arch Surg* 1999;384:24-32.
11. Barie PS, Williams MD, McCollam JS, Bates BM, Qualy RL, Lowry SF, Fry DE, PROWESS Surgical Evaluation Committee. Benefit/risk profile of drotrecogin alfa (activated) in surgical patients with severe sepsis. *Am J Surg* 2004;188:212-20.
12. Kumar A, Roberts D, Wood KE, Light B, Parrillo JE, Sharma S, Suppes R, Feinstein D, Zanotti S, Taiberg L, Gurka D, Kumar A, Cheang M. Duration of

hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. *Crit Care Med* 2006;34:1589-96.

13. Reinhart K, Brunkhorst F, Bone H, Gerlach H, Gründling M, Kreymann G, Kujath P, Marggraf G, Mayer K, Meier-Hellmann A, Peckelsen C, Putensen C, Quintel M, Ragaller M, Rossaint R, Stüber F, Weiler N, Welte T, Werdan K; Deutsche Sepsis-Gesellschaft e.V. [Diagnosis and therapy of sepsis: guidelines of the German Sepsis Society Inc. and the German Interdisciplinary Society for Intensive and Emergency Medicine]. *Anaesthesist* 2006;55 Suppl 1:43-56.

14. Sepsis. German Interdisziplinäre Journal of Intensive Care Medicine: S. Hagel und F. Brunkhorst; 2011.

15. Latronico N, Rasulo FA. Presentation and management of ICU myopathy and neuropathy. *Curr Opin Crit Care* 2010;16:123-7.

16. Heyland DK, Hopman W, Coe H, Tranmer J, McColl MA. Long-term health-related quality of life in survivors of sepsis. Short Form 36: a valid and reliable measure of health-related quality of life. *Crit Care Med* 2000;28:3599-605.

17. Zhang K, Mao X, Fang Q, Jin Y, Cheng B, Xie G, Li H, Yu L, Zhu T, Wang H, Liu X, Zhang Y, Jin Y, Zhang N, Lou T, Fang XM. Impaired long-term quality of life in survivors of severe sepsis : Chinese multicenter study over 6 years. *Anaesthesist* 2013;62:995-1002.

18. Hagel S, Brunkhorst F. Sepsis. *Intensivmedizin und Notfallmedizin: Springer Medizin*; 2011:57-73.

19. Tepper M, Rakic S, Haas JA, Woittiez AJ. Incidence and onset of critical illness polyneuropathy in patients with septic shock. *Neth J Med* 2000;56:211-4.

20. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, Zawistowski C, Bemis-Dougherty A, Berney SC, Bienvenu OJ, Brady SL, Brodsky MB, Denehy L, Elliott D, Flatley C, Harabin AL, Jones C, Louis D, Meltzer W, Muldoon SR, Palmer JB, Perme C, Robinson M, Schmidt DM, Scruth E, Spill GR, Storey CP, Render M, Votto J, Harvey MA. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med* 2012;40:502-9.

21. Contrin LM, Paschoal VD, Beccaria LM, Cesarino CB, Lobo SM. Quality of life of severe sepsis survivors after hospital discharge. *Rev Lat Am Enfermagem* 2013;21:795-802.

22. Jones C, Skirrow P, Griffiths RD, Humphris GH, Ingleby S, Eddleston J, Waldmann C, Gager M. Rehabilitation after critical illness: a randomized, controlled trial. *Crit Care Med* 2003;31:2456-61.

23. Kvåle R, Ulvik A, Flaatten H. Follow-up after intensive care: a single center study. *Intensive Care Med* 2003;29:2149-56.

24. Fearon KC, Voss AC, Hustead DS, Group CCS. Definition of cancer cachexia: effect of weight loss, reduced food intake, and systemic inflammation on functional status and prognosis. *Am J Clin Nutr* 2006;83:1345-50.

25. Davydow DS, Gifford JM, Desai SV, Needham DM, Bienvenu OJ. Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30:421-34.
26. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048-60.
27. Mehlhorn J, Freytag A, Schmidt K, Brunkhorst FM, Graf J, Troitzsch U, Schlattmann P, Wensing M, Gensichen J. Rehabilitation interventions for postintensive care syndrome: a systematic review. *Crit Care Med* 2014;42:1263-71.
28. Iwashyna TJ, Ely EW, Smith DM, Langa KM. Long-term cognitive impairment and functional disability among survivors of severe sepsis. *JAMA* 2010;304:1787-94.
29. Jaenichen D, Brunkhorst FM, Strauß B, Rosendahl J. [Physical and mental long-term sequelae following intensive care of severe sepsis in patients and relatives]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2012;62:335-43.
30. Schandl A, Bottai M, Hellgren E, Sundin Ö, Sackey P. Gender differences in psychological morbidity and treatment in intensive care survivors--a cohort study. *Crit Care* 2012;16.
31. Müller-Werdan U, Wilhelm J, Hettwer S, Nuding S, Ebelt H, Werdan K. [Specific aspects in septic patients: initial phase in the emergency department, age, sex and post-ICU-care]. *Internist (Berl)* 2009;50:828, 30-2, 34-6.
32. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83:457-502.
33. K. Reinhart, F. M. Brunkhorst, H.-G. Bone, J. Bardutzky, C.-E. Dempfle, H. Forst, P. Gastmeier, H. Gerlach, M. Gründling, S. John, W. Kern, G. Kreymann, W. Krüger, P. Kujath, G. Marggraf, J. Martin, K. Mayer, A. Meier-Hellmann, M. Oppert, C. Putensen, M. Quintel, M. Ragaller, R. Rossaint, H. Seifert, C. Spies, F. Stüber, N. Weiler, A. Weimann, K. Werdan, and T. Welte [Prevention and follow-up care of sepsis. 1st revision of S2k guidelines of the German Sepsis Society (Deutsche Sepsis-Gesellschaft e.V., DSG) and the German Interdisciplinary Association of Intensive Care and Emergency Medicine (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, DIVI)]. *Internist (Berl)* 2010;51:925-32.
34. McGovern M, McGovern C, Parker R. Survivors of critical illness: victims of our success? *Br J Gen Pract* 2011;61:714-5.
35. Intiso D, Amoruso L, Zarrelli M, Paziienza L, Basciani M, Grimaldi G, Iarossi A, Di Rienzo F. Long-term functional outcome and health status of patients with critical illness polyneuromyopathy. *Acta Neurol Scand* 2011;123:211-9.
36. Coleman EA, Berenson RA. Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. *Ann Intern Med* 2004;141:533-6.
37. Naylor M, Brooten D, Jones R, Lavizzo-Mourey R, Mezey M, Pauly M. Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. A randomized clinical trial. *Ann Intern Med* 1994;120:999-1006.

38. Gensichen J, Guethlin C, Sarmand N, Sivakumaran D, Jäger C, Mergenthal K, Gerlach FM, Petersen JJ. Patients' perspectives on depression case management in general practice - a qualitative study. *Patient Educ Couns* 2012;86:114-9.
39. Schmidt K, Thiel P, Mueller F, Schmuecker K, Worrack S, Mehlhorn J, Engel C, Brenk-Franz K, Kausche S, Jakobi U, Bindara-Klippel A, Schneider N, Freytag A, Davydow D, Wensing M, Brunkhorst FM, Gensichen J; Smooth Study Group. Sepsis survivors monitoring and coordination in outpatient health care (SMOOTH): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2014;15:283.
40. Schmidt K, Thiel, P., Müller, F., Gensichen, J. Studienprotokoll- Strukturierte Langezeitbegleitung für Patienten nach Sepsis. SMOOTH. Sicher Leben nach Sepsis. 2011:16-7.
41. Farquhar MC, Ewing G, Booth S. Using mixed methods to develop and evaluate complex interventions in palliative care research. *Palliat Med* 2011;25:748-57.
42. Flick U, von Kardoff E, Steinke I. *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.*: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2012:299-308.
43. Schramm WLea. *The beginnings of communication study in America. A personal memoir.*: Sage Publications; 1997.
44. Flick U, von Kardoff E, Steinke I. *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.*: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2012:468-75.
45. Mayring P. *Einführung in die qualitative Sozialforschung.* Beltz Verlag; 2002:65-134.
46. Flick U, von Kardoff E, Steinke I. *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.*: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2012:349-60
47. Gläser J, Laudel G. *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse.* VS Verlag; 2010:11-3.
48. Helfferich C. *Die Qualität qualitativer Daten.* VS Verlag; 2011:163-5
49. Gläser J, Laudel G. *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse.* VS Verlag; 2010:61-93.
50. Gläser J, Laudel G. *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse.* VS Verlag; 2010:142-53.
51. Flick U, von Kardoff E, Steinke I. *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.*: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2012:13-29.
52. Gläser J, Laudel G. *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse.* VS Verlag; 2010:36-48.
53. Helfferich C. *Die Qualität qualitativer Daten.* VS Verlag; 2011:172-5.

54. Schmidt K TP, Müller F, Gensichen J. Studienprotokoll- Strukturierte Langezeitbegleitung für Patienten nach Sepsis. SMOOTH. Sicher Leben nach Sepsis. 2011:22-3.
55. Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung. 2002:114-21.
56. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 2010:59-62.
57. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 2010:63-109.
58. Ramsenthaler C. Der Patient am Lebensende. Eine qualitative Inhaltsanalyse. Was ist "Qualitative Inhaltsanalyse"?: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2013:23-42.
59. Legewie H. 12. Vorlesung:Gütekriterien und Qualitätssicherung qualitativer Methoden.1-15.
60. Schmidt K. T, P., Müller, F., Gensichen, J. Studienprotokoll- Strukturierte Langezeitbegleitung für Patienten nach Sepsis. SMOOTH. Sicher Leben nach Sepsis. . 2011:28-9.
61. Flick U, von Kardoff E, Steinke I. Qualitative Forschung. Ein Handbuch.: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2012:286- 99.
62. Gläser J, Laudel G. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. VS Verlag; 2010:48- 59.
63. Yu DS, Thompson DR, Lee DT. Disease management programmes for older people with heart failure: crucial characteristics which improve post-discharge outcomes. Eur Heart J 2006;27:596-612.
64. Lee YJ, Hyun MK, Jung YJ, Kang MJ, Keam B, Go SJ. Effectiveness of education interventions for the management of cancer pain: a systematic review. Asian Pac J Cancer Prev 2014;15:4787-93.
65. Gallop KH, Kerr CE, Nixon A, Verdian L, Barney JB, Beale RJ. A qualitative investigation of patients' and caregivers' experiences of severe sepsis. Crit Care Med 2015;43:296-307.
66. Rosendahl J, Brunkhorst FM, Jaenichen D, Strauss B. Physical and mental health in patients and spouses after intensive care of severe sepsis: a dyadic perspective on long-term sequelae testing the Actor-Partner Interdependence Model. Crit Care Med 2013;41:69-75.
67. Hofhuis JG, Spronk PE, van Stel HF, Schrijvers AJ, Rommes JH, Bakker J. The impact of severe sepsis on health-related quality of life: a long-term follow-up study. Anesth Analg 2008;107:1957-64.
68. Gensichen J, Petersen JJ, Karroum T, Rauck S, Ludman E, König J, Gerlach FM. Positive impact of a family practice-based depression case management on patient's self-management. Gen Hosp Psychiatry 2011;33:23-8.

69. Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med* 1997;127:1097-102.
70. Sandberg M, Jakobsson U, Midlöv P, Kristensson J. Case management for frail older people - a qualitative study of receivers' and providers' experiences of a complex intervention. *BMC Health Serv Res* 2014;14:14.
71. Wodskou PM, Høst D, Godtfredsen NS, Frølich A. A qualitative study of integrated care from the perspectives of patients with chronic obstructive pulmonary disease and their relatives. *BMC Health Serv Res* 2014;14:471.
72. Gerlach F, Szecsenyi J. Warum sollten Disease- Management-Programme hausarztorientiert sein?- Gründe, Grenzen und Herausforderungen. *Deutsche Ärzteblatt*; 2002:20- 6.
73. Gask L, Rogers A, Oliver D, May C, Roland M. Qualitative study of patients' perceptions of the quality of care for depression in general practice. *Br J Gen Pract* 2003;53:278-83.
74. Gläser J, Laudel G. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. VS Verlag; 2010:167-71.

Danksagung

Dr. Sabine Gehrke-Beck und Dr. med. Christoph Heintze für die großartige Betreuung meiner Promotion, wie sie nicht besser hätte sein können sowie dem Team des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité Universitätsmedizin.

Susan Kerth, die mir selbstlos jederzeit behilflich war und gezeigt hat, dass aus Kolleginnen Freundinnen werden können.

Dr. Konrad Schmidt für die freundliche Betreuung aus Jena und dem gesamten SMOOTH Studienteam des Instituts für Allgemeinmedizin Friedrich-Schiller-Universität.

Dem CSCC für das unterstützende Stipendium, das die Fortführung dieser Arbeit ohne Unterbrechung ermöglicht hat.

Lisanna Dahlendorf für die stetige mentale Unterstützung bei der Beendigung dieses Projektes und dem gemeinsamen stärkenden Auftritt bei der Veröffentlichung unserer Arbeiten in Hamburg.

Dr. med. Uta Heinvetter für ihre Vorbildfunktion, die mein eigenes Streben stets vorangetrieben hat.

Sowie Maren Melchior, die so manches Mal aufmunternde Worte gefunden hat und deren wachsames Auge jeden Fehler fand.

Insbesondere meinen Eltern Beate und Gerhard Bänfer, die immer an mich geglaubt und mir aufopfernd den nötigen Freiraum verschafft haben.

Letztlich gilt ein besonderer Dank den betroffenen Sepsispatienten für die offenen Interviewgespräche und das zahlreiche Material, ohne das dieses Projekt nie hätte entstehen können.

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Publikationsliste

Perception of a structured sepsis aftercare program (SMOOTH) from the perspective of affected patients and their general practitioners: a qualitative study. *Infection* 2013;41(Suppl. 1):S81. [**Bänfer M**, Schilling N, Beck S, Schmidt K, Heintze C]

Wahrnehmung einer strukturierten Sepsisnachsorge aus der Sicht von betroffenen Patienten - Eine qualitative Interviewstudie. [**M. Bänfer**, K. Schmidt, J. Gensichen, C. Heintze, S. Beck]

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Mareike Bänfer, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: **„Wahrnehmung eines strukturierten Nachsorgeprogramms (SMOOTH) nach Sepsis aus der Sicht von Patienten: Qualitative Experteninterviews mit Betroffenen.“** selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

Anteilerklärung an etwaigen erfolgten Publikationen

Mareike Bänfer hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Publikation 1: **Bänfer M**, Schilling N, Beck S, Schmidt K, Heintze C, Perception of a structured sepsis aftercare program (SMOOTH) from the perspective of affected patients and their general practitioners: a qualitative study, Infection, 2013

Beitrag im Einzelnen: Erarbeitung, Analyse, Interpretation und persönliche Vorstellung vorläufiger Ergebnisse der oben genannten Studie im Rahmen einer Posterpräsentation beim Kongress Weimar Sepsis Update 2013 in Weimar.

Publikation 2: **Bänfer M**, Schmidt K, Gensichen J, Heintze C, Beck S, Wahrnehmung einer strukturierten Sepsisnachsorge aus der Sicht von betroffenen Patienten - Eine qualitative Interviewstudie, Degam Kongress Hamburg, September 2014

Beitrag im Einzelnen: Erarbeitung, Analyse, Interpretation und persönliche Vorstellung vorläufiger Ergebnisse der oben genannten Studie in einer Power Point Präsentation auf dem Degam Kongress in Hamburg 2014.

Unterschrift, Datum und Stempel des betreuenden Hochschullehrers

Unterschrift der Doktorandin