

Elke Steudter

Stroke – die unbestimmbare Krankheit

Erleben von alten Menschen
in der Schlaganfall-Akutphase

 hogrefe

Stroke – die unbestimmbare Krankheit

Stroke – die unbestimmbare Krankheit

Elke Steudter

Wissenschaftlicher Beirat Programmreich Pflege:

Jürgen Osterbrink, Salzburg; Doris Schaeffer, Bielefeld;
Christine Sowinski, Köln; Franz Wagner, Berlin; Angelika Zegelin, Dortmund

Wissenschaftlicher Beirat Programmreich Neuroscience Nursing:

Elke Steudter, Zürich

Elke Steudter

Stroke – die unbestimmbare Krankheit

Erleben von alten Menschen
in der Schlaganfall-Akutphase



Elke Steudter, Dr. phil., Pflegewissenschaftlerin
Careum Hochschule Gesundheit
Pestalozzistrasse 5
8032 Zürich
E-Mail: elke.steudter@careum-hochschule.ch

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Pflege
z.Hd.: Jürgen Georg
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Jürgen Georg
Herstellung: Daniel Berger
Umschlagabbildung: Martin Glauser, Uttigen
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Satz: punktgenau GmbH, Bühl
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín
Printed in Czech Republic

1. Auflage 2020

© 2020 Hogrefe Verlag, Bern
(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95951-1)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-75951-7)
ISBN 978-3-456-85951-4
<http://doi.org/10.1024/85951-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigefügt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	9
Vorwort	11
<hr/>	
1 Einleitung	13
1.1 Ziele der Untersuchung	14
1.2 Aufbau des Buches	15
1.3 Begriffsklärungen	16
1.3.1 Akute zerebrovaskuläre Erkrankungen	16
1.3.2 Strokeakutphase	18
1.3.3 Erfahrung	19
1.3.4 Ältere und alte Strokebetroffene	19
1.3.5 Health Professionals	20
<hr/>	
2 Theoretische Grundlagen	23
2.1 Epidemiologische Aspekte	23
2.1.1 Mortalität	24
2.1.2 Inzidenz und Prävalenz	26
2.1.3 Verlorene Lebensjahre – DALYs	28
2.2 Demografische Aspekte	28
2.3 Ökonomische Aspekte	30
2.4 Besonderheiten der Akutversorgung	31
2.4.1 Prinzipien der Strokeakutversorgung	31
2.4.2 Symptome bei akutem Stroke	32

2.4.3 Perspektive der Strokebetroffenen	33
2.4.4 Pflege der Strokebetroffenen	34
2.5 Ergebnisse der Forschungsliteratur	36
2.5.1 Suchstrategie	37
2.5.2 Erkenntnisstand	39
2.5.3 Zusammenfassende Betrachtung des Forschungsstands und Problemdarstellung	49
<hr/>	
3 Erkenntnistheoretische, methodologische und konzeptionelle Abstützung	53
3.1 Amerikanischer Pragmatismus	54
3.2 Symbolischer Interaktionismus	55
3.3 Grounded-Theory-Methodologie	57
3.4 Subjektive Krankheitstheorien	59
3.5 Selbstregulationsmodell	61
3.5.1 Krankheitswahrnehmung	62
3.5.2 Krankheitsverarbeitung und Krankheitsbewältigung	63
3.6 Adoptionsmodell	65
<hr/>	
4 Methodisches Vorgehen	69
4.1 Forschungsfragen	71
4.2 Forschungsdesign	71
4.3 Forschungsprozess	73
4.3.1 Feldzugang und Rekrutierung	73
4.3.2 Theoretical Sampling	75
4.3.3 Datenerhebung, Datenaufbereitung und Datenbasis	78
4.3.4 Beschreibung des Samples	83
4.3.5 Vorgehen bei der Datenanalyse	88
4.3.6 Theoriegenerierung	95
4.4 Gütekriterien	95
4.5 Ethische Aspekte	97
<hr/>	
5 „Unbestimbarkeit des Ereignisses“ – eine Grounded Theory	99
5.1 Erfahrungsverlauf	100
5.2 Kernkategorie „Unbestimbarkeit des Ereignisses“	102
5.3 Kontext- und Bedingungsfaktoren	105

5.3.1 Entstehungsmuster und Strokeintensität	108
5.3.2 Vorwissen der Betroffenen	110
5.3.3 Umstand der Entstehungssituation	113
5.3.4 Kognitive Schwierigkeiten	119
5.3.5 Zwischenfazit	126
5.4 Erfahrungsphase 1 – Wahrnehmen einer unbestimmbaren Veränderung	128
5.4.1 Etwas stimmt nicht	129
5.4.2 Unklarer Ausgang	135
5.4.3 Zwischenfazit	142
5.5 Erfahrungsphase 2 – Reaktion und Umgang mit dem Unbestimmbaren	143
5.5.1 Nach Erklärungen suchen	145
5.5.2 Umgang mit Symptomen	148
5.5.3 Austausch/Kommunikation mit anderen	153
5.5.4 Vergleich mit anderen Strokebetroffenen	161
5.5.5 Zwischenfazit	163
5.6 Erfahrungsphase 3 – Unbestimmbarkeit der Akutversorgung und der Diagnose	164
5.6.1 Versorgung im Krankenhaus	166
5.6.2 Teil des Systems werden	171
5.6.3 Die Diagnose erfahren	182
5.6.4 Zwischenfazit	187
5.7 Erfahrungsphase 4 – Leben mit der Unbestimmbarkeit	189
5.7.1 Besserung der Symptome	191
5.7.2 Mit Einschränkungen umgehen und diese bewältigen	195
5.7.3 Unklare Zukunft	205
5.7.4 Unklare Ursache	210
5.7.5 Zwischenfazit	214
<hr/> 6 Diskussion	217
6.1 Theoretische Bedeutung der entwickelten Grounded Theory	221
6.2 Praktische Bedeutung der entwickelten Grounded Theory	231
6.3 Limitationen der Untersuchung	234
6.4 Reflexion der gewählten Forschungsmethodologie	235
6.5 Qualitätsevaluation der entwickelten Grounded Theory	236

7 Empfehlungen und abschließendes Fazit	239
7.1 Empfehlungen für die Pflegewissenschaft	239
7.2 Empfehlungen für die praktische Pflege von Strokebetroffenen	240
7.3 Empfehlungen für die Lehre	242
7.4 Fazit	243
Literatur	245
Danksagung und Widmung	257
Adressenverzeichnis	259
Fachgesellschaften	259
Schlaganfallspezifische Pflegeweiterbildungen	262
Über die Autorin	263
Gedicht	265
Sachwortverzeichnis	267

Geleitwort

Ganz zu Beginn ist es mir ein Anliegen aufzuzeigen, an wen sich das vorliegende Buch richtet. Es richtet sich an alle Health Professionals, vornehmlich aber an Pflegefachpersonen, die mehr zum Thema „Schlaganfall“ wissen möchten. Dieses „Mehr an Wissen“ bezieht sich vor allem auf eine bisher sehr geringe pflegewissenschaftliche Studienlage zu subjektiven Sichtweisen und subjektiven Erfahrungen von Menschen vor, während und nach einem Schlaganfallereignis.

Der Schlaganfall stellt für Betroffene ein höchst einschneidendes, oftmals lebensbedrohliches Ereignis dar. Nicht selten führt dieser – wenn er nicht rasch medizinisch-therapeutisch behandelt wird – zum Tod. Zudem gilt der Schlaganfall als eine Hauptursache für bleibende Behinderungen von Betroffenen. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden. Es ist evident, dass in den letzten Jahren sowohl national als auch international maßgebliche medizinische, pflegerisch-therapeutische und rehabilitative Behandlungsfortschritte erzielt werden konnten.

Die Autorin setzte sich im Rahmen einer qualitativen Studie neben der wissenschaftlich generierten Erkenntnis zum Ziel, Schlaganfallbetroffene als Experten und Expertinnen ihres Krankheitserlebens zu sehen und diese Erfahrungen für die Pflegeentwicklung und Pflegeverbesserung nutzbar zu machen. Sie gab betroffenen Patienten und Patientinnen eine Stimme, damit Pflegefachpersonen – aber auch Pflegelernende – verstehen und nachvollziehen können, was mit dem betroffenen Menschen in dieser physisch und psychisch belastenden Lebenssituation geschieht, was sie dabei empfinden und wie es ihnen dabei subjektiv ergeht. Eine zentrale Aussage einer Patientin im Rahmen der Studie macht dies deutlich: „Mein Gehirn hat sich selbst nicht verstanden“. Dieses Beispiel lässt erahnen, welchen persönlichen Irritationen und Herausforderungen Menschen in dieser Lebenssituation ausgesetzt sind.

Für alle an der Pflegewissenschaft interessierte Pflegefachpersonen und Pflegestudierende kann der methodische Ansatz der in diesem Buch beschriebenen

Untersuchung von großem Interesse sein. Vor dem Hintergrund des Erfahrungsverlaufs von Schlaganfallbetroffenen nutzte die Autorin die Grounded-Theory-Methodologie nach Strauss und Corbin, um eine übergeordnete Kernkategorie – im Kontext eines akuten Schlaganfallereignisses – nachvollziehbar herauszuarbeiten, um eine Theorie zu generieren, die ein hohes Verallgemeinerungs niveau aufweist. Und das ist ihrer Meinung nach hervorragend gelungen. Ich kenne sehr wenige wissenschaftliche Abhandlungen, in denen die Grounded-Theory-Methodologie aus wissenschaftlicher Sicht derart nachvollziehbar dargestellt wurde, als es in diesem Buch der Fall ist.

Ich gratuliere der Autorin, dass sie sich dieses aus pflegewissenschaftlicher, aber auch aus pflegepraktischer Sicht sehr bedeutsamen Themas angenommen hat und gratuliere ihr zudem zur inhaltlichen und wissenschaftlichen Qualität ihrer Ausführungen. Ich bin davon überzeugt, dass dieses Buch einen entsprechenden Beitrag in der Pflegeausbildung, in der Pflegepraxis und in der Pflegewissenschaft leisten wird.

Allen Lesern und Leserinnen, seien es die Pflegefachpersonen in der Praxis, die Auszubildenden, die Lehrenden und/oder die Pflegewissenschaftler und Pflegewissenschaftlerinnen, wünsche ich viel Interesse beim Lesen dieses Buches, das die Erfahrungen von Schlaganfallbetroffenen in der Akutphase mit einer Vielzahl an persönlichen Zitaten der Patienten und Patientinnen realitätsnah widerspiegelt.

Herzlich, Ihre Christa Them
Leiterin des Instituts für Pflegewissenschaft
UMIT, Hall in Tirol

Vorwort

*„Es ist nicht wichtig, wie langsam du gehst, sofern du nicht stehen bleibst.“
(Konfuzius, vermutlich 551–479 v. Chr.)*

Nicht stehen zu bleiben, egal wie langsam es vorangeht – dies kann in besonderer Weise für Menschen nach einem akuten Schlaganfall gelten. Meist völlig unvorhergesehen und im wahrsten Sinne des Wortes „schlagartig“ ändert sich das Leben für die Betroffenen, in das sie Schritt für Schritt zurückkehren müssen. Das Akutereignis Schlaganfall und die Zeit danach lässt die Patienten und Patientinnen bis dahin Ungeahntes erfahren, unabhängig davon, wie groß das in Mitleidenschaft gezogene Hirnareal ist. Wie ist das für die Betroffenen, wenn ihr Gehirn plötzlich nicht mehr wie gewohnt funktioniert und sie in verschiedenen Bereichen sofort eingeschränkt sind? Welche Erfahrungen prägen dieses Ereignis? Diese Fragen beschäftigen mich schon lange. Schon während meiner Arbeit in der neurologischen Pflegepraxis waren es immer wieder die Patienten und Patientinnen mit akutem Schlaganfall, denen ich viel Aufmerksamkeit widmete. Denn anders als bei Menschen mit chronisch verlaufenden neurologischen Krankheiten, z.B. Morbus Parkinson oder Multiple Sklerose, verlaufen die körperlichen und psychisch-kognitiven Veränderungen nicht kontinuierlich und schleichend, sondern mit einer Unmittelbarkeit, die kaum vorstellbar ist. Die Patienten und Patientinnen mit akutem Schlaganfall können sich nicht langsam an die Veränderungen und Einschränkungen gewöhnen, sie müssen sich sofort mit dem neuen, nicht selten als lebensbedrohlich empfundenen Zustand auseinandersetzen. Und gerade dann können sie meist nicht in gewohnter Art und Weise auf ihre kognitiven Fähigkeiten vertrauen, die ihnen vielleicht helfen würden, das Geschehen besser zu begreifen.

Nicht stehen zu bleiben, auch wenn es langsam vorangeht – dies gilt aber auch für das Vorhaben, eine Doktorarbeit zu schreiben. Wenn man sich auf diesen Weg be-

gibt, ahnt man zu Beginn nicht im Mindesten, was auf einen zukommt, wie langsam es phasenweise vorangeht und wie lange vieles dauert. Mit welchen Unwegbarkeiten zu rechnen und auf welche Möglichkeiten und Fähigkeiten zu vertrauen ist. Welche Umwege zu gehen sind, welche Sackgassen sich zeigen und welche Auswege es daraus gibt. Und das Erleben von Phasen des sehr intensiven Arbeitens, in denen neue Ideen, Zusammenhänge und Sichtweisen entstehen und sich das eigene Denken deutlich spürbar erweitert. All diese Erfahrungen sind sehr wertvoll und wichtig im wissenschaftlichen – aber auch persönlichen – Erkenntnisprozess.

Und am Ende entsteht dann manchmal ein Buch – so wie in diesem Fall. Die vorliegende Monografie wurde als Dissertation 2017 im Rahmen des pflegewissenschaftlichen Doktorats an der UMIT – Universität für Medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol – eingereicht und angenommen. Primäres Anliegen dieser Dissertation ist es, die zentralen Erfahrungen von Menschen ab 60 Jahren, die akut an einem Schlaganfall erkrankt sind, herauszuarbeiten und für die Pflegewissenschaft und Pflegepraxis nutzbar zu machen. Die wissenschaftlich erarbeiteten Ergebnisse können dazu beitragen, die Betroffenen in einer sehr vulnerablen Phase individuell und ganzheitlich zu begleiten und ihre Situation besser zu verstehen. Denn eben dieses Verständnis ist wichtig, um die Patienten und Patientinnen im Sinne einer personenorientierten Versorgung und vor dem Hintergrund ihres Erlebens professionell zu pflegen.

Nicht nur in der Wissenschaft ist man stets bestrebt, auf möglichst aktuelle Daten zurückzugreifen. Daher sei abschließend noch angemerkt, dass für die Buchpublikation der Dissertation die epidemiologischen und demografischen Daten aktualisiert und auf die bei Drucklegung des Buches verfügbare Literatur abgestützt wurde.

Elke Steudter
Zürich, Juni 2019

1

Einleitung

Der akute, vollendete Schlaganfall ist ein plötzliches und komplexes Krankheitsereignis, das den Menschen in seiner Gesamtheit betrifft und für den fachsprachlich die englische Bezeichnung „Stroke“ verwendet wird. Meist ereilt dieser die betroffenen Patienten und Patientinnen ohne Vorankündigung und völlig unvorbereitet „aus heiterem Himmel“ (Burton, 2000, S. 305). Die gefäßbedingte Hirnerkrankung gilt als medizinischer Notfall, der eine sofortige ärztliche und pflegerische Behandlung erfordert (Jauch et al., 2013; Veltkamp et al., 2012). Gestützt auf die Leitlinien der neurologischen Fachgesellschaften wurden in den letzten Jahren veränderte Versorgungsstrategien entwickelt (Busse et al., 2013), die die Behandlungsabläufe weiter optimierten. In diesem Zuge verbesserte sich die Akutbehandlung der Betroffenen durch die Etablierung sogenannter Stroke-Units seit Mitte der 1990er Jahre deutlich (Heuschmann et al., 2010). Diese Entwicklungen, die mit deutlichen erweiterten Diagnose- und Therapieoptionen sowie einer Professionalisierung des Agierens der Health Professionals einhergingen, sind Errungenschaften der modernen Gesundheitsversorgung.

Dem zielorientierten, routinierten und vor allem raschen Handeln der Health Professionals steht dabei das subjektive Erleben der Strokebetroffenen diametral gegenüber. Vielfach markiert die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen für diese den Übergang von einer selbstbestimmten Person zum fremdbe-stimmten Patienten bzw. zur Patientin. Dies wird von den Betroffenen häufig als sehr belastend empfunden (Kalaitzidis, 2015; Hafsteinsdóttir & Gryponck, 1997). Die medizinischen und pflegerisch-therapeutischen Behandlungsfortschritte dürfen daher nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Stroke und die unmittelbar auftretenden, nicht selten lebensbedrohlichen Veränderungen noch immer ein subjektiv erfahrbares kritisches Lebensereignis für die Betroffenen darstellen (Hager & Ziegler, 1998). Allerdings wird dieser subjektiven Perspektive in den wissenschaftlichen Diskursen nicht immer ausreichend Beachtung ge-

schenkt (Kirkevold, 2010). Ein Grund dafür mag in den oft eingeschränkten Wahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeiten der Betroffenen und den begrenzten Zeitressourcen im Notfallmanagement liegen. Auch der diagnostische Auftrag der Akutversorgung und die Konzentration auf die Sicherung des Überlebens (Veltkamp et al., 2012) verhindern in der Regel, dass der Fokus in dieser Phase auf die subjektiven Erfahrungen der Patienten und Patientinnen gelegt wird. Gleichwohl sollte sich das professionelle Handeln der Health Professionals schon in der Akutphase nicht ausschließlich an den Leitlinien und Behandlungs- bzw. Pflegestandards orientieren, sondern auch an den Vorstellungen und Erfahrungen der Strokebetroffenen und ihrer Perspektive (Aadal, Angel, Dreyer, Langhorn & Blicher Pedersen, 2013).

1.1

Ziele der Untersuchung

Ziel der Untersuchung ist, individuelle Erfahrungen und Erlebnisse älterer und alter Menschen in der Akutphase eines ischämischen Stroke aufzuzeigen. Die mittels qualitativer Interviews generierten Daten und ihre alternierenden Abhängigkeiten werden als Grundlage für die Theoriebildung in Bezug auf den Untersuchungsgegenstand genutzt.

Im Zentrum der Untersuchung steht der bisher – vor allem im deutschsprachigen Raum – kaum erforschte Bereich des subjektiven Erlebens und der Erfahrungen von akut vom Stroke Betroffenen. Diese Dimension wird anhand von Daten, die zu einem frühen Zeitpunkt im Krankheitsverlauf erhoben wurden, dokumentiert und analysiert. Ausgehend davon gilt es, die einzelnen Konzepte zueinander in Beziehung zu setzen und übergeordnet theoretisch zu verdichten. Die auf diese Weise theoretisch herausgearbeiteten zentralen Aspekte der Patienten- und Patientinnenerfahrung dieser Phase sollen das Verständnis für die Strokebetroffenen im Akutstadium des Stroke fördern. Darüber hinaus soll deren subjektive Perspektive – der „patient view“ (Porter, 1985, S. 175) – in einem Krankheitsstadium, in dem die Behandlung und die Prävention von Komplikationen im Vordergrund stehen, ins Zentrum gerückt und die medizinisch-pathophysiologische Sicht mit den hermeneutischen Ansätzen der Pflegewissenschaft verbunden werden. So wird es möglich, den Stroke als medizinisch-pathophysiologisch objektives und als pflegewissenschaftlich subjektives Phänomen zu begreifen (Faltermaier & Brütt, 2009).

Die Untersuchung plädiert mithin dafür, Strokebetroffene als Experten und Expertinnen ihres Krankheitserlebens wahrzunehmen und ihre Erfahrungen als Aus-

gangspunkt für die Pflegeentwicklung und -verbesserung zu nutzen. Die Pflegewissenschaft erhält durch die Untersuchung systematisch aufbereitete und analysierte Ergebnisse einer Phase, die bisher wenig Berücksichtigung im professionseigenen Diskurs gefunden hat, und schließt so eine bestehende Forschungslücke in Bezug auf die pflegerische Versorgung von älteren und alten Patienten und Patientinnen mit Stroke. Auf diese Weise werden die bisherigen Kenntnisse zum Stroke in der Akutphase durch das mittels explorativer, qualitativer Pflegeforschung generierten Wissens erweitert.

1.2

Aufbau des Buches

Das Buch gliedert sich in sieben Hauptkapitel. Neben einer allgemeinen Hinführung und der Formulierung des Forschungsziels werden im einleitenden *Kapitel 1* die zentralen Begriffe des gewählten Forschungsthemas dargestellt. Daran anschließend werden die theoretischen Grundlagen in *Kapitel 2* dargelegt, die sich in epidemiologische, demografische und ökonomische Aspekte unterteilen. Weiter werden die beeinflussenden Faktoren der Krankheitsakutphase sowie das Setting der Stroke-Akutversorgung beschrieben. Es folgt eine Auseinandersetzung mit dem aktuellen Stand der Forschung in Bezug auf das Erleben und die Erfahrungen im Zusammenhang mit dem akuten Stroke von älteren und alten Menschen, die zeigt, in welchen wissenschaftlichen Kontext die Untersuchung einzurordnen ist.

Kapitel 3 positioniert die Untersuchung erkenntnistheoretisch und methodologisch, stellt den konzeptionellen Bezugsrahmen dieser Forschungsarbeit dar und präsentiert gesundheits- und krankheitsbezogene Aspekte, um die Ausführungen auch bezugswissenschaftlich abzustützen. *Kapitel 4* beschreibt im Weiteren die methodologische Verankerung, das methodische Vorgehen und die einzelnen Schritte des Forschungsprozesses inklusive der Beschreibung der ausgewählten Patienten und Patientinnen (Sample) und ihrer Besonderheiten. Im *Kapitel 5* werden die Ergebnisse in Form einer gegenstandsverankerten Theorie präsentiert. Im Anschluss werden in *Kapitel 6* die Untersuchungsergebnisse diskutiert, wobei die theoretische und praktische Bedeutung der Theorie herausgearbeitet wird. Das Kapitel nimmt darüber hinaus die Limitationen der Untersuchung auf und schließt mit der Qualitätsevaluation der generierten Theorie. Im *Kapitel 7* werden Empfehlungen für die Pflegewissenschaft, für die praktische Pflege von Strokebetroffenen sowie für die Lehre formuliert und ein abschließendes Fazit gezogen.

1.3

Begriffsklärungen

Der Stroke zählt übergeordnet zu den akut zerebrovaskulären Erkrankungen, die sich in der wissenschaftlichen Fachliteratur wie auch in der klinischen Praxis durch die verschiedenen Erscheinungsformen und unterschiedlichen Begrifflichkeiten sehr komplex präsentieren (Ringleb, Veltkamp et al., 2016). Die für das vorliegende Buch und die durchgeführte Forschung zentralen Konzepte des Untersuchungsgegenstandes werden im Folgenden kurz erklärt, voneinander abgegrenzt sowie im Hinblick auf die zentrale Forschungsfrage der prägenden Erfahrungen von Menschen ab 60 Jahren in der Strokeakutphase dargestellt.

1.3.1

Akute zerebrovaskuläre Erkrankungen

Akute zerebrovaskuläre Erkrankungen sind verschiedene, das zentrale Nervensystem betreffende Beeinträchtigungen, die in der Regel als plötzlich auftretendes fokal-neurologisches Defizit unterschiedlicher Intensität und Dauer erscheinen. Unter dem Oberbegriff Schlaganfall werden die transitorisch ischämische Attacke und verschiedene Formen des Stroke zusammengefasst (Hennerici et al., 2017; Ringleb, Veltkamp et al., 2016). Zur besseren Einordnung und konzeptionellen Abgrenzung der Begriffe werden nachfolgend die verschiedenen Erscheinungsformen des Schlaganfalls kurz vorgestellt.

Transitorisch-ischämische Attacke

Eine transitorisch-ischämische Attacke (TIA) liegt vor, wenn sich die Symptome (z.B. Sprechschwierigkeiten, hängender Mundwinkel) innerhalb kurzer Zeit spontan zurückbilden. Mit bildgebenden Verfahren lassen sich im Gegensatz zu einem Stroke bei einer TIA in der Regel keine strukturellen Schädigungen des Gehirns nachweisen (Ringleb, Veltkamp et al., 2016). In der Frühphase eines akuten Schlaganfalls ist eine sichere Abgrenzung zwischen TIA und Stroke durch die klinische Untersuchung jedoch nicht immer möglich (AQUA-Institut, 2015). Daher gestaltet sich das diagnostische Prozedere bei Verdacht auf eine TIA analog zum Vorgehen bei Patienten und Patientinnen mit einem Stroke (Hennerici et al., 2017; Ringleb, Veltkamp et al., 2016).

Auch wenn die wahrnehmbaren Veränderungen bei der TIA meist nur zeitlich begrenzt bestehen, ist das Ereignis eine ernst zunehmende Erkrankung, da die von einer TIA betroffenen Patienten und Patientinnen nach dem Geschehen ein er-

höhtes Risiko aufweisen, an einem Stroke zu erkranken (Hennerici et al., 2017; Heldner, Arnold, Grolla & Fischer, 2012).

Stroke

Der Stroke wird definiert als plötzlich und akut auftretende fokale Schädigung des Gehirns, die aufgrund einer gefäßbedingten Durchblutungsstörung, einer intrazerebralen oder einer subarachnoidalnen Blutung entsteht (Sacco et al., 2013). Die Variantenvielfalt der Symptome bei einem Stroke ist groß und steht in Abhängigkeit mit der Intensität und der hirnphysiologischen Lokalisation der Durchblutungsstörung (Ringleb, Veltkamp et al., 2016). Die häufigste Form des Stroke ist die zerebrale Ischämie (ischemic stroke oder Hirnschlag). Sie liegt bei 80 bis 85 Prozent der Patienten und Patientinnen vor. Intrazerebrale Blutungen sind in zehn bis 15 Prozent der Fälle für den Stroke verantwortlich (hemorrhage stroke). Die restlichen fünf Prozent entfallen auf Subarachnoidalblutungen (Hennerici et al., 2017). Der Stroke kann in verschiedene Stadien unterteilt werden, die von einem frühen hyperaktiven Zustand (die ersten sechs Stunden im Krankheitsverlauf) bis zum chronischen Zustand (drei Wochen alter Stroke) reichen können (Allen, Hasso, Handwerker & Farid, 2014).

Das Outcome nach einem Stroke ist variabel und mit unterschiedlichen Konsequenzen bzw. Einschränkungen für die Betroffenen verbunden. Die Folgen der Erkrankung präsentieren sich daher von vollständiger Genesung bis zu unterschiedlich ausgeprägten, meist körperbezogenen Behinderungen. Dieser Umstand führt dazu, dass ein Stroke – in Abhängigkeit vom Zeitraum seit seinem Auftreten – sowohl eine akute als auch eine chronische Komponente aufweist. Von klinischer Relevanz ist die Bezeichnung chronischer Stroke vor allem bei Patienten und Patientinnen mit strokebedingten bleibenden Behinderungen und Einschränkungen, z.B. im Rahmen der stationären Rehabilitation und darüber hinaus in der stationären oder ambulaten Langzeitversorgung.

Die im Folgenden präsentierte Untersuchung fokussiert ausschließlich auf Betroffene in der Akutphase des ischämischen Stroke. Andere Arten der zerebrovaskulären Erkrankungen (z.B. Hirnblutungen) bleiben unberücksichtigt. Zum einen liegt dies in der hohen Inzidenz des ischämischen Stroke und seiner damit verbundenen gesundheits- und pflegebezogenen Relevanz begründet. Zum anderen werden Patienten und Patientinnen mit ischämischem Stroke in der Regel nicht neurochirurgisch-operativ behandelt (eine Ausnahme bildet die therapiebedingte Komplikation einer Hirnblutung nach einer Thrombolysetherapie) und können daher früher im Behandlungs- und Pflegeverlauf erfasst und befragt werden. Zudem befinden sich Patienten und Patientinnen mit einem hämorrhagi-

schen Stroke häufiger in einem schlechteren, nicht selten letalen Allgemeinzustand als vom ischämischen Stroke Betroffene. Aus den genannten Gründen wurden Patienten und Patientinnen mit hämorrhagischem Stroke nicht in die Untersuchung eingeschlossen.

1.3.2

Strokeakutphase

Die Akutphase des Stroke ist in der Literatur und in der klinischen Praxis nicht eindeutig und einheitlich definiert. Die zeitliche Einteilung lässt sich mittels bildgebender Verfahren (z.B. durch die Computertomografie) zwar bestimmen, dies hat im klinischen Alltag jedoch kaum Relevanz für die Definition der einzelnen Strokedphasen (Allen et al., 2014).

Das diagnostische und therapeutische Prozedere der Strokeakutversorgung wird für den deutschsprachigen Raum in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (Hennerici et al., 2017; Ringleb, Hamann et al., 2016; Veltkamp et al., 2012) geregelt. Diese sehen in regelmäßigen Abständen (z.B. nach 24 Stunden) bildgebende Verfahren als Verlaufskontrolle vor. In der Regel werden die betroffenen Patienten und Patientinnen nach der Erstversorgung und der Diagnostik auf der Notfallstation für mindestens 24 Stunden in einer Stroke-Unit behandelt, gepflegt und überwacht (Hennerici et al., 2017; Ringleb, Veltkamp et al., 2016). Diese als Komplexbehandlung deklarierte Versorgung wird in den Ausführungen zum Operations- und Procedurenchlüssel in der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS 8-981) geregelt und kann auf bis auf 72 Stunden ausgeweitet werden (DIMDI, 2016).

Nach dem Aufenthalt in der Stroke-Unit verbleiben die Patienten und Patientinnen wenige Tage – in Ausnahmefällen je nach individuellem Allgemeinzustand auch Wochen – auf einer neurologischen oder medizinischen Bettenstation im Krankenhaus oder werden direkt von der Stroke-Unit in eine Rehabilitationsklinik überwiesen. Die mittlere Verweildauer von Strokepatienten und -patientinnen im Krankenhaus beträgt in Deutschland ca. zehn Tage (Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe, 2016). Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wird die Akutphase des Stroke – in Ermangelung klarer Definitionen und Richtwerte – als die Zeit der stationären Behandlung und Pflege in einem Krankenhaus aufgefasst und entsprechend definiert. Innerhalb dieses Zeitfensters wurden die Strokebetroffenen von der Forscherin aufgesucht, über die Untersuchung informiert und nach Vorliegen der Einverständniserklärung interviewt.

1.3.3

Erfahrung

Erfahrung ist sowohl ein philosophisches als auch ein entwicklungspsychologisches Konzept. In der philosophischen Auseinandersetzung wird der Begriff zunächst im Sinne von empirischer Gewissheit genutzt. Hier beschreibt er „die durch die Sinne vermittelte Gewissheit der äußeren und inneren Dinge“ (Wirtz, 2014, S. 508). Viele der äußeren Eindrücke werden durch die den Menschen umgebende Welt sowie die darin erzeugten Situationen hergestellt und liegen vielfach in der Interaktion mit anderen Menschen begründet. Die inneren Eindrücke hingegen entstehen durch die Wahrnehmung der Dinge (Situationen, Ereignisse) und ihre individuell-subjektive Verarbeitung und Interpretation durch die Betroffenen. Damit berücksichtigt das Konzept der Erfahrung sowohl die Verbindung zu anderen und zur Umwelt als auch die intrasubjektiven Beziehungen des Individuums mit dem eigenen Selbst.

Entwicklungspsychologisch bezeichnet der Begriff Erfahrung hingegen das durch Wahrnehmen gewonnene Wissen von Individuen oder Gruppen. Die Wahrnehmungen können einmalig oder wiederholt sowie bewusst oder unbewusst zutage treten und sind meist eng an das Erleben und das Empfinden in einer bestimmten Situation gekoppelt (Wirtz, 2014). Den Erfahrungen geht dabei der Prozess des Erfahrens voraus, an dessen Ende die Erfahrung als Ergebnis steht.

Durch das Auftreten und das Erleben von akuter oder chronischer Krankheit entstehen subjektiv gesundheitsbezogene Erfahrungen, die Gegenstand der Gesundheitspsychologie sind (Schwarzer, 2005) und mitunter in den Bereich der Medizinpsychologie hineinreichen. Diese spezifischen Erfahrungen werden im Zusammenhang mit dem Stroke durch das subjektive Erleben eines akut veränderten Gesundheitszustandes in dem häufig fremden, als komplex empfundenen Umfeld der Gesundheitsorganisation in einem Krankenhaus erworben (Hafsteinsdóttir & Grypdonck, 1997).

1.3.4

Ältere und alte Strokebetroffene

Das Alter wird meist als chronologischer Prozess verstanden, der sich hauptsächlich an der Anzahl der addierten Lebensjahre des Menschen orientiert. Durch die deutlich verlängerte Lebensspanne des Alters wurde es in der Vergangenheit nötig, eine vertikale Differenzierung des Begriffs vorzunehmen, die sich nicht ausschließlich am kalendarischen Modell orientiert (Höpflinger, 2014). Zur besseren

Unterscheidung und Abgrenzung innerhalb der Altersspanne wurden Bezeichnungen geschaffen, die es ermöglichen, die Gruppe der alten Menschen weiter zu differenzieren. Dies führte zu Begriffen wie alternde Menschen (ab ca. 50 Jahren), ältere Menschen (ab ca. 60 Jahren) oder alte Menschen (ab ca. 75 Jahren) (WHO, 2016). Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit Patienten und Patientinnen, die 60 Jahre und älter sind und einen akuten Stroke erlitten haben. In Anlehnung an die oben dargestellte Altersdifferenzierung wird die Population dieser Untersuchung als ältere und alte Menschen bezeichnet.

Gründe für die Fokussierung auf diese Gruppe sind zum einen die demografischen Fakten (vgl. Kap. 2.2) und zum anderen das deutlich erhöhte Erkrankungsrisiko ab dem 60. Lebensjahr. Ältere und alte Strokebetroffene befinden sich darüber hinaus in einer Lebensphase, in der sich Fragen nach der Rückführung in den Berufsalltag oder der Partizipation an der Kindererziehung in der Regel nicht mehr stellen, die beispielsweise für jüngere Strokebetroffene relevant sind (Immenschuh, 2000). Diese Themen sollten in der Untersuchung ausgeklammert werden. Das Alter der Patienten und Patientinnen wurde nach oben nicht begrenzt. Eine Grenze ergab sich vielmehr aus dem häufig alterskorrelierten bestehenden Gesundheits- und Allgemeinzustand sowie den Auswirkungen eines Stroke auf sehr alte Menschen, z.B. in Bezug auf die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten sowie auf den Bewusstseinszustand, die einen Einschluss in die Untersuchung verhindern. Synonym werden für ältere und alte Menschen mit akutem Stroke in den folgenden Ausführungen auch die Begriffe Strokebetroffene oder Patienten und Patientinnen mit Stroke verwendet.

1.3.5

Health Professionals

Der Begriff Health Professionals bezeichnet Fachpersonen des Gesundheitswesens. Sie erhalten die Gesundheit aufrecht und führen die klinische Einschätzung, das diagnostische Vorgehen und die Behandlung entsprechend den Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen sowie nach den Prinzipien und dem Prozedere der Evidenzbasierung der jeweiligen Profession durch (z.B. Pflege, Medizin, Physiotherapie) (WHO, 2013). Diese Aufgaben und Kompetenzen setzen eine mindestens dreijährige – im Falle der Medizin sechsjährige – Ausbildung an einer Hochschule voraus. Der Abschluss zur Pflegefachperson kann auch an einer höheren Fachschule für Pflege als nicht-akademisch ausgerichtete, duale Ausbildung erworben werden. Der Begriff Health Professionals schließt übergeordnet stets alle am Behandlungsprozess beteiligten Gesundheitsfachpersonen ein und bezieht

sich damit auf das Konzept der Interprofessionalität des Behandlungsteams, den Teamapproach (Glahn, 2014).

Als Pflegefachpersonen werden in der vorliegenden Untersuchung alle Personen bezeichnet, die pflegerische Aufgaben im interprofessionellen Stroke-Behandlungsteam selbstständig wahrnehmen und über eine mindestens dreijährige Pflegeausbildung verfügen. Pflegefachpersonen sind Teil der Gruppe der Health Professionals.

2

Theoretische Grundlagen

Zur besseren gesundheitsbezogenen und gesellschaftlichen Einordnung des Forschungsthemas der vorliegenden Untersuchung werden im Folgenden epidemiologische, demografische sowie ökonomische Aspekte des Stroke dargestellt. Darüber hinaus werden verschiedene, die Akutphase beeinflussende Faktoren beschrieben, die auf den Krankheits- und Pflegeprozess einwirken und diesen mitprägen. Des Weiteren wird der Erkenntnisstand der aktuellen Literatur aufgezeigt, um mögliche Forschungslücken zu identifizieren und das forschungs- und wissenschaftsbezogene Problem für die vorliegende Arbeit zu formulieren.

2.1

Epidemiologische Aspekte

Unter Rückgriff auf epidemiologische Daten werden nachfolgend die für den akuten Stroke relevanten Aspekte zur Mortalität, Inzidenz, Prävalenz und zum Verlust von behinderungsfreien Lebensjahren (disability-adjusted life years = DALYs) dargestellt. Die publizierten Angaben beruhen häufig auf statistischen Schätzungen. Daher muss deren Genauigkeit als begrenzt angesehen werden. Darüber hinaus variiert die Aktualität der verfügbaren Daten in den verschiedenen Publikationen. Viele Angaben basieren häufig vor allem auf regional durchgeföhrten Erhebungen (Günster, 2010). Weiter gilt zu beachten, dass verfügbare epidemiologische Daten für Europa oder einzelner Länder zum Teil noch auf Publikationen zurückliegender Jahre beruhen. Mit dem Ziel einer umfassenden epidemiologischen Darstellung werden die – bei Druck des Buches akutell verfügbaren und zugänglichen – Daten für die oben genannten Aspekte zunächst weltweit und für Europa präsentiert. Anschließend werden die Daten differenziert für Deutschland, die Schweiz und Österreich aufbereitet, um ein möglichst umfassendes Bild für den deutschsprachigen Raum zu erhalten.

2.1.1

Mortalität

Im Jahr 2012 beruhten weltweit 68 Prozent der Todesfälle auf nichtübertragbaren Krankheiten (WHO, 2014). Zu den nichtübertragbaren Krankheiten zählen in erster Linie gefäßbedingte Krankheiten (kardio- und zerebrovaskulär) und Tumorerkrankungen (WHO, 2019a, 2019b). Im Jahr 2016 hatten 85 Prozent der Todesfälle, die auf nichtübertragbare Krankheiten zurückgeführt werden konnten, kardio-zerebrovaskuläre Ursachen, zu denen auch der Stroke gerechnet wird (WHO, 2019b). Bezogen auf alle Altersgruppen stellt der Stroke somit aktuell die zweithäufigste Todesursache weltweit und in Europa dar (Feigin, Norrving & Mensah, 2017; Stroke Collaborators, 2019). In Deutschland findet sich der Stroke hinter den Herz- und Tumorerkrankungen auf dem dritten Platz in der Todesursachenstatistik (Statistisches Bundesamt, 2016).

Die strokespezifische Mortalität ist weltweit, in Westeuropa und – wenn auch weniger ausgeprägt – in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen rückläufig (Shah et al., 2018; Thirft et al., 2017). Schätzungen zufolge starben im Jahr 2016 weltweit 5,5 Millionen Menschen an einem Stroke und seinen Folgen (Stroke Collaborators, 2019). Dabei betreffen über die Hälfte der weltweiten strokebedingten Todesfälle (55 Prozent) Menschen, die älter als 75 Jahre sind (Feigin et al., 2014). Die Sterberate ein Monat nach dem Akutstroke liegt in Europa zwischen 9 bis 19 Prozent (Béjot, Bailly, Durier & Giroud, 2016). In Deutschland sterben altersgemischt ca. 10 Prozent der Strokepatienten und -patientinnen bereits während der Strokeakutversorgung im Krankenhaus (Nimptsch & Mansky, 2012). Diese Zahl erhöht sich ein Jahr nach dem Akutereignis auf ca. 30 bis 40 Prozent (Diederichs et al., 2011). Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass altersgemischt ca. 60 bis 70 Prozent der Betroffenen das Ereignis längerfristig überleben. Aufgrund der verbesserten Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten sowie der Etablierung von Stroke-Units ging die Mortalitätsrate in Deutschland zwar sowohl für Männer als auch für Frauen in den letzten Jahren deutlich zurück (Nimptsch & Mansky, 2012; Heuschmann et al., 2010). Dennoch zeigt sich auch in Deutschland durch die Zunahme von älteren und alten Menschen ein alterskorrelierter Anstieg der strokebedingten Sterbefälle (Robert Koch Institut, 2015), der für beide Geschlechter gilt (**Abb. 2-1** und **2-2**). Der Global Burden of Stroke Report schätzt, dass 2015 insgesamt über 75800 Menschen in Deutschland altersunabhängig an einem Stroke und im Verlauf an seinen Folgen gestorben sind (Stevens, Emmett, Wang, McKevitt & Wolfe, 2017).

Deutschland belegt in der OECD-Todesfallstatistik mit 37 Frauen und 44 Männern (bezogen auf 100 000 Einwohner), die an einem Stroke versterben, bei-

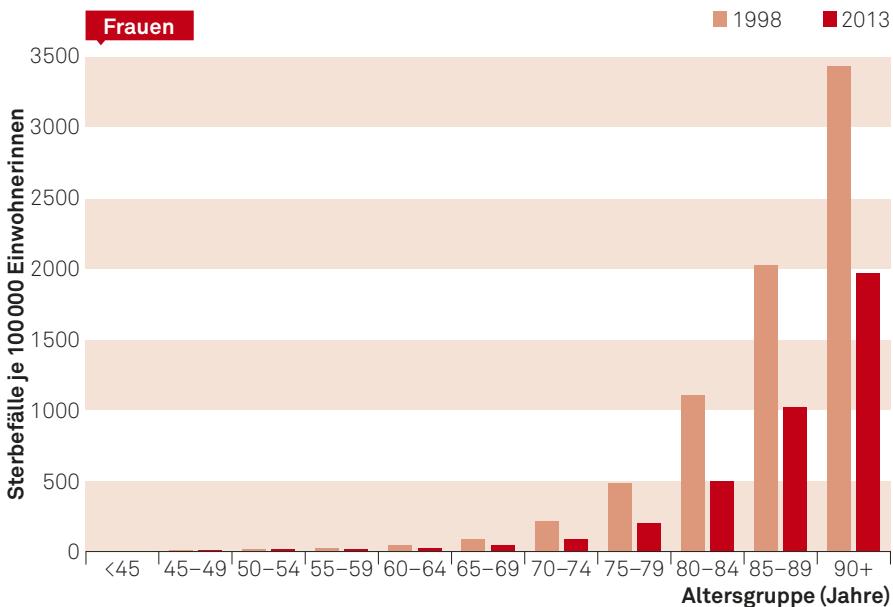


Abbildung 2-1: Sterbefälle Frauen infolge von zerebrovaskulären Krankheiten in Deutschland nach Alter 1998–2013 (Robert-Koch-Institut, 2015, S. 47)

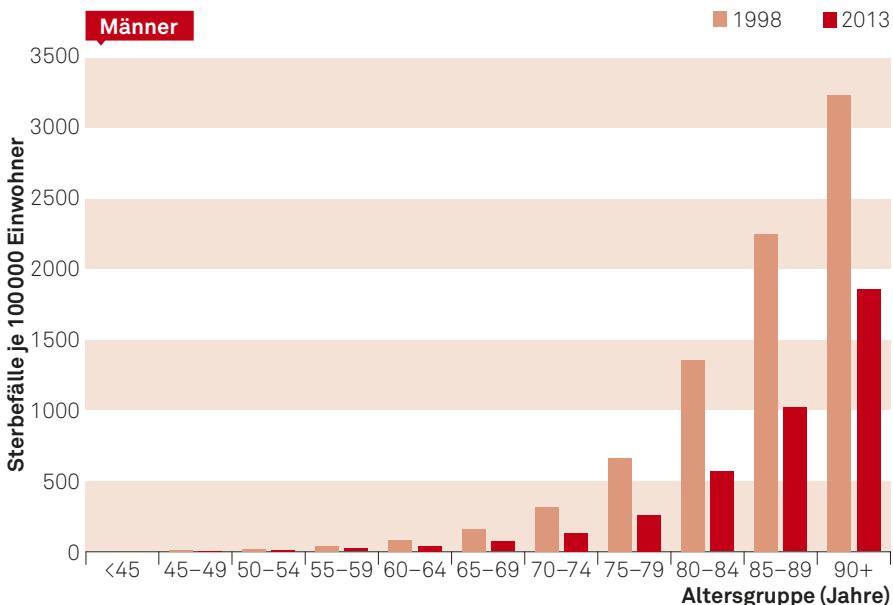


Abbildung 2-2: Sterbefälle Männer infolge von zerebrovaskulären Krankheiten in Deutschland nach Alter 1998–2013 (Robert-Koch-Institut, 2015, S. 47)

spielsweise hinter Frankreich, Kanada und den Vereinigten Staaten Platz 11. Angeführt wird diese Rangfolge von der Schweiz. Hier sterben die wenigsten Menschen an einem Stroke und seinen Folgen. Die altersstandardisierten Raten werden mit 25/100 000 Einwohnern für Frauen und mit 30/100 000 Einwohnern für Männer angegeben (OECD, 2010). Das entspricht ca. 2850 schlaganfallbedingten Todesfällen im Jahr 2015 in der Schweiz (Bundesamt für Statistik, 2018). Im Vergleich dazu sterben in Österreich 34 Frauen und 42 Männer (bezogen auf 100 000 Einwohner) an einem Stroke. Dies entspricht dem sechsten Platz in der OECD-Rangliste (OECD, 2010).

2.1.2

Inzidenz und Prävalenz

Im Jahr 2016 erlitten weltweit schätzungsweise 13,7 Millionen Menschen erstmals einen akuten Stroke (ischämisch oder hämorrhagisch) unterschiedlicher Ausprägung (Stroke Collaborators, 2019). Im Jahr 2013 lag diese Zahl noch bei 10,3 Millionen (Feigin et al., 2015). In Europa liegt die Anzahl der Strokefälle bei 1,1 Millionen Betroffene, wobei die altersstandardisierte Inzidenz für den akuten Stroke zwischen 95–290/100 000 variiert (Béjot et al., 2016). Insgesamt zeigt sich ein Anstieg der weltweiten Strokeinzidenz. Dies ist vor allem auf die steigenden Erkrankungsfälle bei jungen Menschen zurückzuführen (Feigin et al., 2017).

Die Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen wird für Deutschland mit einer großen Spanne von 123 bis 250 Personen (bezogen auf 100 000 Einwohner) geschätzt (van den Bussche et al., 2010; Günster, 2010, Ringleb, Veltkamp et al., 2016). Ausgehend von einer Inzidenzrate von 200 bis 250/100 000 entspricht dies bei einer Bevölkerungszahl von ca. 83 Millionen mehr als 200 000 Personen, die in Deutschland während eines Jahres einen Stroke erleiden. Bei den meisten Personen tritt der Stroke erstmalig (first-stroke) und bei ca. einem Fünftel zum wiederholten Mal auf (re-stroke) (Heuschmann et al., 2010). In der Schweiz erleiden jedes Jahr 16 000 (Heldner et al., 2012) und in Österreich 20 000 Personen einen Stroke (Bundesministerium für Gesundheit Österreich, 2015).

Die Inzidenz korreliert mit dem Lebensalter. Sie wird in einer früheren Arbeit bei Menschen, die jünger als 45 Jahre sind, mit 0,1 bis 0,3 pro 1000 person-years angegeben. Bei Menschen, die 55 Jahre oder älter sind, wird sie durchschnittlich bei 4,2 bis 6,5 pro 1000 person-years angegeben. In der Gruppe der 75- bis 84-Jährigen steigt sie auf 12,0 bis 20,0 pro 1000 person-years. Das mittlere Erkrankungsalter wird für Männern mit 69,8 Jahren (range 60,8–75,3) und für Frauen mit 74,8 Jahren (range 66,6–78,0) angegeben (Feigin et al., 2003). Daten aus der Glo-

bal-Burden-of-Disease-Studie 2010 zeigen, dass sich das durchschnittliche Erkrankungsalter sowohl in Ländern mit hohem als auch in Ländern mit niedrigem bzw. mittlerem Einkommen in den vergangenen Dekaden leicht erhöht hat. Weltweit lässt sich aktuell jedoch keine signifikante Änderung im durchschnittlichen gendergemischten Erkrankungsalter nachweisen. Dieses lag im Jahr 2010 bei 71 Jahren (Feigin et al., 2014) (**Tab. 2-1**). Für Europa wird es mit 73 Jahren angegeben (European Register of Stroke Investigators, 2009). Die altersangepassten Inzidenzraten liegen bei Männern höher als bei Frauen. Durch die höhere Lebenserwartung erleiden Frauen jedoch in absoluten Zahlen häufiger einen Stroke (Heuschmann et al., 2010).

Bedingt durch die verbesserten Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten und die damit verbundene Reduktion der Mortalität und Letalität stieg gleichzeitig die Prävalenzrate des Stroke in den Industrienationen zwischen 1990 und 2013 signifikant an. Die Anzahl der über 75-jährigen Strokeüberlebenden liegt in Ländern mit hohem Einkommen um 40 Prozent höher als in Ländern mit mittlerem und niedrigem Einkommen (Feigin et al., 2014). Die weltweite Anzahl der Strokefälle lag 2016 bei 80,1 Millionen, 40,1 Millionen Strokefälle betrafen dabei Frauen. In knapp 85 Prozent der Strokefälle handelte es sich um die ischämische Form (Stroke Collaborators, 2019).

Durch die gestiegene Lebenserwartung der Bevölkerung und das altersbedingt steigende Erkrankungsrisiko wird es prognostisch zu einer weiteren Zunahme der strokebedingten Krankheitereignisse kommen. Die fortlaufenden Verbesserungen in den Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten werden darüber hinaus dazu beitragen, dass es zukünftig zu einem weiteren Anstieg der absoluten Zahl von Strokeüberlebenden beider Geschlechter kommen wird (Heuschmann et al., 2010). Dies wird neben den zuvor aufgeführten Gründen zu einem weiteren Anstieg der Prävalenzzahlen für Stroke führen.

Tabelle 2-1: Mittleres Erkrankungsalter nach Ländereinkommen und weltweit 1990–2010 (Feigin et al., 2014, S. 264)

	1990	2005	2010	p-Wert
Länder mit hohem Einkommen	73,9 Jahre	74,2 Jahre	74,5 Jahre	<0,001
Länder mit niedrigem/mittlerem Einkommen	68,8 Jahre	69,2 Jahre	69,4 Jahre	0,009
weltweit	71,0 Jahre	70,9 Jahre	71,0 Jahre	0,485

2.1.3

Verlorene Lebensjahre – DALYs

Schätzungen zufolge wird der Stroke in Bezug auf den Verlust von Lebensjahren weltweit von Platz 6 im Jahr 2004 auf Platz 4 im Jahr 2030 vorrücken (WHO, 2008). Die Erkrankung steht in Ländern mit hohem und mittlerem Einkommen heute bereits an dritter Stelle der Krankheiten, die maßgeblich für den Verlust von gesunden Lebensjahren verantwortlich sind. In der Global-Burden-of-Disease-Studie 2016 werden die durch einen Stroke verursachten DALYs weltweit mit 116,4 Millionen angegeben, 51,9 Millionen DALYs entfielen dabei auf den ischämischen Stroke (Stroke Collaborators, 2019). Drei Jahre zuvor lag die Zahl mit 113 Millionen noch etwas niedriger (Feigin et al., 2017). Die nicht altersdifferenzierten DALYs stiegen im Zeitraum von 1990 bis 2010 von 35/100 000 auf 49/100 000, was einer Zunahme von 40,2 Prozent entspricht (Vos et al., 2012). Dabei entfallen 28 Prozent der durch einen Stroke verursachten verlorenen Lebensjahre auf Menschen, die älter als 75 Jahre sind (46 Prozent in Ländern mit hohem Einkommen vs. 23 Prozent in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen) (Feigin et al., 2014).

Die Erkrankung ist häufig die Ursache für eine erworbene Behinderung im Erwachsenenalter (Vos et al., 2012). Drei Monate nach einem erstmaligen Krankheitereignis weisen 25 Prozent der überlebenden Patienten und Patientinnen – in Abhängigkeit mit der Schwere und dem Ausmaß der Gehirnbeeinträchtigung – schwere und 17 Prozent moderate Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens auf (Heuschmann et al., 2010; Ward, Payne, Caro, Heuschmann & Kolominsky-Rabas, 2005). Je nach Ausmaß der körperlichen und/oder psychischen Einschränkungen führt dies zur teilweisen oder vollständigen Pflegebedürftigkeit. Das funktionale Outcome der Strokebetroffenen hat Einfluss darauf, ob die erkrankten Personen nach der Akutphase ein weitgehend selbstständiges Leben führen können oder ob sie auf permanente Hilfe durch Pflegefachpersonen in einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung angewiesen sind (Spruit-van Eijk et al., 2010).

2.2

Demografische Aspekte

Anhand der epidemiologischen Fakten zeigt sich die zunehmende gesellschaftliche, gesundheitssoziale und pflegewissenschaftliche Bedeutung der Erkrankung sowohl für die Allgemeinbevölkerung als auch im Besonderen für die Population

der älteren und alten Menschen. Der Stroke ist vorwiegend eine Erkrankung im höheren Alter, auch wenn die Erkrankungsfälle insbesondere für jüngere Menschen in den letzten Jahren stark gestiegen sind. Weltweit entfallen 38 Prozent der Strokeereignisse auf Personen, die älter als 75 Jahre sind. In den Industrienationen ist die Hälfte der vom Stroke betroffenen Patienten und Patientinnen dieser Altersgruppe zuzuordnen (Feigin et al., 2014).

Die Strokeinzidenz wird sich zwar voraussichtlich bis 2025 stabilisieren, aufgrund der Bevölkerungszunahme und der demografischen Entwicklung nehmen die absoluten Erkrankungsfälle jedoch weiter zu (Feigin et al., 2017). In der Altersgruppe der 65-Jährigen wurde bereits vor Jahren ein starker Erkrankungsanstieg von 20 bis 30 Prozent im Jahr 2000 auf 23 bzw. 35 Prozent bis zum Jahr 2023 bzw. 2050 prognostiziert (Truelsen et al., 2006; Bhalla, Grieve, Tilling, Rudd & Wolfe, 2004). Für Deutschland stellt sich der Anstieg der Lebenszeitprävalenz in Bezug auf das Alter ähnlich dar (Busch, Schienkiewitz, Nowossadeck & Gößwald, 2013) (**Tab. 2-2**). Hier zeigt sich sowohl für Männer als auch für Frauen ein sprunghafter Anstieg ab dem 60. Lebensjahr.

Da Patienten und Patientinnen mit akutem Stroke in der Regel stationär in einem Krankenhaus behandelt werden, kann auch die Statistik der Krankenhausdiagnosen als Indikator für die Bedeutung demografischer Aspekte herangezogen werden (Böhm, Tesch-Römer & Ziese, 2009) (**Abb. 2-3**). In der Verteilung zeigt sich für beide Geschlechter ein deutlicher Anstieg der zerebrovaskulär bedingten Behandlungsfälle in der Altersgruppe ab 65 Jahren.

Tabelle 2-2: Lebenszeitprävalenz des Stroke bei Frauen und Männern im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland (Busch et al., 2013, S. 657)

Jahre	40–49	50–59	60–69	70–79	gesamt	Werte in
Frauen	1,1 (0,4–3,1)	0,8 (0,3–2,1)	3,1 (1,7–5,5)	6,3 (4,3–9,1)	2,5 (1,8–3,4)	% (95 %-KI)
Männer	0,7 (0,3–1,7)	1,8 (1,0–3,4)	5,4 (3,6–8,0)	8,1 (5,5–11,9)	3,3 (2,6–4,2)	% (95 %-KI)
Gesamt	0,9 (0,4–1,8)	1,3 (0,8–2,2)	4,2 (3,0–5,9)	7,1 (5,2–9,7)	2,9 (2,3–3,6)	% (95 %-KI)