

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	„Was hab' ich?“ gemeinnützige GmbH
Förderkennzeichen:	01NVF17017
Akronym:	PASTA
Projekttitel:	Patientenbriefe nach stationären Aufenthalten
Autoren:	Dr. Henna Riemenschneider MA, MPH, Henriette Hoffmann MPH, Ronny Zenker MPH, Dr. Dipl.-Soz. Karen Voigt MPH, Prof. Dr. med. Antje Bergmann Bereich Allgemeinmedizin/Medizinische Klinik 3 Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Förderzeitraum:	1. Juli 2017 – 31. Dezember 2020

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im folgenden Bericht auf geschlechtsbezogene Formulierungen verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter, auch wenn explizit nur eines der Geschlechter angesprochen wird. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

1. Ausgangslage und Ziele	3
Ziele der Studie	3
Stand der Forschung.....	3
Patientengruppe.....	6
2. Darstellung der neuen Versorgungsform	6
3. Darstellung des Evaluationsdesigns	7
Fragestellung	7
Arbeitshypothesen.....	7
Studiendesign	7
Ein- und Ausschlusskriterien	7
Fallzahlberechnung.....	8
Datenerhebung	8
Auswertestrategien inkl. Qualitätssicherung	10
Studienablauf	12
4. Ergebnisse der Evaluation	14
Stichprobenbeschreibung.....	14
Gesundheitskompetenz.....	16
Gesundheitsverhalten, Wissen und Einstellungen.....	20
Informationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden.....	21
Wahrnehmung des Krankenhausaufenthaltes	24
Bewertung des Patientenbriefs.....	29
Feedback zu Patientenbriefen.....	35
Patientenseitiger Bedarf an Patientenbriefen.....	36
5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators	38
Methodische Anmerkungen.....	40
Umsetzungspotential.....	41
Ausblick.....	41
Empfehlungen der Evaluierenden	42
6. Anhang	43
Anlagen.....	43
Tabellenverzeichnis.....	43
Abbildungsverzeichnis.....	43
Literaturverzeichnis	44

1. Ausgangslage und Ziele

Ziele der Studie

Im Rahmen des Projekts „Patientenbriefe nach stationären Aufenthalten“ wurden ärztlich geprüfte Textbausteine mit leicht verständlichen medizinischen Informationen erstellt, welche mittels einer von der „Was hab' ich?“ gGmbH für das Projekt entwickelten Software zu individuellen Patientenbriefen zusammengefasst wurden. Die Patientenbriefe wurden den Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus, zusätzlich zum üblichen Entlassungsgespräch und dem ärztlichen Entlassungsbrief, postalisch zugesandt. Die Patienten sollten mit dem Patientenbrief leicht verständliche, individuelle Informationen über ihr Krankheitsbild sowie über die während des Aufenthaltes durchgeführten Untersuchungen und Therapien bekommen, auf welche sie auch später zurückgreifen können.

Ziel des Projekts war es, automatisiert erstellbare, leicht verständliche Patientenbriefe für Patienten nach Krankenhausaufenthalt zu entwickeln, einzusetzen und bezüglich ihrer Effekte auf selbstberichtete Gesundheitskompetenz und Wahrnehmung des Klinikaufenthaltes zu evaluieren. Zudem wurde untersucht, wie diese Patientenbriefe seitens der Patienten bewertet wurden und verbessert werden sollten.

Stand der Forschung

Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz (auch Health Literacy) ist ein komplexes multidimensionales Konstrukt. Sie umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden (Jordan und Hoebel 2015; Schaeffer et al. 2017). Gesundheitskompetenz berücksichtigt nicht nur die persönlichen Ressourcen, sondern hat auch einen kontextuellen und relationalen Charakter (Parker und Ratzan 2010) und sollte daher verstanden werden als ein Zusammenspiel

- der Fertigkeiten und Fähigkeiten einer Person (persönliche Gesundheitskompetenz) und
- der jeweiligen Anforderungen, die an ein Individuum in den jeweiligen Systemen, Organisationen und Lebensumwelten, in denen sie sich aufhalten, gestellt werden (systemische und organisationale Gesundheitskompetenz).

Je komplexer diese (Gesundheits-)Systeme sind, desto höher sind die Anforderungen an die Person, die sich in diesem (Gesundheits-)System aufhält und Gesundheitsentscheidungen treffen muss. Systemische und organisationale Gesundheitskompetenz verringert die Anforderungen an Personen in verschiedenen Kontexten, bspw. während oder nach einem Krankenhausaufenthalt (Pelikan und Dietscher 2015).

54 % der Bevölkerung in Deutschland verfügen über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz, d.h. sie haben Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen. Fast die Hälfte gibt an, schon mindestens einmal Informationen und Anweisungen von Ärzten (42 % vom Hausarzt und 48 % vom Fachspezialisten) nicht verstanden zu haben (Schaeffer et al. 2017). Eine weitere Studie hat gezeigt, dass mindestens ein Drittel der Patienten bei

Krankenhaus-Entlassung die Aufklärung über Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten oder Informationen zu eventuellen Symptomen, die eine Wiedervorstellung nötig machen, vermisst. Rund die Hälfte der Patienten vermisst eine ausreichende Aufklärung über die Nebenwirkungen der verabreichten Medikamente (Stahl et al. 2015). Eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz ist assoziiert mit einem schlechteren Gesundheitszustand, einer vermehrten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und damit höheren Ausgaben im Gesundheitssystem (Schaeffer et al. 2017, Sørensen et al. 2015).

Die Stärkung von Gesundheitskompetenz wurde 2018 vom Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz für Deutschland zum dringend notwendigen gesundheitspolitischen Ziel erklärt. Eine der in diesem Kontext ausgesprochenen 15 Empfehlungen thematisiert den Bedarf einer nutzerfreundlicheren Gestaltung von Gesundheitsinformationen, damit Patienten Informationen besser verstehen, einschätzen und nutzen können. Dies umfasst die Verwendung leicht verständlicher Sprache wie auch die Verschriftlichung aller gesundheitsrelevanten Informationen für die Patienten (Schaeffer et al. 2017; Schaeffer et al. 2018).

Das umfassende Verständnis des Konstrukts Gesundheitskompetenz sollte bei der Entwicklung von Maßnahmen zur Förderung von Gesundheitskompetenz beachtet werden. Diese sollten nicht nur auf die Stärkung der persönlichen Kompetenzen und Fähigkeiten, sondern auch auf die Verbesserung der jeweiligen Gestaltung der situativen Anforderungen und Kontextfaktoren fokussieren. Dies kann bspw. durch das Bereitstellen verständlicher Gesundheitsinformationen geschehen (Schaeffer et al. 2017).

Entlassungsbriefe

Ein für den Patienten individuell verfasster Patientenbrief mit leicht verständlichen Informationen zu Erkrankungen, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie zu weiterführender Behandlung und Medikation ist eine mögliche Maßnahme zur Verbesserung der Patienteninformation im Anschluss an einen Krankenhaus-Aufenthalt. Die Bedeutung eines leicht verständlichen Patientenbriefs wurde auf der 91. Gesundheitsministerkonferenz im Juni 2018 diskutiert und es wurde beschlossen, dass „jede Patientin bzw. jeder Patient nach jeder stationären Behandlung einen Patientenbrief erhalten“ soll (Gesundheitsministerkonferenz 2018).

Welche Effekte mit einem Patientenbrief, d.h. mit einem patientenorientierten, in leicht verständlicher Sprache verfassten Entlassungsbrief, erbracht werden können, ist bisher wenig erforscht, so dass nur wenig nationale und internationale Evidenz zum Thema existiert. In Deutschland wurde die Wirkung von drei unterschiedlich gestalteten Patientenbriefen auf die Patienten untersucht, während internationale Studien herkömmliche sowie patientenorientierte Entlassungsbriefe evaluierten.

Eine Studie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf evaluierte die Wirkungen eines nachstationären Patientenbriefs kombiniert mit einem systematisierten Entlassungsgespräch auf Patientenzufriedenheit und Compliance bzgl. Verhaltensempfehlungen. Dabei wurden Verbesserungen der von Patienten selbsteingeschätzten Compliance nachgewiesen (Vitt 2005). Eine weitere Studie am Klinikum Großhadern (Kristen 2012) untersuchte die Wirkung eines Patientenbriefs auf Zufriedenheit, Informationsstand und Auswirkungen in der Patientennachsorge. Die wichtigsten patientenseitigen Informationen wurden knapp auf einem dop-

pelseitigen A4-Blatt festgehalten und den Patienten ausgehändigt. Die Patienten mit Patientenbrief waren signifikant zufriedener mit der Informationsbereitstellung seitens der Klinik als die Kontrollgruppe ohne Patientenbrief. 74 % der nachbehandelnden Ärzte schätzten den Wissensstand der Patienten in der Interventionsgruppe höher als in der Kontrollgruppe ein.

Bei der dritten deutschen Studie handelt es sich um eine Pilotstudie der „Was hab' ich?“ gGmbH, in der die Einführung eines leicht verständlichen teil-automatisierten Patientenbriefs untersucht wurde. Die Evaluation zeigte positive Wirkungen dieser Briefe (Hoffmann 2020; Voigt 2019; „Was hab' ich?“ gGmbH 2019) als Teil eines Entlassungsmanagements in der Klinik: Der Patientenbrief verbesserte einzelne Aspekte der selbstberichteten Gesundheitskompetenz, reduzierte Unsicherheiten nach dem Klinikaufenthalt und war mit einer besseren Bewertung des Krankenhausaufenthaltes assoziiert. Patienten bewerteten den Patientenbrief als verständlich, informativ und hilfreich. Die Patientenbriefe im Pilotprojekt wurden für jeden Patienten individuell durch festangestellte Ärzte der „Was hab' ich?“ gGmbH in einem teil-automatisierten Verfahren erstellt.

International existieren nach Wissen der Autoren ebenso nur wenige Untersuchungen zu Entlassungsbriefen.

Weetman et al. (2019) untersuchten im Rahmen eines Reviews verschiedene personalisierte und/oder patientenbezogene Entlassungsdokumente und stellten diesbezüglich einen hohen patientenseitigen Bedarf fest. Dieses Review belegt, dass Patienten personalisierte Entlassungsbriefe häufig positiv bewerten. Die Briefe können u. a. zu einem besseren Verständnis der Erkrankung bzw. Behandlung führen und als Referenz und Erinnerungsmedium genutzt werden. Weetman et al. nannten auch Nachteile von personalisierten Briefen: erhöhter Ressourcenverbrauch, erhöhter Zeitaufwand des Personals sowie die Befürchtung der Patienten, dass sie andere Informationen als ihr Hausarzt erhalten haben.

In einer Studie von O'Reilly et al. (2006) wurde der Effekt von Zusammenfassungen von ambulanten Konsultationen bei Patienten untersucht. Die Interventionsgruppe erhielt eine schriftliche Zusammenfassung der Konsultation, die Kontrollgruppe bekam eine kurze Notiz, in der sich für den Besuch in der Ambulanz bedankt wurde. Die Patienten der Interventionsgruppe erinnerten sich nicht signifikant häufiger an die während der Konsultation besprochenen Inhalte (67 %) als Patienten der Kontrollgruppe (57 %). Jedoch berichteten sie über eine hohe Zufriedenheit (80 %) mit den persönlichen Zusammenfassungen, nutzten sie zu 71 % aktiv und zeigten sie zu 61 % ihren Familienmitgliedern. Ebenso hielten 81 % das Zusammenfassungsschreiben für sehr nützlich oder nützlich.

In Dänemark wurden 2016 personalisierte, in Laiensprache für erwachsene Patienten mit Epilepsie und Eltern von Kindern mit Epilepsie verfasste Entlassungsbriefe qualitativ evaluiert (Lindhardt 2020). Die Studienteilnehmer berichteten ein verstärktes Gefühl der Sicherheit und fühlten sich persönlich betreut, gesehen und gehört. Der Entlassungsbrief unterstütze sie, bei Bedarf effizienter mit ihrem Arzt und dem Krankenhaus in Kontakt zu treten und sicherer mit Einrichtungen wie Schulen und Behörden zu kommunizieren.

Insgesamt belegen obengenannte Studien den positiven Effekt von patientenorientierten (manuell erstellten) Entlassungsbriefen. Untersuchungen zu **leicht verständlichen, automatisiert erstellten** Entlassungsbriefen wurden nach Wissen der Autoren bisher nicht publiziert.

Im aktuellen Projekt sollten daher voll automatisiert erstellbare, leicht verständliche Patientenbriefe entwickelt, im Versorgungsalltag eingesetzt und evaluiert werden.

Patientengruppe

Die vorliegende Studie wurde mit Patienten des Herzzentrums Dresden an der Technischen Universität Dresden (HZD) durchgeführt. Das HZD verfügt über 194 Betten, im Jahr 2019 wurden 7.926 vollstationäre Fälle behandelt. Nach Angaben des HZD waren diese Patienten zu 65 % männlich und zu 66 % über 65 Jahre alt, während sich 27 % der Patienten im Alter zwischen 46 und 65 Jahren befanden. In die Studie wurden Patienten eingeschlossen, welche im Studienzeitraum im HZD regulär stationär aufgenommen und entlassen wurden und ihre freiwillige und informierte Zustimmung zur Studie gaben.

2. Darstellung der neuen Versorgungsform

Im Projekt wurden automatisiert erstellte Patientenbriefe entwickelt, um Patienten nach einem stationären Aufenthalt in leicht verständlicher Sprache verfasste Informationen zum Krankenhausaufenthalt, zu durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen sowie Diagnosen zu bieten (siehe Anlage 1). Als zusätzliches Entlassungsdokument zum herkömmlichen Entlassungsbrief sollen Patientenbriefe insbesondere für vulnerable Patientengruppen (z. B. ältere Menschen, chronisch Kranke, Menschen mit niedrigem Sozialstatus oder Bildungsstand sowie Menschen mit Migrationshintergrund) eine Unterstützung sein und die Gesundheitskompetenz stärken.

Die Patientenbriefe wurden auf Basis von Entlassungsdaten (ICD- und OPS-Codes) mit Hilfe einer selbstentwickelten Software zusammengestellt. Dazu wurden von den ärztlichen Mitarbeitern der „Was hab' ich?“ gGmbH insgesamt 2.720, parametrisierbare Textbausteine geschrieben. Die Erstellung der Textbausteine erfolgte unter Beachtung des „Regelwerk für das Erklären medizinischer Sachverhalte in einer leicht verständlichen Sprache“ (siehe Anlage 2), welches bei der „Was hab' ich?“ gGmbH basierend auf allgemeinen Textverständlichkeitsregeln und ausgewählten Regeln der Leichten Sprache entwickelt wurde. Die Software wurde lokal an das Krankenhausinformationssystem angebunden. Unmittelbar nach Abschluss der ICD- und OPS-Codierung im Herzzentrum konnten die jeweiligen Bausteine durch die Software angepasst an den individuellen Fall kombiniert und zu einem persönlichen Patientenbrief zusammengefasst werden. Dieser Brief wurde direkt in der Klinik gedruckt, sodass die Daten der Patienten zu keinem Zeitpunkt außerhalb der Klinik verwendet wurden.

Insgesamt konnten mit der Software leicht verständliche Erklärungen/Beschreibungen zu 10.759 endständigen ICD-Codes und 13.908 endständigen OPS-Codes zusammengesetzt werden. Durchschnittlich wurden circa. 17 Codes pro Patientenbrief angewendet, welche in circa 4 - 10 Doppelseiten je nach Behandlungs-, Untersuchungs- und Diagnoseinhalten resultierten. Ursprünglich war darüber hinaus vorgesehen, auch die einzunehmenden Medikamente im Patientenbrief zu erklären. Dies konnte allerdings nicht realisiert werden, da der Medikationsplan im System der Pilotklinik nicht in ausreichend strukturierter Form vorlag. Durch die Automatisierung sollte der Aufwand für die Erstellung der Patientenbriefe für die Versorger minimiert werden, um damit eine Voraussetzung für eine Einführung in die Regelversorgung zu schaffen.

3. Darstellung des Evaluationsdesigns

Fragestellung

Die Studie untersuchte die Effekte eines leicht verständlichen Patientenbriefs auf die Gesundheitskompetenz der Patienten sowie dessen Einfluss auf die Zufriedenheit der Patienten mit dem Aufenthalt in der Klinik. Zudem wurde untersucht, wie Patienten den leicht verständlichen Patientenbrief bewerten.

Arbeitshypothesen

Die Arbeitshypothesen lauteten:

1. Patienten, die nach einem stationären Aufenthalt einen leicht verständlichen Patientenbrief erhalten, weisen eine höhere Gesundheitskompetenz auf als Patienten, die keinen Patientenbrief erhalten.
2. Patienten, die nach einem stationären Aufenthalt einen leicht verständlichen Patientenbrief erhalten, nehmen diesen Aufenthalt positiver wahr als Patienten, die keinen Patientenbrief erhalten.
3. Patienten der Interventionsgruppe bewerten den leicht verständlichen Patientenbrief positiv und finden ihn verständlich, hilfreich und informativ.

Studiendesign

Zur Evaluation des Projektes wurde ein **Mixed-Methods-Ansatz** gewählt.

Es wurde eine **randomisierte kontrollierte Studie** (RCT) von Juni 2019 bis Juni 2020 im Herzzentrum Dresden durchgeführt. Die Studienteilnehmer wurden mittels einer computergenerierten Block-Randomisierung (20er-Blöcke) gleichverteilt der Interventionsgruppe oder der Kontrollgruppe zugeordnet. Die Interventionsgruppe bekam nach dem stationären Aufenthalt zusätzlich zum herkömmlichen ärztlichen Entlassungsbrief einen leicht verständlichen Patientenbrief und ca. 2 Tage später einen Fragebogen zugesandt. Die Kontrollgruppe erhielt in der Klinik bei Entlassung nur den herkömmlichen Entlassungsbrief und bekam 5 Tage nach Entlassung den Fragebogen zugesandt.

Zusätzlich wurden mit Studienteilnehmern der Interventionsgruppe qualitative **leitfadengestützte Interviews** durchgeführt.

Die Ethikkommission der Technischen Universität Dresden bewertete am 23.1.2019 (AZ: EK 440112018) das Projekt zustimmend.

Ein- und Ausschlusskriterien

In die Studie wurden volljährige Patienten **eingeschlossen**, welche einen geplanten stationären¹ Aufenthalt (definiert nach gesonderten Abrechnungsdaten) am Herzzentrum Dresden im Zeitraum von Anfang Juni 2019 bis Ende Juni 2020 hatten, in die Studienteilnahme einwilligten

¹ Auch teilstationäre Patienten ab einem 16-stündigen Aufenthalt oder einer Behandlung in einer Tagesklinik werden als stationär abgerechnet.

und ausreichende Sprachkenntnisse hatten, um die Studienunterlagen ohne Dolmetscher zu verstehen.

Patienten wurden aus der Studie **ausgeschlossen**, wenn

- a) es sich um eine Notfallaufnahme handelte,
- b) sie ihre Studieneinwilligung zurückgezogen hatten,
- c) sie während der Datenerhebung verstorben waren,
- d) sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert hatte und die Fragebogenrückmeldung nicht möglich war,
- e) sie unter der dem Krankenhaus bekannten Adresse postalisch nicht erreichbar waren,
- f) sie den Fragebogen außerhalb der Frist zurücksandten (> 40 Tage nach Entlassung) oder
- g) der Patientenbrief zu spät erstellt und versandt wurde (> 14 Tage nach Entlassung) (s. CONSORT-Flussdiagramm, Abbildung 1).

Im Falle eines weiteren Krankenhausaufenthaltes im Erhebungszeitraum im Herzzentrum Dresden wurden die Patienten nicht ein weiteres Mal in die Studie eingeschlossen.

Fallzahlberechnung

Die Fallzahl wurde basierend auf den Ergebnissen der Pilotstudie zu Patientenbriefen (Hoffmann 2020; „Was hab' ich?“ gGmbH, 2019) errechnet. In dieser ergab die deskriptive Analyse (n = 386) von Einzelaspekten der Gesundheitskompetenz bei drei Items positive Mittelwertunterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (MW-Diff. 0,13 – 0,15 bei einer Skala von 1 - 4) mit geringen Effekten (Cohens $d \geq 0,20$).

Die Fallzahl für die aktuelle Studie wurde mit Hilfe der Software G*Power berechnet. Bei einem zweiseitigen T-Test, einem Konfidenzintervall von 95 %, einer Power von 0,8 sowie einer geschätzten Effektstärke von $d = 0,21$ ergab sich eine Mindestfallzahl von 357 Teilnehmern pro Gruppe. Die Lost-to-follow-up-Quote wurde auf 75 % basierend auf der Pilotstudie geschätzt, sodass pro Gruppe 1.428 und insgesamt 2.856 Patienten in die Studie eingeschlossen werden müssten, um 357 Studienteilnehmer pro Gruppe zu erhalten.

Datenerhebung

Die vollständige Datenerhebung ist im CONSORT-Flussdiagramm dargestellt (Abbildung 1). Rekrutiert wurden Patienten des Herzzentrums Dresden, welche sich im Studienzeitraum in stationäre Behandlung begaben. Die Rekrutierung der Studienteilnehmer erfolgte bei der Aufnahme in die Klinik durch geschultes Aufnahmepersonal anhand der Ein-/Ausschlusskriterien. Parallel zu den Aufnahmeunterlagen erhielten die interessierten Patienten eine schriftliche Einladung zur Studienteilnahme, eine schriftliche Studieninformation und eine Einverständniserklärung. Bei der Entlassung wurden die teilnehmenden Patienten im Rahmen eines konsekutiven Samplings der Interventionsgruppe oder Kontrollgruppe mit Hilfe einer computergenerierten balancierten Block-Randomisierung zugeordnet, bis die kalkulierte Mindestfallzahl pro Gruppe erreicht wurde.

Beschreibung der quantitativen Datenerfassung im RCT

Patienten der Kontrollgruppe erhielten bei der Entlassung im Rahmen des Entlassmanagements nur den herkömmlichen Entlassungsbrief, der in medizinischer Fachterminologie erstellt und zur Kommunikation mit den weiterbehandelnden Versorgern gedacht ist. Patienten der Interventionsgruppe erhielten zusätzlich dazu einen automatisiert erstellten, leicht verständlichen Patientenbrief (Intervention), der ihnen ca. sieben Tage nach Entlassung aus dem Krankenhaus postalisch geschickt wurde.

Um die Wirksamkeit der Intervention zu untersuchen, wurden durchschnittlich acht Werktage nach Entlassung (bzw. mindestens zwei Tage nach Patientenbriefversand) Fragebögen (siehe Anlage 3) an alle Studienteilnehmer postalisch versandt. Falls 30 Tage nach Fragebogenversand kein Rücklauf des Fragebogens zu verzeichnen war, erfolgte die erneute Versendung des Fragebogens zur Erinnerung an die Patienten.

Der bereits für die Pilotstudie (Hoffmann 2020; „Was hab' ich?“ gGmbH 2019) entwickelte Fragebogen beinhaltete standardisierte sowie selbstentwickelte Fragen, die in der Arbeitsgruppe durch Brainstorming entwickelt wurden, wenn keine passenden standardisierten Fragebögen zur Verfügung standen. Die selbstentwickelten Fragen wurden im Prozess nach Verständlichkeit und Redundanzen überprüft und in homogene Themenbereiche untergegliedert (nach Bortz und Döring 2006). Für die aktuelle Studie wurden einzelne Fragen ergänzt bzw. optimiert.

Der aktuelle Fragebogen beinhaltete insgesamt 68 (Interventionsgruppe) bzw. 54 Items (Kontrollgruppe) und basierte auf folgenden Instrumenten/Fragen:

- a) 8 allgemeine Fragen zu Soziodemografie und Einschätzung des Gesundheitszustands;
- b) 16 Fragen zur Gesundheitskompetenz (Kurzform des standardisierten europäischen Health Literacy Survey - HLS-EU-Q16) (Röthlin et al. 2013);
- c) 6 selbstentwickelte Fragen zu Gesundheitsverhalten, Wissen und Einstellungen;
- d) 13 Fragen des standardisierten Picker-Fragebogens „Stationäre Versorgung“ (Stahl et al. 2012);
- e) 9 selbstentwickelte Fragen zur Wahrnehmung des Krankenhausaufenthaltes;
- f) 12 selbstentwickelte Fragen zur Bewertung des Patientenbriefs (nur Interventionsgruppe) sowie 2 Fragen zum Bedarf an verständlichen Befund-Erläuterungen (alle).

Zudem waren zwei Freitextangaben („Was hat Ihnen gut am Patientenbrief gefallen?“ und „Was hat Ihnen nicht am Patientenbrief gefallen?“) für die Interventionsgruppe möglich.

Mit allen Instrumenten wurde eine Selbsteinschätzung erhoben. Der Pretest der Fragebögen wurde in einer Hausarztpraxis mit 8 kürzlich aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten (4 männlich, 4 weiblich, Alter 28 – 90 J.) und mit 4 weiteren Personen ohne wissenschaftlichen Hintergrund mittels Think-Aloud-Methode durchgeführt. Die Fragebögen für Interventions- und Kontrollgruppe wurden entsprechend der Rückmeldungen überarbeitet.

Beschreibung der qualitativen Datenerfassung

Weitere Fragen zur Wahrnehmung des Krankenhausaufenthaltes und der Entlassung, zur medizinischen Informationsbeschaffung und Kommunikation sowie zur Wirkung des Patientenbriefes wurden mit einer zusätzlichen qualitativen Datenerhebung (leitfadengestützte Interviews) untersucht. Der Interviewleitfaden (siehe Anlage 4) wurde in der Arbeitsgruppe basierend auf dem SPSS-Prinzip (Sammeln von Fragen, Prüfen, Sortieren, Subsumieren) von Helfferich (2011) entwickelt und nach einem Probeinterview überarbeitet.

Der an die Patienten der Interventionsgruppe gesendete Fragebogen beinhaltete eine Einladung zur Teilnahme an der zusätzlichen qualitativen Befragung (Patienten-Interview). Eingeschlossen wurden Patienten, die der Befragung zustimmten. Ausschlusskriterien waren tagesklinische Behandlung und/oder ein Zeitraum von mehr als 40 Tagen zwischen Entlassung und Fragebogenrückversand. Der Zeitraum zwischen Entlassung und Interview lag im Durchschnitt bei 40 Tagen. Die Anzahl der Interviews ergab sich im Erhebungsprozess: Es wurden so lange Interviews durchgeführt bis eine theoretische Sättigung eintrat. Die Inhaltsanalyse erfolgte parallel zur Erhebung, um zeitnah Aussagen zur theoretischen Sättigung und Entscheidungen für die Stichprobengröße treffen zu können. Bei der Auswahl der Interviewpartner wurde zudem darauf geachtet, dass die Heterogenität der Stichprobe bezüglich Geschlecht, Alter und Krankheitsdauer sowie zusätzlich der Stadt-Land-Verteilung dargestellt wurde.

Insgesamt wurde mit 15 Patienten ein face-to-face-Interview von etwa 30 Minuten durchgeführt. Die Interviews wurden mit Erlaubnis der Teilnehmer nach Aufklärung über die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen aufgenommen und anschließend transkribiert.

Auswertestrategien inkl. Qualitätssicherung

Die quantitativen und qualitativen Daten (RCT und Interviews) wurden anschließend in einem Mixed-Methods-Ansatz trianguliert und somit gemeinsam dargestellt.

Verfahren der quantitativen Datenanalyse im RCT

In Vorbereitung auf die statistische Auswertung der quantitativen Daten wurde der Datensatz auf Plausibilität geprüft. Dabei wurden Extremwerte mit den Originalfragebögen verglichen und bei Bedarf korrigiert oder gelöscht. Weiterhin wurden Kategorien für das Alter (20 bis 45 Jahre, 46 bis 65 Jahre und über 65 Jahre) und den Bildungsstand (niedrig: kein beruflicher Bildungsabschluss, Grund- oder Hauptschulabschluss; mittel: Realschule, Gymnasium, Ausbildung; hoch: Fachhochschule, Hochschule, Promotion) erstellt.

Bei allen statistischen Analysen und Zählungen wurde zur Behandlung von fehlenden Werten der listenweise Fallausschluss angewendet. Es wurden nur vorliegende Werte verwendet bzw. Fälle berücksichtigt, bei denen alle beteiligten Variablen gültige Ausprägungen aufwiesen.

Zur Ermittlung der Gesundheitskompetenz wurde die von Röthlin et al. (2013) entwickelte, Rasch-skalierte Kurzform (HLS-EU-Q16) des Health Literacy Survey (HLS-EU-Q47; Sørensen et al. 2012, 2015), verwendet. Jedes der 16 Items beinhaltete die vier Antwortkategorien „sehr einfach“, „ziemlich einfach“, „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“ (siehe Anlage 3). Es gab keine Ausweichkategorien (z.B. „weiß nicht“) und zu jeder Frage konnte nur eine Antwort angekreuzt werden. Angelehnt an das konzeptionelle Modell der Gesundheitskompetenz nach

Röthlin et al. (2013) wurde aus den Items des HLS-EU-Q16 der Gesundheitskompetenzscore als Summenscore gebildet. Dafür wurden die Antwortkategorien der 16 Items dichotomisiert. Die Antwortkategorien „sehr einfach“ sowie „ziemlich einfach“ wurden dem Wert 1 und „sehr schwierig“ und „ziemlich schwierig“ dem Wert 0 zugeordnet. Zur Berechnung des Summenscores wurden alle 16 Werte addiert, so dass folglich ein Wertebereich zwischen 0 und 16 Punkten vorlag. Der Wert 0 entspricht der schlechtesten möglichen Gesundheitskompetenz und 16 der bestmöglichen.

Analog zu Röthlin et al. (2013) wurden in die Analyse nur valide Werte (Ausschluss von fehlenden Angaben) aufgenommen. Damit der Summenscore berechnet werden konnte, mussten mindestens 14 der 16 Items des Instruments beantwortet werden. Bei mehr als zwei fehlenden Werten wurde kein Summenscore gebildet und somit der Gesundheitskompetenzscore für den Patienten als „missing“ gekennzeichnet. Für den Summenscore wurden drei Gesundheitskompetenz-Level definiert: *inadäquate* (0 – 8 Punkte), *problematische* (9 – 12 Punkte) und *ausreichende* (13 – 16 Punkte) Gesundheitskompetenz.

Es folgte eine deskriptive und induktive Auswertung. Die Fragen zur Bewertung des Patientenbriefs wurden vorerst deskriptiv ausgewertet, da nur die Interventionsgruppe befragt wurde und daher kein Gruppenvergleich zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe möglich war. Eine induktive Auswertung zur Bewertung des Patientenbriefs erfolgte in einem weiteren Schritt als univariater Gruppenvergleich zwischen den Gesundheitskompetenz-Leveln *inadäquate*, *problematische* und *ausreichende Gesundheitskompetenz* (Röthlin et al. 2013), der Ausprägung des Gesundheitszustandes (*sehr gut bis gut vs. mittelmäßig bis sehr schlecht*), dem Vorliegen lang andauernder Erkrankungen (*ja vs. nein*) und der Ausprägung des Bildungsstands (*niedrig vs. mittel vs. hoch*) mittels Pearson Chi-Quadrat-Tests.

Für die 16 Einzelitems der Gesundheitskompetenz wurden die prozentualen Angaben und deren 95%-Konfidenzintervalle der Antwortkategorien „*ziemlich schwierig*“ und „*sehr schwierig*“ für die Interventions- und Kontrollgruppe deskriptiv untersucht. Die weitere induktive Auswertung erfolgte als univariater Gruppenvergleich zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe in den Themenbereichen der Gesundheitskompetenz und Wahrnehmung des Krankenhausaufenthaltes mittels Chi-Quadrat-Tests. Dessen Ergebnisse wurden im Rahmen einer Stratifizierung durch die Variablen Alter, Geschlecht, Bildungsstand und die Gesundheitskompetenz-Level näher untersucht.

Weiterhin wurden Odds-Ratios als Gruppenunterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe multivariat mit Hilfe der ordinalen logistischen Regression für die Level der Gesundheitskompetenz geschätzt. Es erfolgte eine Adjustierung der Ergebnisse nach Geschlecht, Alter und Bildungsstand. Durch die Odds-Ratios konnte ein Faktor für die Verbesserung des Gesundheitskompetenz-Levels für die Interventionsgruppe ermittelt werden.

Alle Berechnungen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS 25.0. Das Signifikanzniveau wurde auf 5 % festgelegt und es wurden äquivalent dazu 95%-Konfidenzintervalle verwendet.

Verfahren der computergestützten qualitativen Inhaltsanalyse: Codierung und Kategorisierung

Die transkribierten Interview-Datensätze wurden durch die Interviewer sowie zwei weitere Reviewer gesichtet. Es erfolgte eine grobe Sortierung der Datensätze (Selektion relevanter bzw. Streichen irrelevanter Inhalte) und Erstellung des Codebuchs inkl. Kategoriensystem (siehe Anlage 5) basierend auf dem Interviewleitfaden und neu gewonnenen Ergebnissen der Interviews. Das Codebuch wurde während der beschriebenen Prozesse aktualisiert und angepasst.

Es wurde dem Ablaufschema der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018, vgl. S. 100) gefolgt. Diese Arbeitsschritte wurden teils computergestützt, mit Hilfe der Software MAXQDA, durchgeführt:

1. Initiierende Textarbeit (Markieren wichtiger Textstellen, Schreiben von Memos durch zwei wissenschaftliche Mitarbeiter, Testung von Übereinstimmung der ausgewählten Textstellen)
2. Entwickeln von thematischen Hauptkategorien (vgl. Forschungsfrage)
3. Codieren des gesamten Materials mit den Hauptkategorien, Testung von Übereinstimmung der ausgewählten Textstellen (Inter-Coder-Reliabilität)
4. Zusammenstellen aller mit der gleichen Hauptkategorie codierten Textstellen
5. Induktives Bestimmen von Subkategorien am Material (vgl. Forschungsfrage)
6. Codieren des kompletten Materials mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem (vgl. Forschungsfrage)
7. Einfache und komplexe Analysen

Vor dem siebenten Punkt (Analysen) folgte die Reduzierung des Ausgangsmaterials auf die wesentlichen Inhalte (vgl. Mayring, 2003, S. 58, 74) und Paraphrasierung. An dieser Stelle wurden relevante Textteile nochmals selektiert, irrelevante/wiederholende Teile gestrichen und zusammenhängende Textteile gebündelt. Danach folgte die Generalisierung auf das Abstraktionsniveau bzw. erste und zweite Reduktion der Inhalte, und Interpretation der Daten. In allen Arbeitsschritten waren zwei Wissenschaftler involviert.

Studienablauf

Im Flussdiagramm (s. Abbildung 1) ist der komplette Studienverlauf abgebildet. Es beinhaltet die Zuordnung aller tatsächlich eingeschlossenen Patienten in die Untersuchungsgruppen, die Drop-Outs auf Grund der fehlenden Fragebogenrückläufer und Ausschlusskriterien und zuletzt die Definition der Auswertepopulation.

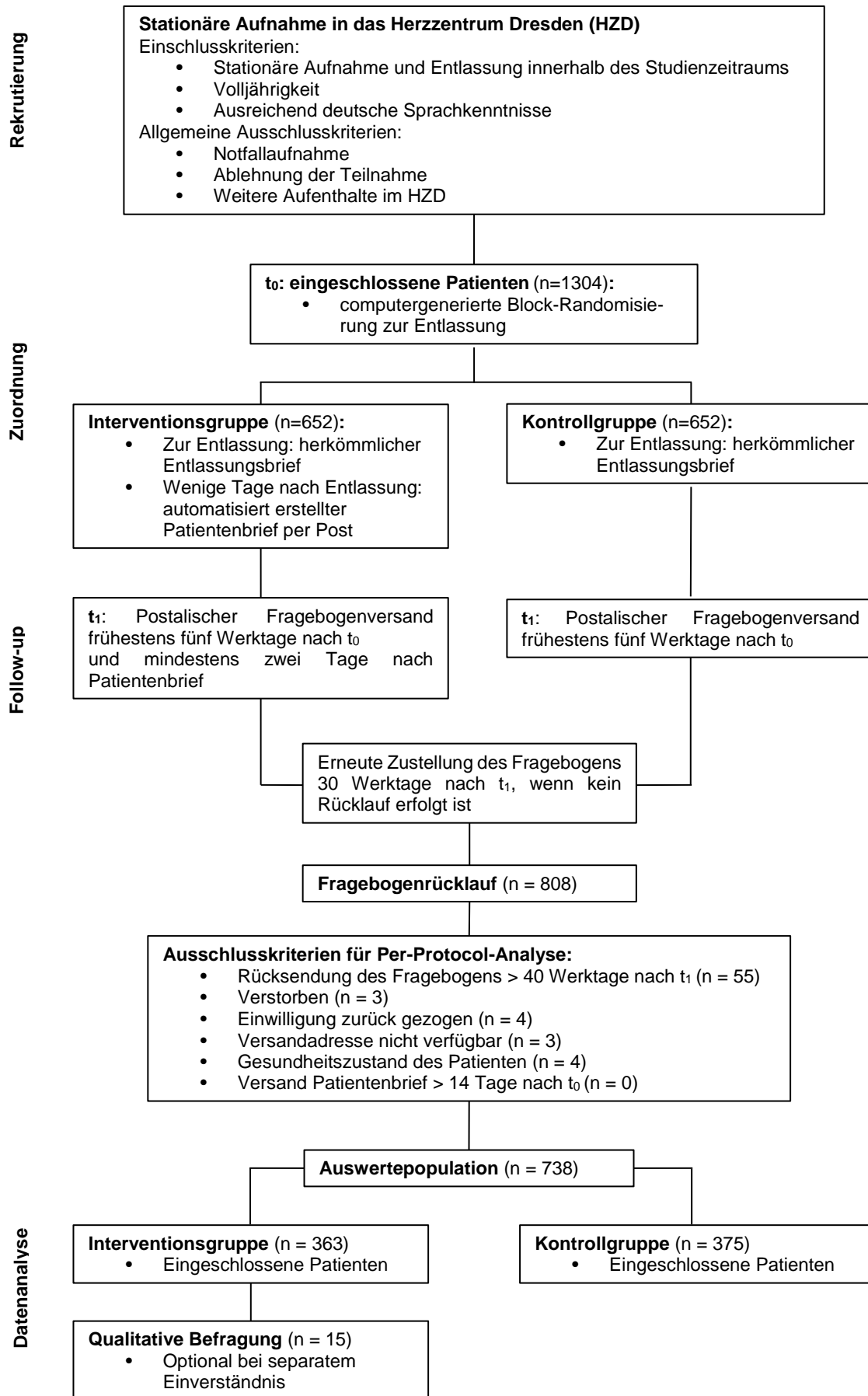


Abbildung 1: Flussdiagramm nach CONSORT zum Studienablauf

4. Ergebnisse der Evaluation

Im Studienzeitraum (6/2019 – 7/2020) wurden im Herzzentrum Dresden 1.304 stationär behandelte Patienten in die Studie eingeschlossen, wovon 808 Studienteilnehmer den Fragebogen ausgefüllt zurücksandten. Nach Prüfung der weiteren Ausschlusskriterien für die Per-Protocol-Analyse standen 738 Datensätze für die Analyse zur Verfügung. Dies führte zu einer Fallzahl von 363 Patienten in der Interventionsgruppe und 375 Patienten in der Kontrollgruppe, die in die Analyse eingeschlossen werden konnten (siehe Abbildung 1).

Die Rücklaufquote war mit 57 % höher als in der Fallzahlplanung veranschlagt und damit mehr als doppelt so hoch wie in der Pilotstudie (Hoffmann 2020; „Was hab‘ ich?“ gGmbH 2019). Die Unterschiede in den Rücklaufquoten zwischen Interventions- und Kontrollgruppe waren nicht signifikant.

Die Drop-Outs aufgrund der Ausschlusskriterien verteilten sich homogen auf beide Gruppen: Patienten wurden aus der Studie ausgeschlossen, wenn sie verstorben waren (3), ihre Studieneinwilligung zurückgezogen haben (4), die Adresse im System nicht aktuell war (3), die Fragebogenrückmeldung vom Patienten außerhalb der festgelegten Frist war (55) oder eine Teilnahme an der Studie seitens der Patienten auf Grund einer Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht möglich war (4). Die kalkulierte Fallzahl von 357 Patienten pro Gruppe wurde erreicht, sodass von einer ausreichenden statistischen Power und hohen Aussagekraft ausgegangen werden kann.

Stichprobenbeschreibung

65 % der Studienteilnehmer waren männlich und ein überwiegender Anteil über 65 Jahre alt. (siehe Tabelle 1). Diese Verteilungen sind auf Grund der gewählten Klinik erklärbar: kardiologische Diagnosen werden häufiger bei Männern (DGK, 2016) und vor allem im höheren Alter gestellt. Eine ähnliche Alters- und Geschlechterverteilung lag generell im Jahr 2019 bei Patienten des Herzzentrums Dresden vor. Der größte Teil der Patienten verfügte über einen mittleren (Realschule, Gymnasium, Ausbildung) Bildungsstand. Befragte mit niedrigem (kein beruflicher Bildungsabschluss; Grund- oder Hauptschulabschluss) und hohem (Fachhochschule, Hochschule, Promotion) Bildungsstand waren annähernd gleichverteilt in der Stichprobe.

Weiterhin hatten 10 % der Patienten einen Migrationshintergrund und 5 % arbeiteten in einem Gesundheitsberuf. Etwas über die Hälfte der Patienten schätzten ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig, mehr als ein Viertel als gut/sehr gut und 15 % als schlecht/sehr schlecht ein. Der größte Teil berichtete von einer lang andauernden Erkrankung. Basierend auf den Abrechnungsdaten waren die Patienten durchschnittlich 6,6 Tage (1 - 54 Tage) im Krankenhaus, wobei 15 % der Patienten einen Tag, 64 % bis zu zehn Tage und 21 % über zehn Tage in der Klinik verbrachten.

Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Migrationshintergrund, Gesundheitsberuf, Gesundheitszustand und Anzahl der Tage im Krankenhaus.

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung

Variable	Gesamt n (%)	IG n (%)	KG n (%)
Studienteilnehmer	738 (100 %)	363 (49 %)	375 (51 %)
Geschlecht			
männlich	451 (65 %)	217 (63 %)	234 (66 %)
weiblich	248 (35 %)	126 (37 %)	122 (34 %)
Alter			
20 bis 45 Jahre	21 (3 %)	9 (3 %)	12 (3 %)
46 bis 65 Jahre	203 (28 %)	92 (26 %)	111 (31 %)
über 65 Jahre	493 (69 %)	253 (72 %)	240 (66 %)
Bildungsstand			
Niedrig	136 (19 %)	68 (19 %)	68 (19 %)
Mittel	411 (58 %)	215 (61 %)	196 (54 %)
Hoch	166 (23 %)	69 (20 %)	97 (27 %)
Lang andauernde Krankheit (über 6 Monate)	585 (82 %)	283 (82 %)	302 (83 %)
Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand			
Gut/Sehr gut	205 (29 %)	100 (29 %)	105 (30 %)
Mittel	387 (55 %)	193 (55 %)	194 (55 %)
Schlecht/Sehr schlecht	108 (15 %)	56 (16 %)	52 (15 %)
Anzahl Tage im Krankenhaus			
1 Tag	104 (14 %)	43 (12 %)	61 (16 %)
2 bis 5 Tage	300 (41 %)	153 (42 %)	147 (39 %)
6 bis 10 Tage	180 (24 %)	88 (24 %)	92 (25 %)
Über 10 Tage	154 (21 %)	79 (22 %)	75 (20 %)

Legende: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe

Beschreibung der Interview-Teilnehmer

Die 15 Interview-Teilnehmer wurden aus Patienten der Interventionsgruppe gewählt und waren heterogen verteilt in Bezug auf das Alter, Geschlecht und Bildungsstand, um eine möglichst große Variabilität der Antworten zu erreichen. Ein Drittel der Interview-Teilnehmer war kürzer als ein Jahr und ca. die Hälfte länger als ein Jahr erkrankt. Sie verbrachten im Schnitt 4,6 Tage im Krankenhaus (2 - 10 Tage) (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Beschreibung der Interviewteilnehmer

ID	Geschlecht	Alter	Dauer der Erkrankung	Groß-/Kleinstadt	Aufenthalt im Krankenhaus
1	weiblich	79	unbekannt	unbekannt	3 Tage
2	weiblich	25	1 Jahr	Kleinstadt	5 Tage
3	männlich	54	3 Jahre	Kleinstadt	2 Tage
4	weiblich	69	> 10 Jahre	Großstadt	2 Tage
5	männlich	51	neu	Kleinstadt	10 Tage
6	weiblich	70	> 3 Jahre	Großstadt	7 Tage
7	männlich	73	unbekannt	Großstadt	10 Tage
8	männlich	56	> 10 Jahre	Kleinstadt	2 Tage
9	männlich	83	> 10 Jahre	Kleinstadt	6 Tage
10	weiblich	71	halbes Jahr	Großstadt	3 Tage

11	weiblich	53	neu	Kleinstadt	3 Tage
12	männlich	65	5 Jahre	Kleinstadt	2 Tage
13	männlich	67	1 Monat	Großstadt	2 Tage
14	männlich	66	unbekannt	unbekannt	9 Tage
15	männlich	50	13 Jahre	Großstadt	3 Tage

Gesundheitskompetenz

Hypothese 1: Patienten, die nach einem stationären Aufenthalt einen Patientenbrief erhalten, haben eine höhere Gesundheitskompetenz als Patienten, die keinen Patientenbrief erhalten.

- Die Hypothese konnte **bestätigt** werden. Die Studie zeigte, dass der Erhalt eines Patientenbriefs nach einem stationären Aufenthalt mit einer höheren Gesundheitskompetenz assoziiert war: Der Anteil der Patienten mit ausreichender Gesundheitskompetenz war in der Interventionsgruppe signifikant höher als in der Kontrollgruppe.

Diese Ergebnisse werden nachfolgend detailliert dargestellt.

Quantitative Auswertung

Für die Auswertung der HLS-EU-Q16-basierten Items zum Thema Gesundheitskompetenz wurden die Einzelitems deskriptiv untersucht und aus allen 16 Items der Gesundheitskompetenzwert als Summenscore gebildet und ausgewertet (vgl. Tabelle 3a) und danach, analog zu Jordan und Hoebel (2015), Gesundheitskompetenzlevel (*inadäquate, problematische, ausreichende*) gebildet.

In der deskriptiven Analyse wurden die prozentualen Häufigkeiten und 95-%-Konfidenzintervalle der Einzelitems für die Antworten „ziemlich schwierig“ bzw. „sehr schwierig“ (vierstufige Skala von „sehr einfach“ bis „ziemlich schwierig“) zu den Gesundheitskompetenz-Fragen zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe verglichen (vgl. Tabelle 3b). Dabei gab es bei sechs Einzelitems keine Überlappung der Konfidenzintervalle, so dass bei diesen Items von deutlichen Gruppenunterschieden ausgegangen werden kann.

Demnach schätzten die Patienten der Interventionsgruppe ihre Fähigkeiten, Informationen über Therapien für eigene Krankheiten, Unterstützungsmöglichkeiten und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu finden sowie die Anweisungen des Arztes oder Apothekers zu verstehen besser ein, als Patienten der Kontrollgruppe. Informationen aus den Medien über präventive Maßnahmen konnten von den Patienten mit Patientenbrief besser zur Entscheidungsfindung genutzt werden (vgl. Tabelle 3b). Diese sind für nachstationäre Patienten wichtige Kompetenzen, da sie einen direkten Einfluss auf deren Krankheitsbewältigung und Vorbeugung von Wieder- und Folgeerkrankungen haben (Schaeffer et al. 2017).

Die Patienten der Interventionsgruppe gaben an, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, besser finden zu können. Ebenfalls gaben sie an, Anweisung zu Medikamenten besser zu verstehen. Da der Patientenbrief keine Abschnitte zu psychischen Problemen und Medikamenteneinnahme beinhaltete, ist der Zusammenhang mit der Intervention nicht erklärbar. Es ist anzumerken, dass das Item zu psychischen Problemen die höchste Anzahl an fehlenden Werten hatte.

Tabelle 3a: HLS-Summenscore des HLS-EU-Q16 (gesamt)

	MW IG KI n	MW KG KI n	p-Wert
HLS-Summenscore	11,3 (11,0 - 11,7)* 317	10,5 (10,1 - 10,9)* 329	0,002

Legende: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; MW = Mittelwert; KI = Konfidenzintervalle;
Gesundheitskompetenz-Score: 0 = schlechteste bis 16 = bestmögliche Gesundheitskompetenz;
* Mann-Whitney-Test

Tabelle 3b: Prozentuale Häufigkeiten der Einzelitems des HLS-EU-Q16 für Antworten „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ und fehlende Werte, n = 738

Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	IG (%) KI	KG (%) KI	Fehlende Werte (%)
...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	29,2 (25,9 - 32,5)*	37,6 (34,1 - 41,1)*	8,4
...herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	25,4 (22,3 - 28,5)	28,1 (24,9 - 31,3)	8,3
...zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	18,6 (15,8 - 21,4)*	26,4 (23,2 - 29,6)*	7,5
...die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	5,4 (3,8 - 7,0)*	10,6 (8,4 - 12,8)*	7,3
...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	57,7 (54,1 - 61,3)	58,9 (55,4 - 62,4)	10,3
...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	29,8 (26,5 - 33,1)	29,8 (26,5 - 33,1)	7,6
...den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	4,7 (3,2 - 6,2)	7,5 (5,6 - 9,4)	7,2
...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?	42,2 (38,6 - 45,8)*	51,3 (47,7 - 54,9)*	18,8
...Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	4,9 (3,3 - 6,5)	5,0 (3,4 - 6,6)	9,1
...zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?	4,2 (2,8 - 5,6)	5,7 (4,0 - 7,4)	7,2
...zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?	59,3 (55,8 - 62,8)	64,7 (61,3 - 68,1)	9,2
...aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	49,1 (45,5 - 52,7)*	57,6 (54,0 - 61,2)*	8,4
...Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?	37,0 (33,5 - 40,5)*	48,9 (45,3 - 52,5)*	11,5
...Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	21,9 (18,9 - 24,9)	22,6 (19,6 - 25,6)	8,7
...Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?	39,2 (35,7 - 42,7)	44,8 (41,2 - 48,4)	9,8
...zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	19,4 (16,5 - 22,3)	25,1 (22,0 - 28,2)	9,3

Legende: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; KI = Konfidenzintervalle;
4-stufige Skala von „sehr einfach“ bis „sehr schwierig“
* = Deskriptive Gruppenunterschiede (keine Überdeckung der Konfidenzintervalle)

In der univariaten Analyse des Summenscores lagen signifikante Gruppenunterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich der **Gesundheitskompetenz-Level** vor. Signifikant weniger Patienten der Interventionsgruppe verfügten über eine inadäquate Gesundheitskompetenz (20 % IG vs. 30 % KG, $p = 0,002$) und signifikant mehr über eine ausreichende Gesundheitskompetenz (44 % IG vs. 32 % KG, $p = 0,002$). Etwas mehr als ein Drittel aller Patienten verfügte über eine problematische Gesundheitskompetenz, der Unterschied zwischen den Gruppen war nicht signifikant (siehe Abbildung 2). Insgesamt hatten 56 % der Interventionsgruppe und 68 % der Kontrollgruppe erhebliche Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen.

Vergleicht man diese Ergebnisse mit der von Jordan und Hoebel (2015) mit dem HLS-EU-Q16 untersuchten Allgemeinbevölkerung Deutschlands (GEDA-Studie), zeigen sich Unterschiede in den Häufigkeiten der **Gesundheitskompetenz-Level** (inadäquate GK 12 % vs. problematische GK 32 % vs. ausreichende GK 56 %). Die Teilnehmer der vorliegenden Studie hatten, sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe, mehr Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen als die in der GEDA untersuchte Bevölkerung. Dies könnte auf die selektiv gewählte, vulnerable Stichprobe aus älteren Patienten mit größtenteils langwierigen Erkrankungen zurückgeführt werden. Nach Jordan und Hoebel (2015) weisen Menschen mit einer inadäquaten oder problematischen Gesundheitskompetenz häufiger chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme auf als Menschen mit einer ausreichenden Gesundheitskompetenz.

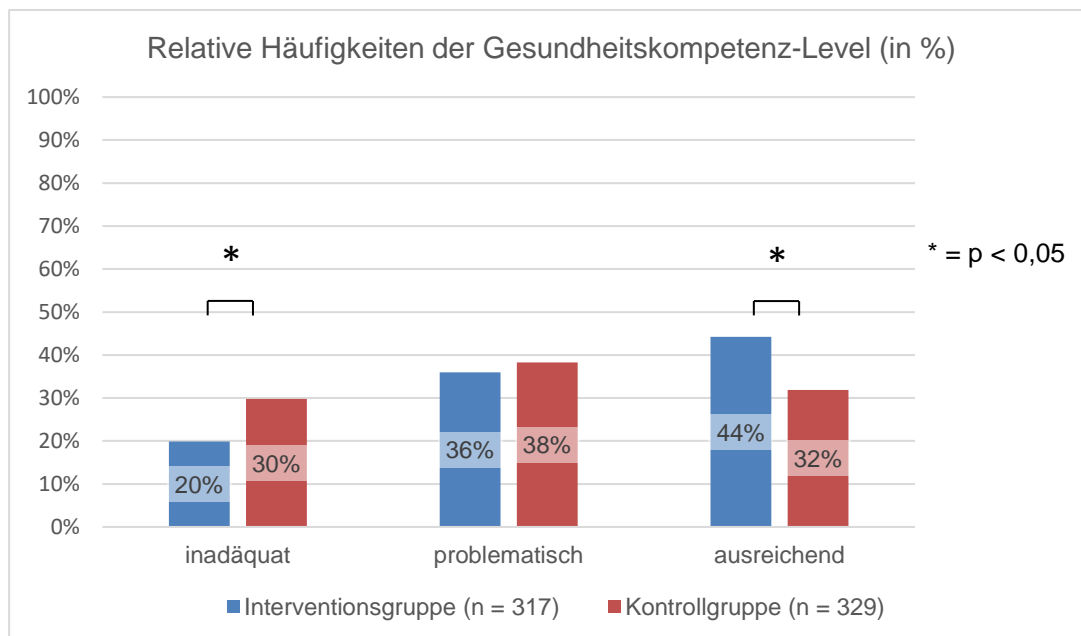


Abbildung 2: Gesundheitskompetenz-Level im Gruppenvergleich (Item-Quelle: HLS-EU-Q16; Röthlin et al. 2013)
Legende: * Pearson Chi-Quadrat-Test

Mittels eines **ordinal logistischen Regressionsmodells** wurden mögliche Einflussgrößen wie Geschlecht, Alter und Bildungsstand in Bezug auf die selbstberichtete Gesundheitskompetenz untersucht (siehe Tabelle 4, Modell I). Demnach hatten Patienten der Interventionsgruppe (mit Patientenbrief) adjustiert für Geschlecht, Alter und Bildungsstand ein um 67 % erhöhtes Chancenverhältnis (Odds Ratio), eine höhere Gesundheitskompetenz (gruppiert in inadäquat, problematisch, ausreichend) gegenüber der Kontrollgruppe (ohne Patientenbrief)

zu besitzen. Dabei bestand kein signifikanter Geschlechtsunterschied noch Alterseffekt. Für die einzelnen Bildungsstandgruppen zeigten sich zwar numerisch bedeutsame Chancenverhältnisse, die aber bei der gegebenen Fallzahl (598) nicht signifikant wurden. Für das Merkmal Migrationshintergrund konnte ebenfalls kein Effekt auf die Gesundheitskompetenz festgestellt werden. Hingegen zeigten Patienten mit langandauernder Erkrankung eine signifikant höhere Gesundheitskompetenz als Patienten ohne eine langandauernde Erkrankung (siehe Tabelle 4, Modell II). Dieser Effekt kann darauf zurückzuführen sein, dass die Patienten mit einer langandauernden Krankheit sich länger mit ihrer Krankheit befassen und somit mehr Gesundheitskompetenz aneignen konnten.

Tabelle 4: Ordinal logistische Regression für Gesundheitskompetenz: Chance auf höhere Gesundheitskompetenz-Level von Interventionsgruppe vs. Kontrollgruppe in Abhängigkeit verschiedener Merkmale (Item-Quelle: HLS-EU-Q16; Röthlin et al. 2013)

Variable	Modell I* (n = 598)		Modell II** (n = 586)	
	Odds Ratio (95 % KI)	p-Wert	Odds Ratio (95 % KI)	p-Wert
Intervention	1,67 (1,23-2,25)	<0,001	1,66 (1,23-2,26)	<0,001
Geschlecht (Ref. Männlich)	0,99 (0,72-1,36)	0,953	0,94 (0,68-1,29)	0,698
Alter in Jahren	1,01 (0,99-1,02)	0,233	1,01 (0,99-1,02)	0,133
Bildungsstand				
Niedrig (Ref.)	1		1	
Mittel	0,70 (0,46-1,06)	0,089	0,69 (0,46-1,05)	0,087
Hoch	0,82 (0,52-1,31)	0,401	0,75 (0,47-1,21)	0,238
Migrationshintergrund (Ref. Nein)			0,91 (0,54-1,53)	0,906
Lang andauernde Krankheit (Ref. Nein)			1,78 (1,18-2,68)	0,006
Konstanten				
inadäquat / problematisch	0,11		0,04	
problematisch / ausreichend	1,72		1,69	

* Modell I: Gesundheitskompetenz (Zielvariable); Intervention, Geschlecht, Alter und Bildungsstand (Einflussgrößen)

** Modell II: Gesundheitskompetenz (Zielvariable); Intervention, Geschlecht, Alter und Bildungsstand + Migrationshintergrund und lang andauernde Krankheit (Einflussgrößen)

Weiterhin wurden die Analysen der Regressionsmodelle für den Einfluss der Intervention (Interventionsgruppe vs. Kontrollgruppe) auf die Gesundheitskompetenz-Level separat nach dem Geschlecht, Alter, Bildungsstand, Migrationshintergrund und lang andauernden Krankheit stratifiziert. Der **Interventionseffekt** blieb *innerhalb* den meisten Untergruppen signifikant und damit robust (siehe Tabelle 5). Die Größe des Effekts unterschied sich jedoch nicht signifikant *zwischen* den Untergruppen. Das Chancenverhältnis durch die Intervention eine höhere Gesundheitskompetenz-Level zu erlangen war numerisch höher für Frauen (OR 1,93), Patienten, die älter als 65 Jahre waren (OR 1,92), Patienten mit einem niedrigen Bildungsstand (OR 2,49) und Patienten ohne langandauernde Erkrankung (OR 2,20). Da sich die jeweiligen Konfidenzintervalle überlappten, waren signifikante Effekte zwischen den Gruppen bei der gegebenen Fallzahl jedoch nicht nachzuweisen.

Tabelle 5: Odds-Ratios zur Gesundheitskompetenz (adjustierte Odds-Ratio (95 % Konfidenzintervall)): Chance auf höhere Gesundheitskompetenz-Level von Interventionsgruppe vs. Kontrollgruppe (Item-Quelle: HLS-EU-Q16 (Röthlin et al. 2013))

	Interventionseffekt OR (95 % KI)	p-Wert	n
Gesamtstichprobe	1,67 (1,23 – 2,26)	< 0,001	598
Geschlecht			
Männlich	1,53 (1,06 – 2,23)	0,021	392
Weiblich	1,93 (1,15 – 3,24)	0,013	206
Alter			
20 bis 45 Jahre	0,70 (0,11 - 4,28)	0,700	17
46 bis 65 Jahre	1,33 (0,76 - 2,32)	0,321	177
Über 65 Jahre	1,92 (1,33 - 2,77)	< 0,001	404
Bildungsstand			
Niedrig	2,49 (1,23 - 5,03)	0,011	113
Mittel	1,72 (1,15 - 2,57)	0,069	340
Hoch	1,09 (0,59 - 2,02)	0,778	145
Migrationshintergrund			
Ja	0,66 (0,23 - 1,84)	0,423	55
Nein	1,79 (1,30 - 2,46)	< 0,001	539
Lang andauernde Krankheit			
Ja	1,59 (1,14 - 2,22)	0,006	488
Nein	2,20 (1,01 - 4,78)	0,047	101

OR wurden mittels einer ordinalen logistischen Regression nach Alter, Geschlecht und Bildungsstand adjustiert; n = Anzahl Studienteilnehmer für spezifischen Index und Subgruppe

Aufgrund der zufälligen Zuteilung der Patienten in Interventions- und Kontrollgruppe und der Übereinstimmung der beiden Gruppen in den soziodemographischen Merkmalen lässt sich der Gruppenunterschied im Bereich der Gesundheitskompetenz auf die Intervention „Patientenbriefe“ zurückführen.

Anzumerken ist, dass es bei einigen Einzelitems zur Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q16) häufiger (7,2 % - 18,8 %) zu fehlenden Werten kam (siehe Tabelle 3). Dabei gab es keine auffälligen Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe. Jedoch wurden in allen 16 Einzelitems die häufigsten fehlenden Werte bei Patienten über 65 Jahren und bei weiblichen Patientinnen gefunden. Bei Befragten mit niedrigem und mittlerem Bildungsstand kamen fehlende Werte häufiger vor als bei Befragten mit hohem Bildungsstand. Für Befragte mit mehr als zwei fehlenden Items wurde kein Summenscore errechnet, wodurch es zu 12,5 % fehlenden Werten beim Summenscore kam. Da sich durch dieses Verfahren die Stichproben in Interventions- und Kontrollgruppe verkleinerten, wurde eine Post-Hoc-Poweranalyse durchgeführt, um die Aussagekraft der Analysen bei verringerter Stichprobe zu bewerten. Die Poweranalyse zeigte, dass aufgrund des größeren Effektes (Cohens $d = 0,23$) zwischen Interventions- und Kontrollgruppe eine gute post-hoc-Power von 84 % vorliegt.

Gesundheitsverhalten, Wissen und Einstellungen

Zusätzlich zu den HLS-basierten Fragen wurden allen teilnehmenden Patienten sechs selbstentwickelte Fragen (s. Tabelle 6) zum Gesundheitsverhalten, Wissen und Einstellungen gestellt. Der Vergleich der einzelnen Antwortkategorien zeigte dabei keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe.

Ca. ein Drittel aller Patienten berichteten, sehr auf ihre Gesundheit zu achten, über die Hälfte berichtete, dass dies *eher* auf sie zutrifft. Ca. zwei Drittel aller Befragten gaben an, genau zu wissen, welche Erkrankungen sie haben, etwas über ein Viertel gab an, dass dies *eher* auf sie zutrifft. Drei Viertel berichteten genau zu wissen, wie sie ihre Medikamente einzunehmen haben. Ein Drittel wusste genau, was bei Auftreten von Nebenwirkungen zu tun ist (vgl. Tab. 6).

Tabelle 6: Ergebnisse zu Gesundheitsverhalten, Wissen und Einstellungen der Gesamtstichprobe

	Trifft voll und ganz zu n (%)	Trifft eher zu n (%)	Trifft eher nicht zu n (%)	Trifft überhaupt nicht zu n (%)	Fehlende Angabe n (%)
Ich achte sehr auf meine Gesundheit.	258 (35,0 %)	417 (56,5 %)	38 (5,1 %)	0 (0,0 %)	25 (3,4 %)
Ich weiß, welche Erkrankungen ich habe.	499 (67,6 %)	200 (27,1 %)	16 (2,2 %)	0 (0,0 %)	23 (3,1 %)
Medikamenten gegenüber bin ich skeptisch.	105 (14,2 %)	277 (37,5 %)	258 (35,0 %)	78 (10,6 %)	20 (2,7 %)
Ich weiß, was meine Medikamente bewirken.	267 (36,2 %)	368 (49,9 %)	67 (9,1 %)	3 (0,4 %)	33 (4,5 %)
Ich weiß, wie ich meine Medikamente einnehmen muss.	570 (77,2 %)	122 (16,5 %)	16 (2,2 %)	2 (0,3 %)	28 (3,8 %)
Ich weiß genau, was ich tun muss, falls bei meinen Medikamenten Nebenwirkungen auftreten.	266 (36,0 %)	252 (34,1 %)	159 (21,5 %)	29 (3,9 %)	32 (4,3 %)

Informationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden

Qualitative Auswertung

Die qualitativen Leitfadenterviews mit 15 Patienten aus der Interventionsgruppe wurden durchgeführt, um mehr Informationen zum **Themenfeld Informationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden** (vgl. Definition Gesundheitskompetenz) zu erhalten. Patienten wurden gefragt, wie verständlich sie die ärztlichen Informationen generell finden und ob sie nachfragen, falls etwas unklar geblieben ist. Zudem wurde ermittelt, was aus Patientensicht die Kommunikation bzw. das Nachfragen und das Merken bzw. Erinnern erleichtern würde. Weiterhin wurde gefragt, welche weiteren Informationsquellen Patienten für gesundheitliche Information benutzen und wie sie diese bewerten.

Wahrnehmung der Arzt-Patienten-Kommunikation

Bezogen auf die Informationsmenge und Ausführlichkeit in der Arzt-Patienten-Kommunikation allgemein (Codebuch 1.1), erwähnten 9 Patienten (ID 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 14, 15), dass sie sich in Gesprächen mit Ärzten zu wenig und 11 Patienten (ID 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 14), dass sie sich ausreichend informiert fühlen. Dabei berichteten 6 Patienten (ID 2, 3, 4, 5, 10, 14) davon, dass sie je nach Gesprächssituation entweder zu wenig oder auch ausreichend informiert wurden. Keiner der interviewten Patienten gab an, zu viel von Ärzten informiert worden zu sein.

Eine Interviewteilnehmerin (ID 2) sagte, dass ausreichende ärztliche Information bzw. eine entsprechende Kommunikation wichtig ist, weil sie dazu beiträgt, Patienten zu beruhigen und die Krankheit/Beschwerden in einen Kontext zu setzen (z. B. was zu den normalen Nebenwirkungen gehört und welche Nebenwirkungen mit der Zeit besser werden). Sie erwähnte, dass ausreichende ärztliche Informationen Patienten befähigen, über die eigene Gesundheit bzw. Erkrankung zu kommunizieren.

„[...] Und wenn man das versteht, ist man erstmal irgendwo beruhigter, weil man ja weiß: Okay, das ist jetzt nichts super Schlimmes. Aber wenn die Ärzte untereinander reden und so tun, als wäre irgendetwas und man fragt nach: ‚Na was ist denn an dem EKG jetzt angeblich so schlimm?‘, und die tun einen ab von wegen: ‚Na, Sie verstehen das sowieso nicht, also lassen Sie uns mal machen‘, ist das schon unangenehm. Und man kann ja auch niemandem sagen, was los ist.“ (Weiblich, 25 Jahre, ID 2)

Mehrere Patienten (ID 2, 3, 4, 5, 9, 15) berichteten, dass eine alltagstaugliche Sprache mit nur wenigen Fachbegriffen das Verstehen ärztlicher Informationen erleichtert.

„[...] Ah, ich find eigentlich, dass die Ärzte, die ich habe, das eigentlich relativ gut machen. Die das ordentlich erklären, dass man es auch als „Normalbürger“ versteht, auch wenn man keine Fachkenntnisse hat. [...] so, so ruhig und ordentlich und fein, dass man, da braucht man auch nicht nachfragen. Das ist wirklich auch gleich beim ersten Mal auch verständlich. [...] Da kommen da auch nicht diese extremen Fachbegriffe, da im Gespräch. Sondern das wird ganz einfach so relativ leicht verständlich erklärt.“ (Männlich, 56 Jahre, ID 8)

Zum Thema Arzt-Patienten-Kommunikation erwähne eine Patientin, dass es den Patienten wichtig ist, dass *mit* ihnen und nicht *über* sie kommuniziert wird.

„[...] Der hat da seinen Ultraschall gemacht und hat dann mit seinem Kollegen irgendetwas besprochen, was ich nicht verstanden habe. Wo ich mir dachte: Geht es jetzt um mich? Redet doch mal mit mir.“ (Weiblich, 25 Jahre, ID 2)

Ein Patient berichtete von seiner schlechten Erfahrung, als er ohne ausreichende Informationen/Aufklärung und unter Zeitdruck Entscheidungen treffen sollte.

„Das einzige, was ich komisch fand, das war vor der OP, dass ich dann binnen 5 Minuten mich entscheiden musste, ob ich eine mechanische, oder eine biologische Klappe haben will. Woher soll ich das wissen, was- wenn die dort mich nicht aufklären, oder was für eine wollen Sie denn haben? Ich dachte der verarscht mich.“ (Männlich, 51 Jahre, ID 5)

Um ihre Informiertheit zu verbessern, wünschten mehrere Patienten individualisierte, schriftliche Informationen von Ärzten, weil sie auch im Alltag für die Krankheitsbewältigung (u. a. Ernährung) wichtig sind.

„[...] Mir ging es ja auch viel darum: Wie soll ich mich jetzt verhalten, kann ich normal essen? Und habe halt selber wirklich sehr viel im Internet recherchiert über Krankheitsverläufe, weil das ist ja gerade bei der Krankheit sehr unterschiedlich. Da hätte ich mir zum Beispiel so etwas in der Art gewünscht, wo man einfach aufschreibt, es ist die und die Krankheit, wo es herkommt, wissen wir noch nicht genau oder halt – und es gibt verschiedene Verläufe, was weiß ich.“ (Weiblich, 25 Jahre, ID 2)

Verstehen und Beschaffen gesundheitsrelevanter Informationen

Die Patienten wurden gefragt, was das Verstehen gesundheitsrelevanter Informationen erleichtern würde (Codebuch 1.1.3). Dass Ärzte im Gespräch mit Patienten eine alltagstaugliche Sprache nutzen sollten, wurde dabei am häufigsten erwähnt (ID 2, 3, 4, 5, 9, 15). Eine Patientin (ID 2) erwähnte, dass bildhafte Darstellungen sowie eine schriftliche Zusammenstellung der eigenen Erkrankungen inkl. Ursachen und Verlauf helfen würden, Krankheitssymptome besser zu verstehen. Begrenzte Zeit- und Personalressourcen der Ärzte wurden als Hauptfaktoren für die mangelnde Aufklärung der Patienten in alltagstauglicher Sprache von Patienten erwähnt (ID 14).

Den Interviews konnte entnommen werden, dass patientengerechte Informationen durch die Ärzte eine Voraussetzung für Patientenbefähigung und shared-decision-making ist:

„...ich will das erklärt kriegen, ich will das verstanden haben, ich will damit einverstanden sein.“ (Männlich, 50 Jahre, ID 15)

Auch das aktive Nachfragen im Gespräch bei Unklarheiten (ID 15) sowie das Anfertigen von Notizen (ID 9) wurden als Methoden erwähnt, um sich besser an Informationen zu erinnern. Zudem nannten Patienten das Einholen von Zweitmeinungen (ID 4, 12, 15) und die Hilfe durch die Verwandtschaft (z. B. als Begleitperson beim Arztbesuch oder als Informationsquelle) (ID 9, 8, 15) als Möglichkeiten, um sich sicherer bei der Informationsbeschaffung zu fühlen.

In Bezug auf die Thematik „Nachfragen bei Unklarheiten“ (Codebuch 1.1.2) meinten 8 Patienten (ID 1, 2, 3, 5, 8, 11, 12, 15), dass dies grundsätzlich möglich ist. Als Voraussetzung für das Nachfragen wurde gesehen, dass man sich selbst mit dem Thema beschäftigt hat. Erwähnt wurde auch, dass es wichtig ist aktiv nachzufragen, bis der Gesprächsinhalt verstanden wurde. 4 der Interviewten (ID 1, 4, 6, 10) berichteten von Schwierigkeiten beim Nachfragen wegen des Unwissens, was man fragen sollte, wegen der Angst vor Bloßstellung und Kommunikationsproblemen oder wegen limitierter zeitlicher Ressourcen der Ärzte.

„(...) und ich glaube, er sagt es weniger für den Patienten, außer der Patient hat eine ganz konkrete Frage. Und das ist meine Schwierigkeit. Ich weiß nicht die richtige Frage, weil ich ja nicht weiß, was wirklich da drinnen los ist, deswegen kann ich nicht die richtige Frage stellen und ich gebe zu, ich habe auch ganz bisschen Angst, mich zu blamieren, indem ich eine Frage stelle, wo der Arzt sagt „Na das müssten Sie ja nun wirklich wissen.“, oder so.“ (Weiblich, 69 Jahre, ID 4)

„(...) wenn die Ärzte sich untereinander mit dem ganzen Geschwader, was kommt, sich unterhalten und gar nicht auf den Patienten eigentlich die Unterhaltung gerichtet ist, kommen ja auch nur solche Wörter, die man nicht versteht, so schnell registriert man ja gar nicht diese lateinischen Bezeichnungen, dass man nachhaken könnte...“ (Weiblich, 71 Jahre, ID 10)

Weitere Quellen für gesundheitsrelevante Informationen

Zusätzlich zur Arzt-Patienten-Kommunikation erwähnten 13 Interviewte weitere Quellen, die sie zur Informationsbeschaffung zu Gesundheit, Krankheit oder Hilfestellungen nutzen (Codebuch 1.2). Als Quellen für Gesundheitsinformation wurden

- Freunde/Familie (ID 1)
- Fernsehen (ID 3)
- Apotheke (ID 2, 9)
- allgemeine Erfahrungen (ID 6, 8)
- Fachliteratur (ID 3, 12)
- Zeitung (ID 1, 3, 7, 14)
- medizinisches Personal (ID 3, 4, 6, 7, 14, 15)
- Internet (ID 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15) und
- Infoblätter/Flyer und sonstige Quellen (ID 6, 13, 14)

genannt. Zusätzlich meinte eine Patientin, dass sie Information nicht (aktiv) sucht, weil sie diese nicht versteht (ID 1).

Wahrnehmung des Krankenhausaufenthaltes

Hypothese 2: Patienten, die nach einem stationären Aufenthalt einen Patientenbrief erhalten, nehmen diesen Aufenthalt insgesamt positiver wahr als Patienten, die keinen Patientenbrief erhalten.

- Die Hypothese konnte **nicht bestätigt** werden. Die Studie ergab, dass sowohl die Interventions- als auch die Kontrollgruppe den Krankenhausaufenthalt insgesamt positiv wahrnahmen, es gab keine wesentlichen signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Quantitative Auswertung

Die Hypothese wurde auf Basis von 22 Items zum Krankenhausaufenthalt im Herzzentrum Dresden geprüft (siehe Datenerhebung - Beschreibung der Datenerfassung im RCT). Signifikante Gruppenunterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe konnten nur bei dem Item "Ich weiß, welche Untersuchungen und Behandlungen mit mir im Krankenhaus durchgeführt wurden" gefunden werden: Signifikant mehr Patienten der Interventionsgruppe als Patienten der Kontrollgruppe stimmten dieser Aussage „voll und ganz“ zu (91,2 % IG vs. 83,6 % KG, $p = 0,008$) (siehe Anlage 6). Da sich in den weiteren 21 Items die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander unterschieden, konnte nicht festgestellt werden, dass Patienten, die nach einem stationären Aufenthalt einen Patientenbrief erhalten, den Krankenhausaufenthalt insgesamt positiver wahrnehmen als Patienten, die keinen Patientenbrief erhalten.

Wahrnehmung der Behandlung und Betreuung im Krankenhaus

Die Auswertung der Angaben in der Gesamtgruppe zeigte eine insgesamt hohe Patientenzufriedenheit. Der Großteil der Patienten würde das Krankenhaus weiterempfehlen, nur 2 % gaben an, dies nicht zu tun. Die meisten der Patienten hatten Vertrauen in ihre behandelnden Ärzte. Ein großer Teil der Befragten fühlte sich durch das Personal mit Aufmerksamkeit und Rücksicht behandelt und etwas über die Hälfte der Patienten voll und ganz in die Entscheidungsprozesse einbezogen (siehe Tabelle 7a, 7b und 7c). Drei Viertel der Patienten fühlten sich bei der Entlassung, z. B. durch Taxiruf oder Nachsorgeplan, gut durch das Krankenhaus unterstützt (siehe Tabelle 7c).

Tabelle 7a: Wahrnehmung der erhaltenen Behandlung und Betreuung im Krankenhaus in der Gesamtstichprobe (Item-Quelle: Picker-Fragebogen, Stahl und Nadj, 2015)

	Ausgezeichnet n (%)	Sehr gut n (%)	Gut n (%)	Mittelmäßig n (%)	Schlecht n (%)
Wie beurteilen Sie insgesamt die Behandlung und Betreuung, die Sie erhalten haben?	128 (18,0 %)	365 (51,2 %)	199 (27,9 %)	19 (2,7 %)	2 (0,3%)

Tabelle 7b: Wahrnehmung der erhaltenen Behandlung und Betreuung im Krankenhaus in der Gesamtstichprobe (Item-Quelle: Picker-Fragebogen, Stahl und Nadj, 2015)

	Ja, ganz sicher/immer* n (%)	Ja, wahrscheinlich/ manchmal* n (%)	Nein n (%)
Hatten Sie während Ihres Krankenhausaufenthaltes Vertrauen in Ihre behandelnden Ärzte? *	602 (85,1 %)	100 (14,1 %)	5 (0,7 %)
Hatten Sie das Gefühl, während Ihres Krankenhaus-Aufenthaltes mit Aufmerksamkeit und Rücksicht behandelt zu werden? **	604 (85,6 %)	94 (13,3 %)	8 (1,1 %)
Würden Sie dieses Krankenhaus bei Bedarf Ihrer Familie oder Ihren Freunden weiterempfehlen? ***	500 (70,6 %)	193 (27,3 %)	15 (2,1 %)

Legende: * „ja, immer“, „ja, manchmal“, „nein“; ** „ja, immer“, „manchmal“, „nein“; *** „ja, ganz sicher“, „ja, wahrscheinlich“, „nein“

Patienten beantworteten auch Fragen zur Wahrnehmung der Arzt-Patienten-Kommunikation während des Klinik-Aufenthaltes und bei Entlassung. Ca. die Hälfte aller Patienten gab an, dass ihnen die Ergebnisse von Untersuchungen in der Klinik verständlich erklärt wurden. 61 % der Patienten wurde verständlich erklärt, ob nach der Entlassung weitere Untersuchungen/Behandlungen nötig waren (bei 8,5 % war es nicht nötig) (siehe Tabelle 7c).

Zudem berichteten etwas über die Hälfte aller Patienten, dass ihnen die Medikamenteneinnahme, und rund ein Drittel aller Patienten, dass der Zweck der Medikamente verständlich erklärt wurde (siehe Tabelle 7c). Bei den Fragen zu verständlichen Erklärungen zur Medikamenteneinnahme und zum Zweck der Medikamente zeigten die Studienergebnisse noch starke patientenseitige Unsicherheiten. Dies signalisiert einen Bedarf an Erklärungen zum

Thema Medikation. Es gab dabei keine signifikanten Gruppenunterschiede. Es ist anzumerken, dass der Patientenbrief keine Textabschnitte zu Medikation beinhaltete.

Bezüglich des Entlassungsgesprächs wurde patientenseitig ein Verbesserungsbedarf signalisiert: Nur 30 % der Patienten gaben an, ein ausführliches Entlassungsgespräch gehabt zu haben, 59 % erinnerten sich an ein kurzes Gespräch (10 % meinten, dass es kein Entlassungsgespräch gab, 1 % „weiß nicht“). Ein Großteil (86 %) der Patienten, die sich an das Entlassungsgespräch erinnerten, schätzten das Gespräch als (sehr) leicht verständlich ein. 11 % bewerteten das Entlassungsgespräch als (sehr) schwer verständlich (4 % weiß nicht). Ein Viertel der Patienten (26 %) hatte noch Fragen nach dem Entlassungsgespräch².

Tabelle 7c: Wahrnehmung der erhaltenen Behandlung und Betreuung im Krankenhaus in der Gesamtstichprobe (Item-Quelle: Picker-Fragebogen, Stahl und Nadj, 2015)

	Ja, voll und ganz n (%)	Einigermaßen n (%)	Nein n (%)	Nicht benötigt* n (%)
Fühlten Sie sich ausreichend in Entscheidungsprozesse über Ihre Behandlung einbezogen?	392 (56,6 %)	266 (38,4 %)	31 (4,5 %)	3 (0,4 %)
Fühlten Sie sich bei der Entlassung insgesamt gut durch das Krankenhaus unterstützt? (z. B. durch Taxiruf oder Nachsorgeplan)	535 (75,6 %)	122 (17,2 %)	21 (3,0 %)	30 (4,2 %)
Wurden Ihnen die Ergebnisse von Untersuchungen verständlich erklärt?	372 (52,8 %)	276 (39,1 %)	42 (6,0 %)	15 (2,2 %)
Wurde Ihnen/Ihrer Familie verständlich erklärt, ob nach der Entlassung weitere Untersuchungen/ Behandlungen nötig sind?	425 (60,7 %)	83 (11,9 %)	134 (19,1 %)	58 (8,3 %)
Wurde Ihnen verständlich erklärt, wie Sie die Medikamente einzunehmen haben?	390 (54,9 %)	166 (23,4 %)	82 (11,5 %)	72 (10,1 %)
Wurde Ihnen verständlich erklärt, welchen Zweck die Medikamente haben, die Sie zu Hause einnehmen sollen?	253 (36,4 %)	237 (34,1 %)	122 (17,5 %)	84 (12,1 %)

Legende: * „nicht benötigt“ fasst Antwortmöglichkeiten „ich brauche keine Erklärung“ und „ich musste keine Medikamente nehmen“ zusammen

Fast alle Patienten wussten, warum sie im Krankenhaus waren und ein großer Teil, welche Untersuchungen und Behandlungen mit ihnen im Krankenhaus durchgeführt wurden. Den zurückliegenden Krankenhaus-Aufenthalt verbanden fast alle Patienten mit Geborgenheit und mit respektvollem Umgang. Rund ein Drittel verband den Aufenthalt mit Angst oder fühlte sich der Situation ausgeliefert (siehe Tabelle 7d).

² Eine tabellarische Darstellung der Ergebnisse war auf Grund der verschiedenen Antwortkategorien nicht sinnvoll.

Tabelle 7d: Wahrnehmung der erhaltenen Behandlung und Betreuung im Krankenhaus in der Gesamtstichprobe (Item-Quelle: Picker-Fragebogen, Stahl und Nadj, 2015)

	Trifft voll und ganz zu n (%)	Trifft eher zu n (%)	Trifft eher nicht zu n (%)	Trifft überhaupt nicht zu n (%)
Ich weiß, warum ich im Krankenhaus war.	667 (93,2 %)	45 (6,3 %)	2 (0,3 %)	2 (0,3 %)
Ich weiß, welche Untersuchungen und Behandlungen mit mir im Krankenhaus durchgeführt wurden.	621 (87,3 %)	80 (11,3 %)	9 (1,3 %)	1 (0,1 %)
Beim zurückliegenden Krankenhaus-Aufenthalt denke ich an ...				
... Geborgenheit	333 (47,8 %)	289 (41,5 %)	69 (9,9 %)	6 (0,9 %)
... respektvollen Umgang	455 (64,7 %)	230 (32,7 %)	14 (2,0 %)	4 (0,6 %)
... Angst	64 (9,2 %)	171 (24,5 %)	278 (39,9 %)	184 (26,4 %)
... ausgeliefert sein	50 (7,3 %)	158 (23,0 %)	289 (39,2 %)	210 (30,6 %)

Die Studienteilnehmer schätzten auch den medizinischen Behandlungserfolg ein. Fast drei Viertel der Patienten (71 %) beurteilten den Erfolg der medizinischen Behandlung als gut bis ausgezeichnet. 22 % der Patienten konnten den Erfolg noch nicht einschätzen. Die Hälfte der Patienten (50 %) gab an, dass sich die Hauptbeschwerden gebessert haben. Bei 21% waren diese gleichgeblieben und bei 4 % hatten sie sich verschlimmert. Bei 70 % der Patienten traten keine Komplikationen nach der Entlassung auf, 8 % gaben Komplikationen ohne Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung an. 14 % berichteten von Komplikationen nach der Entlassung und mussten daher zum Haus-/Facharzt, bei 8 % wurde eine erneute Einweisung ins Krankenhaus nötig. Die patientenseitige Wahrnehmung des Krankenhausaufenthaltes am Studienstandort war insgesamt sehr positiv. Bis auf ein Item zum Wissen über die durchgeführten Untersuchungen konnte bei hohen Zufriedenheitswerten mit dem Krankenhausaufenthalt kein Effekt auf die Wahrnehmung des Krankenhausaufenthaltes durch den Patientenbrief festgestellt werden.

Überblick Gruppenunterschiede

Die folgende Tabelle bietet einen Überblick über die Ergebnisse des RCT (IG vs. KG) hinsichtlich der primären und sekundären Endpunkte (s. Tabelle 8).

Tabelle 8: Überblick über die Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich der verschiedenen Endpunkte

Endpunkt	Auswertungsverfahren	Ergebnisse		Signifikanz/ p-Wert
		IG	KG	
Gesundheitskompetenz (primär)				
Gesundheitskompetenz-Level	Chi-Quadrat-Test	inadäquate Gesundheitskompetenz		0,002
		20 %	30 %	
		ausreichende Gesundheitskompetenz		0,002
44 %	32 %			
problematische Gesundheitskompetenz		36 %	38 %	n. s.
HLS-Summenscore (HLS-EU-Q16)	Mann-Whitney-Test	MW 11,3 (11,0 - 11,7)	MW 10,5 (10,1 - 10,9)	0,002
Einzelaspekte der Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q16)	Deskriptiver Häufigkeitsvergleich der Antworten „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ für Einzelitems des HLS-EU-Q16	keine Überlappung der Konfidenzintervalle bei 6 von 16 Items:		deskriptive Unterschiede IG vs. KG
		Informationen über Therapien für eigene Krankheiten finden		
		29,2 % (25,9 – 32,5)	37,6 % (34,1 - 41,1)	
		Verstehen, was der Arzt sagt		
		18,6 % (15,8 - 21,4)	26,4 % (23,2 - 29,6)	
		Anweisungen des Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente verstehen		
		5,4 % (3,8 – 7,0)	10,6 % (8,4 - 12,8)	
		Informationen über Unterstützungs-Möglichkeiten bei psychischen Problemen finden		
42,2 % (38,6 - 45,8)	51,3 % (47,7 - 54,9)			
Entscheiden aufgrund von Informationen aus den Medien, wie man sich vor Krankheiten schützen kann				
49,1 % (45,5 - 52,7)	57,6 % (54,0 - 61,2)			
Informationen über Verhaltensweisen finden, die gut für psychisches Wohlbefinden sind				
37,0 % (33,5 - 40,5)	48,9 % (45,3 - 52,5)			
Chance auf höheres Gesundheitskompetenz-Level von IG vs. KG nach Adjustierung verschiedener Merkmale	Logistische Regression	OR für eine höhere Gesundheitskompetenz (gruppiert in inadäquat, problematisch, ausreichend) nach Adjustierung für Geschlecht, Alter und Bildungsstand: 1,67 (1,23-2,26) in IG vs. KG		<0,001 (Geschlecht, Alter, Bildungsstand: n. s.)

Wahrnehmung des Krankenhaus-Aufenthalts (sekundär)			
Wissen über den Grund des Klinikaufenthalts	Chi-Quadrat-Test	Trifft voll und ganz zu	n. s.
		93,5 %	93,5 %
		Trifft eher zu	
		6,3 %	6,3 %
		Trifft eher nicht zu	
		0 %	0 %
		Trifft überhaupt nicht zu	
		0,3 %	0,3 %
Wissen über durchgeführte Untersuchungen und Behandlung im Krankenhaus	Chi-Quadrat-Test	Trifft voll und ganz zu*	0,008 *bei „Trifft voll und ganz zu“
		91,2 %	83,6 %
		Trifft eher zu	
		8,5 %	13,9 %
		Trifft eher nicht zu	
		0,3 %	2,2 %
		Trifft überhaupt nicht zu	
		0 %	0,3 %
Gesamt-Beurteilung des Krankenhaus-aufenthalts	Chi-Quadrat-Test	Ausgezeichnet	n. s.
		18,6 %	17,4 %
		Sehr gut	
		48,0 %	54,3 %
		Gut	
		29,7 %	26,2 %
		Mittelmäßig	
		3,1 %	2,2 %
		Schlecht	
		0,6 %	0 %
Weiterempfehlung des Krankenhauses	Chi-Quadrat-Test	Ja, ganz sicher/immer	n. s.
		69,1 %	72,1 %
		Ja, wahrscheinlich/manchmal	
		27,7 %	26,8 %
		Nein	
		3,2 %	1,1 %

Legende: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; MW = Mittelwert; OR = Odds Ratio; Fragen zu Gesundheitskompetenz: HLS-EU-Q16 (Röthlin et al. 2013); Fragen zur Wahrnehmung des Krankenhaus-Aufenthalts: Picker-Fragebogen (Stahl et al. 2012)

Bewertung des Patientenbriefs

Hypothese 3: *Patienten der Interventionsgruppe bewerten den leicht verständlichen Patientenbrief positiv und finden ihn verständlich, hilfreich und informativ.*

- Die Hypothese konnte **bestätigt** werden. Der Patientenbrief wurde insgesamt von den Patienten sehr positiv bewertet. Die meisten Patienten beschrieben ihn als hilfreich, verständlich und informativ.

Quantitative Auswertung

Nutzung des Patientenbriefs

Fragen zu Bewertung und Nutzung des Patientenbriefs wurden nur der Interventionsgruppe gestellt. 93 % der Patienten berichteten, den Patientenbrief ausführlich gelesen und 7 %, ihn kurz überflogen zu haben. Ein höherer Bildungsstand der Patienten war dabei mit ausführlicherem Lesen des Patientenbriefs assoziiert ($p = 0,048$; Pearson Chi-Quadrat-Test). Alle Patienten mit einem hohen Bildungsstand haben den Patientenbrief ausführlich gelesen, im Vergleich zu 86 % der Patienten mit einem niedrigen Bildungsstand.

Der Patientenbrief wurde auch für die Kommunikation mit anderen Personen genutzt. 73 % der Patienten in der Interventionsgruppe berichteten, den Patientenbrief mindestens einer weiteren Person gezeigt oder darüber gesprochen zu haben.

Wichtigkeit eines Patientenbriefs

Fast alle Patienten hielten eine verständliche Befund-Erläuterung nach stationärem Aufenthalt für wichtig oder eher wichtig (siehe Abbildung 3). Dabei ist zu beachten, dass alle Befragten sich bei Aufnahme ins Krankenhaus aktiv für den Erhalt des Patientenbriefs entschieden hatten. Eine Befunderläuterung nach ambulantem Arztbesuch wurde von den Patienten als weniger wichtig angesehen: 57 % der Patienten fanden diese wichtig und 19 % eher wichtig. Diese Ergebnisse waren unabhängig von der Studiengruppe, dem Gesundheitskompetenz-Level und dem Bildungsstand und sprechen insgesamt für einen patientenseitig hohen Bedarf an verständlichen Gesundheitsinformationen.

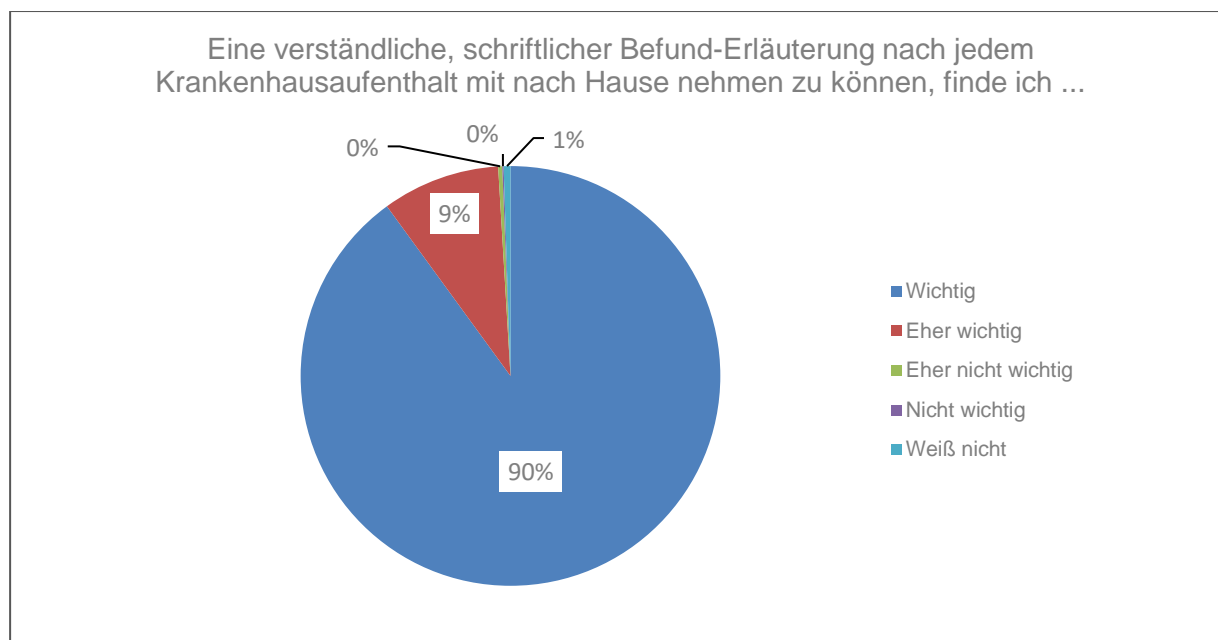


Abbildung 3: Wichtigkeit eines Patientenbriefs nach Krankenhausaufenthalt

Bewertung des Patientenbriefs

Insgesamt wurde der Patientenbrief von der Interventionsgruppe positiv bewertet: über 90 % der Patienten gaben an, dass der Patientenbrief **hilfreich, verständlich und informativ** war (Antworten „Trifft voll und ganz zu“ und „Trifft eher zu“) (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Bewertung des Patientenbriefs durch die Interventionsgruppe

Der Patientenbrief war ...	Trifft voll und ganz zu n (%)	Trifft eher zu n (%)	Trifft eher nicht zu n (%)	Trifft überhaupt nicht zu n (%)
... hilfreich	207 (60,0 %)	115 (33,3 %)	20 (5,8 %)	3 (0,9 %)
... verständlich	231 (67,0 %)	98 (28,4 %)	15 (4,3 %)	1 (0,3 %)
... informativ	216 (63,5 %)	99 (29,1 %)	23 (6,8 %)	2 (0,6 %)

Patienten mit einer ausreichenden Gesundheitskompetenz bewerteten den Patientenbrief als signifikant hilfreicher, verständlicher und informativer als Patienten mit einer inadäquaten oder problematischen Gesundheitskompetenz (ca. 97 % vs. ca. 90 %; p-Werte = 0,02; siehe Abbildung 4). Patienten ohne eine lang andauernde Erkrankung empfanden den Patientenbrief hilfreicher als Patienten mit einer lang andauernden Erkrankung (100 % vs. 92 %, p = 0,022).

Weiterhin empfanden über 89 % der Patienten der Interventionsgruppe die Beschreibung der Untersuchungen und 90 % die Beschreibung der Erkrankungen als sehr bzw. eher hilfreich. 8 % der Patienten empfanden diese Beschreibungen als nicht hilfreich und weitere 4 % konnten dies nicht einschätzen. Mehr Patienten mit ausreichender Gesundheitskompetenz empfanden die Beschreibung der Untersuchungen (93 % vs. 86 %, p = 0,029) und die Beschreibung der Erkrankungen (95 % vs. 85 %; p = 0,007) hilfreich (sehr bzw. eher hilfreich) als Patienten mit einer inadäquaten oder problematischen Gesundheitskompetenz (vgl. Abbildung 4). Mehr Patienten ohne eine lang andauernde Erkrankung empfanden die Beschreibung der Untersuchungen (97 % vs. 88 %, p = 0,038) und die Beschreibung der Erkrankungen (98 % vs. 88 %; p = 0,018) im Patientenbrief als hilfreich.

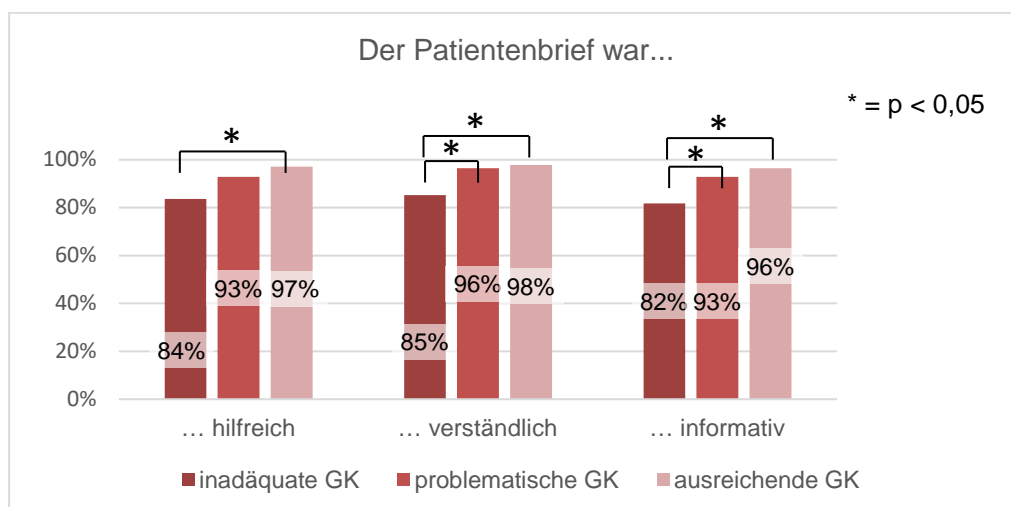


Abbildung 4: Bewertung des Patientenbriefs gruppiert nach Gesundheitskompetenz-Level
 Legende: * Pearson Chi-Quadrat-Test

Den **Umfang** der Patientenbriefe bewerteten 77 % der Patienten als genau richtig und 13 % als zu ausführlich bzw. 10 % als zu kurz. Patienten mit einem höheren Gesundheitskompetenz-Level bewerteten den Umfang des Patientenbriefs signifikant häufiger als genau richtig (83 %: *ausreichende* GK vs. 71 %: *inadäquate/problematische* GK; $p = 0,017$). 75 % der Befragten gaben an, dass ihre **Erwartungen** an den Patientenbrief getroffen oder übertroffen wurden, bei 21 % der Patienten wurden die Erwartungen teilweise oder nicht getroffen (4 % gaben an, keine Erwartungen gehabt zu haben oder wählten die Antwort „weiß nicht“). Hier ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten mit verschiedenen Gesundheitskompetenz-Leveln.

Weiterhin wurde die Bewertung des Patientenbriefs nach dem Gesundheitszustand und lang andauernden Erkrankungen stratifiziert. Mehr Patienten ohne eine lang andauernde Erkrankung bewerteten den Patientenbrief insgesamt positiv als Patienten mit einer lang andauernden Krankheit. Dabei konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit einem sehr guten bis guten Gesundheitszustand und Patienten mit einem mittleren bis sehr schlechten Gesundheitszustand gefunden werden.

Qualitative Auswertung

Nutzung des Patientenbriefs

Kommunikation im sozialen Umfeld

In den Interviews wurde das Thema Austausch über den Patientenbrief im sozialen Umfeld (Codebuch 2.6) vertieft, 13 Patienten machten dazu Angaben. Sie berichteten mit ihrem Partner (ID 9, 12, 14, 15, 11), Schwiegertochter/-sohn (ID 1, 7), erwachsenen Kindern (ID 9, 10), Mutter (ID 2) und Freunden/Bekanntem (ID 3, 5) über den Patientenbrief kommuniziert bzw. ihnen den Brief gezeigt zu haben. Einige berichteten, dass andere Personen durch den Patientenbrief ein besseres Verständnis der Erkrankung und des Klinikaufenthaltes erhielten.

*„Ne, meine Schwiegertochter hat das alles gelesen, mein Sohn will das auch nochmal lesen (...). Und die Schwiegertochter war aber auch begeistert, dass das, dass die jetzt auch wissen, was ich habe.“
(Weiblich, 79 Jahre, ID 1)*

„Ja, mein Mann hatte sich das durchgelesen. Ja, das ist nicht so ein Arztgeschwafel. Hat er gesagt. (Lacht) ne - also es ist ein – verständlich.“ (Weiblich, 53 Jahre, ID 11)

Zwei der Interviewten hatten den Patientenbrief niemandem gezeigt. Als Begründung dazu sagte ein Patient, dass es ihm ausreichend war, den Brief selbst verstanden zu haben (ID 13). Der Zweite berichtete, dass er auf Grund der Entfernung den Patientenbrief seinen Verwandten nicht zeigen konnte bzw. es mit einem zusätzlichen Aufwand (kopieren, schicken) verbunden gewesen wäre (ID 4).

Kommunikation mit den behandelnden Ärzten

12 Patienten äußerten sich zur Kommunikation mit den behandelnden Ärzten über den Patientenbrief. Die meisten Interviewten (10) hatten bisher den Brief nicht dem (Haus-)Arzt gezeigt. Als Begründung dafür wurde u.a. genannt, dass Ärzte daran kein Interesse bzw. dafür keine Zeit haben (ID 5) und dass Ärzte keine „vorgebildeten Patienten“ mögen (ID 9). Ein Befragter sah die einfache Darstellung des Briefs als eine Barriere für die Kommunikation mit dem Arzt an (ID 14), ein Weiterer dachte, dass der Brief nur für den Patienten selbst gedacht sei (ID 7). Zwei Patienten hatten den Brief erst nach Arztbesuch bekommen (ID 2, 11) und ein Patient war nach dem Erhalt des Patientenbriefs noch nicht beim Arzt gewesen (ID 15).

Ein Interviewter hatte mit seinem Arzt über den Brief gesprochen, aber diesen nicht gezeigt (ID 3). Zwei interviewte Patienten (ID 1, 10) hatten den Brief ihrem Hausarzt gezeigt, dabei wurde von positive Reaktionen seitens der Ärzte berichtet.

„(...) meine Hausärztin? (...) da war sie sehr interessiert dran, um zu gucken, wie ihr das schildert, Sie wusste ja was passiert, ist ja nicht umsonst Ärztin und da hat sie gesagt: „das ist aber gut“. Sagte sie, „das müsste jeder so machen“, das war so ihr Kommentar.“ (Weiblich, 71 Jahre, ID 10)

Bewertung des Patientenbriefs

Ersteindruck und Verständlichkeit

In den Interviews wurden die Patienten nach ihrem Ersteindruck beim Lesen des Patientenbriefs gefragt (Codebuch 2.1), zehn Patienten äußerten sich dazu. Acht Patienten berichteten von einem positiven Ersteindruck, erwähnt wurden dabei u.a. Überraschung, Freude über verständliche Sprache, schnelle Zusendung des Briefs, sowie Form und Inhalt des Briefs (ID 2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 12). Zwei Patienten berichteten von einem neutralen/rationalen Ersteindruck: Eine Patientin sagte, dass sie den Brief interessiert gelesen hatte und reflektiert hatte, was man am eigenen Gesundheitsverhalten verbessern kann (ID 4). Die zweite Patientin meinte, dass sie den Brief zwar gut fand, aber diesen in vereinfachter Sprache nicht gebraucht hätte (ID 8). Nur ein Patient berichtete von einem negativen Ersteindruck beim Lesen des Patientenbriefs (ID 14). Der Patient berichtete, dass eine neue Information über die eigene Gesundheit ihn erschrocken und niedergeschlagen hatte. Erst nach etwas Bedenkzeit und detaillierterem Lesen hatte er den Zusammenhang zwischen seiner Krankheit und der Erklärung verstanden.

In den Interviews wurden zusätzliche Fragen zur Bewertung der Verständlichkeit der Patientenbriefe gestellt (Codebuch 2.4). Zehn Interviewpartner machten Angaben zur Verständlichkeit und alle berichteten, dass der Patientenbrief für sie ohne weitere Hilfe verständlich war. Sie berichteten unter anderem, dass der Patientenbrief leicht verständlich geschrieben ist (ID 2, 9), Krankheit, Eingriff bzw. Untersuchung gut erklärt (ID 3, 6, 10) und verständlicher ist als der Arztbrief (ID 1, 10, 11).

„(...) Und es war einfach, einfach geschrieben. Also verständlich geschrieben und das fand ich gut. Nicht mit irgendwelchen Abkürzungen oder sowas, sondern es war alles beschrieben, was man bräuchte und das war gut so.“ (Weiblich, 53 Jahre, ID 11)

Zwei Patienten erwähnten, dass einige Passagen des Patientenbriefs bei ihnen zu Irritationen führten (ID 6, ID 14). Diese Irritationen können auf bestimmte Formulierungen bzw. Zeitform im Patientenbrief, aber auch Unwissen der Patienten über ihre Erkrankung zurückzuführen sein.

„(...) weil es irritiert eben, wenn sie schreiben, Ihr Herz wird dadurch [durch hohen Blutdruck] geschädigt, wenn man aber schon lange Blutdruckmedikamente nimmt und der Arzt sagt, er ist damit zufrieden mit dem Blutdruck, den man hat, wenn man misst, dann warum schädigt es trotzdem noch das Herz?“ (Weiblich, 70 Jahre, ID 6)

„(...) Er war mir zu simpel, zu einfach und für mich im ersten Verständnis auch, war ich sogar erschrocken, weil ich dachte: „oh, jetzt bist du plötzlich krank anhand dieses Briefes“. (...) Diese umfassende Darstellung des Krankheitsbildes in der sehr, sehr, sehr weit heruntergebrochenen Form zur Verständlichkeit fand ich ein bisschen übertrieben. Das vom Verständnis her.“ (Männlich, 66 Jahre, ID 14)

Gleichzeitig zeigt das letztere Zitat, dass der Patientenbrief ein wichtiger Baustein für die Krankheitsakzeptanz/Coping sein kann. Die Informationen im Patientenbrief schaffen Gewissheit über die eigene Krankheitssituation als wichtigen Bewältigungsschritt (Schuchardt 2003).

Wissenserweiterung/Informationszuwachs durch Patientenbriefe

Die Interviewpartner wurden gefragt, ob sie durch den Patientenbrief neue Informationen erhielten (Codebuch 2.3). Fünf Patienten (ID 1, 3, 4, 6, 9) berichteten, dass sie eine Wissenserweiterung durch den Patientenbrief erlebt hatten. Dabei wurden konkrete Informationen zur Erkrankung, Untersuchung bzw. Behandlung (ID 1, 3, 4, 9) erwähnt, sowie auch neue Informationen zu Nebenerkrankungen. Zwei Patienten sagten, dass sie dadurch die Möglichkeit erhalten, gezielt danach fragen zu können (ID 4, 6). Zum Thema Wissenserweiterung durch den Patientenbrief berichteten Patienten:

„(...) [Der größte Vorteil ist:] Dass ich jetzt endlich weiß, was ich wirklich habe.“ (Weiblich, 79 Jahre, ID 1)

„(...) Ja, und das ist enorm, ich weiß jetzt genau, was mit meinem Herzen los ist, woher diese starke Atemnot kommt, ich weiß auch wie viel Schuld ich daran trage, mein Gewicht und das ist wirklich, also der war, dieser Patientenbrief, der war wie eine Offenbarung für mich. Ich habe schon ein Herz an der Wand gesehen, ich habe mir die Klappen angeguckt und so, aber ich habe das noch nie verstanden, wie das wirklich so mit dem Vorhofflimmern und wie das alles so geht.“ (Weiblich, 69 Jahre, ID 4)

Dies zeigt auch, dass der Patientenbrief hilft, den Einfluss des eigenen Verhaltens auf die Gesundheit zu verstehen, was wichtig für das Erleben der Selbstwirksamkeit im weiteren Umgang mit der Erkrankung ist (Bandura 1998).

Dagegen meinten vier Patienten, dass sie keinen Wissenszuwachs durch den Patientenbrief erlebt hatten, da die Inhalte ihnen bereits bekannt waren (ID 3, 8, 11, 15). Ein Patient erwähnte, dass der Brief insbesondere für Patienten, die sich noch nicht so viel mit ihrer Erkrankung befasst haben, hilfreich sei (ID 15). Ein Patient berichtete, die Informationen schon aus dem Arztbrief entnommen zu haben (ID 8). Als größten persönlichen Gewinn aus dem Patientenbrief (Codebuch 2.2) sahen die Interviewten ein **besseres Verstehen** der durchgeführten Untersuchungen und Therapien, der eigenen Erkrankung bzw. Diagnose (ID 1, 3, 4, 6, 10, 11) sowie die jederzeitige Verfügbarkeit der Informationen (ID 3, 6) an.

„Also, das Wichtigste glaube ich war wirklich, dass ich es [was in den Untersuchungen passiert ist] verstanden habe (...), jeder Abschnitt ist für mich wichtig gewesen. Wirklich, jeder Abschnitt.“ (Weiblich, 69 Jahre, ID 4)

„Die Aufklärung, wieso das ich, warum das gemacht werden musste. Was man hat. Das war für mich ganz, also perfekt. Die ganze Aufklärung hier, nu. Warum, weshalb, weswegen. Also das hat mir viel gegeben, muss ich echt sagen.“ (Weiblich, 70 Jahre, ID 6)

„(...) du hast darüber gesprochen, in dem Moment wars interessant, aber eben ein halbes Jahr später - „eeh ohgott, wie war das? War es jetzt eh im rechten oder im linken Vorhof“, weißt du nicht mehr genau und dann ist es gut, wenn man was zum nachgucken hat.“ (Männlich, 54 Jahre, ID 3)

Feedback zu Patientenbriefen

Die Patienten der Interventionsgruppe wurden im Interview und im Fragebogen gefragt, was ihnen gut am Patientenbrief gefallen hat bzw. was sie am Patientenbrief ändern würden (Codebuch 2.9 sowie Freitextangaben/Fragebogen).

Der Patientenbrief wurde durch die meisten Interviewpartner (ID 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15) **positiv bewertet**. Als Grund wurde erwähnt, dass der Patientenbrief zu einem besseren Verständnis der eigenen Krankengeschichte führt und klar, verständlich und für Laien geschrieben ist (mehrere Angaben), und insbesondere für „nicht-informierte“, neu-erkrankte und ältere Patienten geeignet ist (ID 8, 15). Ein Interviewter sagte, dass die professionelle Übersetzung in patientenverständliche Sprache eigene Übersetzungsfehler (von Fachsprache zu Laiensprache) vermindert (ID 3). Auch der Zeitpunkt des Erhalts der Briefe wurde positiv bewertet (ID 3, 6).

„(...) für mich war es eine sehr gute Ergänzung zu dem, was ich bis jetzt an Wissen hatte - und da waren erst mal keine Fragen da. (...) es war hübsch gemacht, es ging relativ zügig, es hatte Informationen, auch gut erklärte Informationen, also ich war damit zufrieden.“ (Männlich, 54 Jahre, ID 3)

„Dass man dadurch besser versteht, erstmal die Krankheit selber, warum das so ist, das wird da ja genau erklärt, nu, was man ja doch nicht so versteht in den medizinischen Beschreibungen, weil ja da viele Fremdwörter mit vorkommen, aber hier ist das wirklich deutlich, von dumm, auf Deutsch gesagt, geschrieben.“ (Weiblich, 70 Jahre, ID 6)

Basierend auf den Interviews wurden auch **Optimierungsbedarfe** ermittelt (Codebuch 2.5). Bezogen auf den Schreibstil wurden teils zu einfache Formulierungen (bei viel Vorwissen) (ID 2, 14) und zu häufige Wiederholung der Textbausteine (ID 3) kritisiert. Einige Interviewte wünschten sich weniger Ausführlichkeit (ID 3, 8, 12, 15). Es wurde auch mehr Individualität der Textbausteine (ID 14) gewünscht. Einem der interviewten Patienten fehlten Hinweise zur Einnahme von Medikamenten (ID 10). Diese Themen wurden auch in mehreren Freitextangaben in den Fragebögen erwähnt. Ein Patient meinte:

„Es wäre noch schöner, wenn die Ausführungen im Patientenbrief noch spezieller auf die tatsächlichen Werte, Befunde, Diagnosen, usw. eingehen könnten. Z.B. Vergleich der tatsächlichen Cholesterin-Blutdruck-Werte mit der möglichen Norm.“ (Männlich, 57 Jahre)

Als Verbesserungen wünschten die interviewten Patienten mehr Hinweise im Patientenbrief zum Verhalten und der Belastbarkeit in der postoperativen Phase (ID 6, 9, 10, 12). Dies wurde auch mehrmals in den Freitextangaben erwähnt, eine Patientin schrieb:

*„... wenn Diagnosen gestellt werden, sollte man dem Patienten auch mitteilen, in welche Richtung er aktiv werden muss, um für Abhilfe zu sorgen...“
(Weiblich, 68 Jahre)*

Zudem wünschten Patienten mehr Informationen zu Erkrankungen, die nicht im Vordergrund waren bzw. den Patienten unbekannt waren, aber erwähnt wurden und teilweise Sorgen verursachten (ID 1, 2). Für einige Patienten war die Erwähnung der Nebenerkrankungen im Patientenbrief teils verwirrend oder erschreckend gewesen (ID 1, 4, 6, 13). Einem Patienten irritierte, dass eine ärztliche Information, die ihm während einer Untersuchung gegeben wurde, nicht in dem Brief auftauchte (ID 11). Ein Patient meinte, dass in seinem Brief Informationen zu erhöhten Cholesterinwerten stehen, von deren Messung der Patient jedoch nichts wusste (ID 13). Als verwirrend wurde auch empfunden die Erwähnung von Erkrankungen, die bereits gut medikamentös eingestellt sind bzw. schon operiert wurden (ID 4, 6).

Ein Patient kritisierte die Zeitform Präsens und empfand sie als erschreckend (ID 14).

„Ihre Herzvorhöfe schlagen zu schnell, Vorhofflimmern und Vorhofflattern nicht näher bezeichnet“, da ist hier vor allem die Zeitform für den Patienten, für mich, in dem Falle doch erschreckend.“ (Männlich, 66 Jahre, ID 14)

Als weitere Ergänzungsvorschläge wurden mehr bildhafte Darstellungen für mehr Verständnis (ID 2, 14) und Kontaktdaten von weiteren Anlaufstellen bei Fragen erwähnt (ID 2, 4). Es wurde auch erwähnt, dass ein noch zeitigerer Versand von Vorteil wäre (ID 3). Die Hälfte der Interviewten hatte keine Verbesserungswünsche (ID 4, 5, 7, 8, 12, 11, 13).

Patientenseitiger Bedarf an Patientenbriefen

In den Interviews (Codebuch 2.7) berichteten die Patienten, dass sie besonderes **Interesse an einem Patientenbrief** bei komplexen Behandlungen oder bei schweren Erkrankungen (ID 2, 3, 4, 10, 12) haben und ein Patientenbrief für sie eher nach einem Krankenhausaufenthalt (ID 1, 11) nötig ist. Ein Interviewter erwähnte, dass es besser wäre, einen Patientenbrief auch

nach ambulanten Arztbesuchen zu erhalten (ID 6). Einige Patienten meinten, dass ein Patientenbrief nicht nach allen Arztbesuchen notwendig ist (ID 3, 5), einige erwähnten dabei insbesondere den Hausarztbesuch, Kontrollbesuche und „Kleinigkeiten“ (ID 1, 10, 12).

*„Ja, bei **komplexeren Erkrankungen oder Eingriffen**, ich kann mir auch vorstellen bei, wenn man zum Beispiel Herzschrittmacher oder so einen Defibrillator eingesetzt bekommt irgendwie solche Operationen, da hat man glaube ich schon mehr Fragen: wie soll ich mich verhalten, was kann passieren, oder was sind Alarmsignale, falls das Ding nicht mehr funktioniert, keine Ahnung, das wären so meine Fragen, die ich dann hätte, **wo es mir schon helfen würde, hätte ich da nochmal zum Nachlesen** und ja.“
(Weiblich, 25 Jahre, ID 2)*

In den Interviews wurde gefragt, in welcher **Form** die Patienten den **Patientenbrief** bevorzugen würden (Codebuch 2.8). Hier sprachen die Befragten Vor- und Nachteile unterschiedlicher Ausgabeformen an. Als Vorteile für eine Printversion wurden vor allem die Aufbewahrungsmöglichkeit und das angenehme Lesen erwähnt: dass man die Entlassungspapiere abheften kann, diese unkompliziert nachlesen und auch bearbeiten oder mit zum Arzt nehmen kann (ID 2, 5, 7, 10, 13, 15). Als Vorteile der Digitalversion wurden leichter Umgang, dauerhafte Verfügbarkeit (ID 12, 14), sowie ökonomische Aspekte (ID 6) erwähnt. Ein Patient erwähnte, dass durch Digitalisierung der Brief bei wiederholter Erstellung gekürzt werden könnte (ID 8). Zu den Nachteilen für die Digitalversion wurden fehlende technische Fähigkeiten sowie technische Voraussetzungen (keine Hardware vorhanden) gezählt (ID 5, 10, 15). Es wurde erwähnt, dass die Fähigkeiten oft generations-, alters- sowie erfahrungsabhängig sind (ID 4, 13, 14, 15).

5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

Eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz ist mit schlechteren Gesundheitsoutcomes und höheren Kosten im Gesundheitssystem assoziiert (Jordan und Hoebel 2015; Schaeffer et al. 2017). Daher ist die Förderung von Gesundheitskompetenz, insbesondere für vulnerable Gruppen, international und national zum gesundheitspolitischen Ziel erklärt worden (Gesundheitsministerkonferenz 2018; Schaeffer et al. 2019). Im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz wird zudem gefordert, dass die (Interventions-)Forschung zu Gesundheitskompetenz intensiviert werden sollte (DNGK 2019, Schaeffer et al. 2019). Die vorliegende Studie ist **eine der wenigen Interventionsstudien**, die Effekte auf das komplexe multidimensionale und relationale Konstrukt Gesundheitskompetenz untersucht und nachweist.

Die Evaluation des Projektes liefert den wissenschaftlichen Nachweis, dass automatisiert erstellte Patientenbriefe in leicht verständlicher Sprache einen positiven Einfluss auf die selbstberichtete **Gesundheitskompetenz** der Patienten haben. Die Patienten der Interventionsgruppe erhielten durch die Patientenbriefe eine individualisierte Beschreibung der Diagnosen, der durchgeführten Untersuchungen und Therapien. Patienten, die einen leicht verständlichen Patientenbrief erhielten, berichteten von signifikant weniger Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen als Patienten, die nur übliche Entlassungsdokumente erhielten. Sie wurden durch den **Patientenbrief befähigt, einfacher Informationen über Therapien für eigene Krankheiten, Unterstützungsmöglichkeiten und Verhaltensweisen zu finden, die Anweisungen des Arztes oder Apothekers zu verstehen sowie gesundheitsbezogene Informationen aus den Medien besser anwenden zu können**. Dies sind für nachstationäre Patienten bedeutende Kompetenzerweiterungen, da sie direkten Einfluss auf deren Krankheitsbewältigung sowie die Prävention von Wieder- und Folgeerkrankungen haben (Schaeffer et al. 2017).

Die Studienpopulation bestand aus größtenteils älteren Patienten mit chronischen Erkrankungen. Es ist bekannt, dass ein hohes Alter und lang andauernde Erkrankungen, u.a. Herzkrankheiten, mit niedriger Gesundheitskompetenz assoziiert sind (Schaeffer et al. 2017; Sørensen et al. 2015). Die Studie zeigte, dass auch ältere und chronisch erkrankte Patienten hinsichtlich der Gesundheitskompetenz von den Patientenbriefen profitierten. Der **Patientenbrief hat somit das Potential, gesundheitliche Kompetenzen zu verbessern** und kann dadurch dazu **beitragen, gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen**.

Der Patientenbrief leistet zudem einen Beitrag zur Förderung der systemischen und organisationalen Gesundheitskompetenz und damit einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung eines **gesundheitskompetenten Krankenhauses** (Pelikan und Dietscher 2015).

Die Studie lieferte keinen Nachweis, dass der Erhalt eines Patientenbriefs einen Einfluss auf die **Wahrnehmung des Krankenhausaufenthaltes** durch die Patienten hat. Dieser wurde sowohl von Patienten mit als auch ohne Patientenbrief als überwiegend positiv bewertet. Der Patientenbrief zeigte aber einen positiven Effekt auf das **Wissen** über die durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen im Krankenhaus.

Die Analysen zeigten einen **Verbesserungsbedarf im Entlassmanagement** der Klinik auf: Nur ca. ein Drittel aller Studienteilnehmer erinnerte sich an ein ausführliches Entlassungsgespräch. Ein Drittel der Patienten gab an, dabei nicht oder nur einigermaßen zur Einnahme der verordneten Medikamente aufgeklärt worden zu sein. Circa die Hälfte fühlte sich unzureichend

über den Zweck der Medikamente und Ergebnisse der Untersuchungen informiert. Der von Patienten berichtete Mangel an ärztlicher Aufklärung im Krankenhaus ist auch aus anderen Studien bekannt (z.B. Langewitz 2002). Der untersuchte Patientenbrief beinhaltete keine Informationen zur Medikation. In der Pilotstudie (Hoffmann 2020; „Was hab' ich?“ 2019) waren Informationen zum Zweck der Medikamente und Einnahmehinweise enthalten, was mit einer höheren Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt und der Entlassung assoziiert war (Jonietz 2018). Da die Ergebnisse der aktuellen Studie patientenseitige **Unsicherheiten zu verordneten Medikamenten** signalisieren, wäre ein Einschluss dieser Angaben auch in die automatisierten Patientenbriefe zu empfehlen. Dies bedarf jedoch seitens der Klinik der Bereitstellung strukturierter (Medikamenten-)Daten.

Die Studie bestätigte die Ergebnisse von Schaeffer et al. (2017), dass Patienten sich durch viele verschiedene Quellen informieren und zudem von einem Bedarf an vertrauenswürdigen, individualisierten Gesundheitsinformationen berichten. Die **Patientenbriefe** wurden patientenseitig **sehr positiv bewertet** und es besteht ein hoher Bedarf an leicht verständlichen, schriftlichen Informationen über Krankenhausaufenthalt, Erkrankung und Therapie nach einem stationären Aufenthalt. Ein Großteil der Patienten empfand den automatisch erstellten Patientenbrief als hilfreich, verständlich und informativ und zeigte den Brief auch weiteren Personen bzw. kommunizierte mit diesen über den Brief. Patientenseitige Eigenschaften wie Gesundheitskompetenz und die Krankheitsvorgeschichte beeinflussten den Bedarf und die Bewertung des Patientenbriefs.

Der Patientenbrief wurde durch Patienten mit geringerer (inadäquater oder problematischer) Gesundheitskompetenz etwas weniger gut bewertet als durch Patienten mit einer höheren Gesundheitskompetenz. Dass Patienten mit inadäquater oder problematischer Gesundheitskompetenz allgemein Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen haben, kann ein erklärender Faktor für die Bewertung der Patientenbriefe (ob hilfreich, verständlich und informativ) sein. Zudem ist bekannt, dass inadäquate und problematische Gesundheitskompetenz mit weniger Gesundheitsbewusstsein assoziiert ist (Jordan und Hoebel 2015; Zok 2014), was die Bewertung durch diese Patientengruppen ebenfalls beeinflussen kann.

Zu beachten ist, dass möglicherweise ein wechselseitiger Einfluss zwischen Gesundheitskompetenz und Patientenbrief besteht: Der Patientenbrief kann die Gesundheitskompetenz steigern, umgekehrt kann eine hohe Gesundheitskompetenz dazu führen, dass die Informationen aus dem Patientenbrief gut verstanden werden. Genauere Erkenntnisse bezüglich möglicher Wechselwirkungen könnten perspektivisch mit einem Prä-Post-Design untersucht werden.

In den Interviews wurde berichtet, dass ein Patientenbrief die **Kommunikation** über die Erkrankung und den Krankenhausaufenthalt u.a. mit Familienangehörigen **erleichterte**. Patienten fanden es wichtig, dass sie durch den Patientenbrief selber ein **besseres Verständnis** der durchgeführten Untersuchungen und Therapien bekamen und durch konkrete Informationen ihre Erkrankung bzw. Diagnose besser verstehen können. Als Vorteil wurde gesehen, dass diese Informationen zu **jeder Zeit zur Verfügung** stehen. Leicht verständliche, alltagstaugliche Gesundheitsinformationen haben auch das Potential, die **Arzt-Patienten-Kommunikation zu fördern**, welche häufig u.a. durch die medizinische Fachsprache mit Barrieren assoziiert ist. Auch in anderen Studien wurden positive Effekte von (manuell erstellten) Patientenbriefen berichtet (Kristen 2012; Lindhardt 2020; O'Reilly 2006; Vitt 2005; Voigt 2019; Weetman

et al. 2019 und 2020), aber die aktuelle Studie untersuchte erstmalig die **Einführung automatisiert erstellter, leicht verständlicher Patientenbriefe**.

Durch die Interviews sowie die Freitextangaben in den Fragebögen wurden auch inhaltliche und formale **Verbesserungspotentiale** für den Patientenbrief ermittelt. Dabei wurden u.a. weniger Wiederholung, Informationen zu den verordneten Medikamenten und deren Einnahme sowie mehr Informationen über weitere Untersuchungen sowie Verhaltenshinweise in der postoperativen Phase erwähnt. Zudem wurde auch eine digitale Version des Patientenbriefs als Ergänzung zu dem aktuellen Format (Papierversion) gewünscht. Der Patientenbrief würde bzgl. der Nutzerorientierung profitieren, wenn man ihn entsprechend der oben genannten Punkte optimieren würde. Anzumerken ist, dass eine vollautomatisierte Erklärung von Medikamenten und weiterer individueller Punkte einer Bereitstellung strukturierte Daten (z.B. Medikationsplan) seitens der Klinik bedarf: Wenn diese vollständig vorliegen, können sie Einzug in den Patientenbrief halten und die Software dementsprechend erweitert werden.

Methodische Anmerkungen

Ziel dieses Projektes war es, den Patientenbrief hinsichtlich der Outcomes Gesundheitskompetenz, Patientenzufriedenheit sowie Akzeptanz und Bewertung zu untersuchen. In der quantitativen Auswertung zeigte die Missinganalyse allerdings, dass es bei einigen Einzelitems zur Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q16) häufig (7,2 % - 18,8 %) zu fehlenden Werten kam. In allen 16 Einzelitems gab es bei Patienten über 65 Jahren die häufigsten fehlende Werte. Daher ist zu vermuten, dass einige Items des HLS-EU-Q16 für ältere Menschen ohne zusätzliche Erklärungen schwer verständlich sind und/oder der Einsatz als schriftliches Instrument, auch wenn häufig so verwendet, weniger geeignet ist. Dies sind wichtige Hinweise für den Einsatz und eine Weiterentwicklung des HLS-EU-Q16. Der HLS-EU-Q16 bildet vor allem die persönlichen Kompetenzen ab und stellt die systemische und organisationale Gesundheitskompetenz ungenügend in den Fokus. Zu deren Erfassung lagen während der Studienplanung noch keine geeigneten Erhebungsinstrumente vor bzw. waren derzeit noch in der Erprobung (Dietscher und Pelikan 2016).

In der aktuellen Studie war die Rücklaufquote der Fragebögen im Vergleich zum Pilotprojekt (Hoffmann 2020) mehr als verdoppelt (57 % vs. 26 %). Dies ist unter anderem auf eine methodische Änderung zum Pilotprojekt zurückzuführen: In der aktuellen Studie wurde, falls kein Rücklauf des Fragebogens erfolgt war, eine postalische Erinnerung inklusive eines neuen Fragebogens an die Patienten gesendet. Dies war bei 52 Patienten der Fall, was die Rücklaufquote um 4 % erhöhte.

An der Studie nahmen ausschließlich Patienten teil, die sich bei Studieneinwilligung bewusst für den Erhalt eines Patientenbriefs entschieden hatten. Es ist möglich, dass der Anteil der besonders an ihrer Gesundheit Interessierten unter den teilnehmenden Patienten hoch war (Selektionsbias). Bei der Beantwortung der Fragen sind Recall-Bias, Interviewer-Bias und Bias durch soziale Erwünschtheit möglich.

Es ist anzumerken, dass die „Was hab' ich?“ gGmbH bereits während der Datenerhebung (November 2019) auf mehrere Rückmeldungen (telefonisch und datenbasiert) der Patienten zum Patientenbrief, reagierte. Diese Rückmeldungen betrafen die Beschreibung von Symptomen, welche zur Zeit des Krankenhausaufenthaltes unter Behandlung standen und somit nicht

mehr akut beim Patienten auftraten. Da dies für Verwirrungen bei den Patienten sorgte, änderte die „Was hab' ich?“ gGmbH daraufhin einige Textbausteine, so dass nicht mehr die Symptome, sondern die Diagnosen beschrieben wurden (z.B. vorher: „Ihr Blutdruck ist dauerhaft zu hoch.“ zu nachher: „Sie haben Bluthochdruck.“). Weiterhin ist anzumerken, dass die Informationen zu einzunehmenden Medikamenten nicht, wie ursprünglich geplant, im Patientenbrief inkludiert waren, da der Medikationsplan im System der beteiligten Klinik nicht in ausreichend strukturierter Form vorlag.

Umsetzungspotential

Das Projekt zeigte, dass die Erstellung und der Versand der automatisiert erstellten Patientenbriefe im Rahmen der üblichen Versorgung gut funktionierten. In der Vorgängerstudie waren die Briefe manuell durch externes ärztliches Personal erstellt worden; der Aufwand pro Patientenbrief betrug damals ca. 30 bis 120 Minuten. Dieser Aufwand entfiel im aktuellen Projekt durch die Automatisierung vollständig. Da als Datengrundlage die ohnehin in der Klinik erfassten ICD- und OPS-Codes verwendet wurden und der Patientenbrief nach Abschluss der Codierung automatisch erstellt und ausgedruckt wurde, bestand der zusätzliche Aufwand für das Klinikpersonal lediglich im Entnehmen des fertigen Briefs aus dem Drucker und Einstecken in einen Briefumschlag. Diese Aufwandsminimierung ist als wichtige Voraussetzung für eine Skalierbarkeit und damit die Einführung laienverständlicher Patientenbriefe in die Regelversorgung zu sehen.

Eine Untersuchung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses wurde nicht durchgeführt. Aus anderen Studien (Schaeffer et al. 2017, Jordan und Hoebel 2015, Sørensen et al. 2015) ist jedoch bekannt, dass eingeschränkte Gesundheitskompetenz mit schlechteren Gesundheits-Outcomes und höheren Ausgaben im Gesundheitswesen assoziiert ist. Da die Intervention „Patientenbrief“ einen positiven Einfluss auf die Gesundheitskompetenz hat und das Verfahren durch die Automatisierung zeit- und kosteneffizient ist, ist davon auszugehen, dass die Einführung in die Regelversorgung Einsparungen für das Gesundheitssystem mit sich bringen würde.

Ausblick

Die Einführung leicht verständlicher Patientenbriefe in weiteren Fachbereichen und Krankenhäusern sollte zukünftig erprobt werden. Dazu bedarf es einer engen Abstimmung zwischen „Was hab' ich?“ und der jeweiligen Klinik-IT bzw. den Krankenhausinformationssystem-Anbietern. Rückmeldungen der Patienten sollten dabei weiterhin ermöglicht werden und nach kritischer Bewertung ggf. umgesetzt werden. Für diese Umsetzungen können ggf. Anpassungen oder Erweiterungen der Software-Inhalte notwendig sein. Auch regelmäßige Updates der medizinischen Inhalte müssen gewährleistet sein. Wenn der Patientenbrief elektronisch bereitgestellt würde, wäre er zukünftig in die elektronische Patientenakte (ePA) integrierbar.

In weiterführenden Studien sollte zudem untersucht werden, wie Patientenbriefe in Langzeitbeobachtungen auf Gesundheitsoutcomes, Empowerment, Arzt-Patienten-Kommunikation sowie Gesundheitskompetenz wirken. Ebenso sollte zukünftig eine gesundheitsökonomische Kosten-Nutzen-Analyse vorgenommen werden sowie eine Klärung der Kostenübernahme. Auch die Perspektive der Klinikärzte und Primärversorger zu Patientenbriefen sollte analysiert werden.

Empfehlungen der Evaluierenden

1. Es wird empfohlen, automatisiert erstellte, leicht verständliche Patientenbriefe als patientenzentriertes Entlassungsdokument nach stationären Krankenhaus-Aufenthalten in der Regelversorgung zu etablieren, um Patienten im Umgang mit ihren Erkrankungen zu befähigen. Die Anwendung des Patientenbriefs in weiteren medizinischen Versorgungsbereichen (z.B. Reha-Einrichtungen, Tageskliniken) sollte geprüft werden.
2. Die kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung des Patientenbriefs wird empfohlen. Dazu sollten Überarbeitungen gemäß den in der Studie ermittelten Hinweisen geprüft werden. Ein Feedback seitens der Patienten sollte weiterhin ermöglicht werden.

6. Anhang

Anlagen

- Anlage 1: Patientenbrief-Beispiel
- Anlage 2: Regelwerk für das Erklären medizinischer Sachverhalte in einer leicht verständlichen Sprache
- Anlage 3a: Fragebogen Interventionsgruppe
- Anlage 3b: Fragebogen Kontrollgruppe
- Anlage 4: Interviewleitfaden
- Anlage 5: Codebuch
- Anlage 6: Wahrnehmung des Krankenhausaufenthaltes (IG vs. KG)

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung	15
Tabelle 2: Beschreibung der Interviewteilnehmer	15
Tabelle 3a: HLS-Summenscore des HLS-EU-Q16 (gesamt)	17
Tabelle 3b: Prozentuale Häufigkeiten der Einzelitems des HLS-EU-Q16 für Antworten „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ und fehlende Werte, n = 738	17
Tabelle 4: Ordinal logistische Regression für Gesundheitskompetenz: Chance auf höhere Gesundheitskompetenz-Level von Interventionsgruppe vs. Kontrollgruppe in Abhängigkeit verschiedener Merkmale (Item-Quelle: HLS-EU-Q16; Röthlin et al. 2013).....	19
Tabelle 5: Odds-Ratios zur Gesundheitskompetenz (adjustierte Odds-Ratio (95 % Konfidenzintervall)): Chance auf höhere Gesundheitskompetenz-Level von Interventionsgruppe vs. Kontrollgruppe (Item-Quelle: HLS-EU-Q16 (Röthlin et al. 2013))	20
Tabelle 6: Ergebnisse zu Gesundheitsverhalten, Wissen und Einstellungen der Gesamtstichprobe	21
Tabelle 7a-d: Wahrnehmung der erhaltenen Behandlung und Betreuung im Krankenhaus in der Gesamtstichprobe.....	25
Tabelle 8: Überblick über die Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich der verschiedenen Endpunkte.....	28
Tabelle 9: Bewertung des Patientenbriefs durch die Interventionsgruppe.....	31

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm nach CONSORT zum Studienablauf.....	13
Abbildung 2: Gesundheitskompetenz-Level im Gruppenvergleich	18
Abbildung 3: Wichtigkeit eines Patientenbriefs nach Krankenhausaufenthalt	30
Abbildung 4: Bewertung des Patientenbriefs gruppiert nach Gesundheitskompetenz-Level	31

Literaturverzeichnis

Bandura A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology & Health*, 1998(Jul), 13(4), 623–649.

Bortz J. & Döring N. Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, 4. Auflage, 2006. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK). Herzkrankheiten: Männer erkranken häufiger, Frauen sterben öfter daran. 2016. Presstext DGK 03/2016.

Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz e.V. (DNGK). Mehr Organisationale Gesundheitskompetenz in die Gesundheitsversorgung bringen. 15.11.2019. Organisationale Gesundheitskompetenz, Positionspapier 2019.

Dietscher C, Pelikan JM. Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen. Machbarkeitsstudie zur organisationalen Selbstbewertung mit dem Wiener Instrument in österreichischen Krankenhäusern. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2016;11(1):53–61.

Gesundheitsministerkonferenz. Beschlüsse der 91. GMK TOP: 4.1 Patienten-orientierung als Element einer zukunftsweisenden Gesundheitspolitik. 2018. letzter Aufruf: 09.07.2018, <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=698&jahr>.

Helferich C. Die Qualität qualitativer Daten. 2011. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Hoffmann H. Effekte eines leicht verständlichen Patientenbriefs auf die Gesundheitskompetenz nach Krankenhausaufenthalt. Ergebnisse einer randomisiert kontrollierten Interventionsstudie. 2020. Masterarbeit an der Technischen Universität Dresden (unveröffentlicht).

Jonietz A. Patientenempowerment durch verständliche Patientenbriefe nach Krankenhausaufenthalt. 18.4.2018. Vortrag zum 18. Wissenschaftliches Symposium des Arbeitskreis Allgemeinmedizin – Gesundheitswissenschaften/Public Health: „Entlassmanagement - Innovationen an der Schnittstelle stationär – ambulant“. Medizinische Fakultät Dresden.

Jordan S, Hoebel J. Health literacy of adults in Germany: Findings from the German Health Update (GEDA) study. 2015. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 2015. 58(9): p. 942-950.

Kristen NA. Untersuchung des Einflusses eines Patientenbriefes auf Zufriedenheit, Informationsstand und Auswirkungen in der Patientennachsorge am Klinikum Großhadern. 2012. Dissertation, LMU München: Medizinische Fakultät.

Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (4. Auflage). 2018. Weinheim, Deutschland: Beltz.

Langewitz W et al. "Kommunikation ist wesentlich-Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus der Sicht von Patienten und Patientinnen." PPM-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie 52.08 (2002): 348-354.

Lindhardt CL et al. The personalised discharge letter: the experience of patients and parents from the Filadelfia Epilepsy Hospital. 2020. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2020: First published: 02 April 2020.

Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 2003. 8. Auflage. Beltz.

O'Reilly M et al. Writing to patients: a randomised controlled trial. 2006. Clinical medicine 6.2: 178.

Parker R, Ratzan SC: Health Literacy: A Second Decade of Distinction for Americans. Journal of Health Communication 2010;15(sup2):20–33.

Pelikan JM, Dietscher C. Why should and how can hospitals improve their organizational health literacy? Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2015, 58(9):989-995.

Röthlin F et al. Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV). 2013.

Schaeffer D et al. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht. 2017. Bielefeld: Universität Bielefeld.

Schaeffer D et al. Strategiepapier #5 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Gesundheitskompetenz systematisch erforschen. 2019. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz 2019.

Schuchardt E. Krisen-Management und Integration, Bd. 1. Biographische Erfahrung und wissenschaftliche Theorie. Bielefeld: Bertelsmann; 8., erw. Aufl. 2003.

Sørensen K et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). 2015. Eur J Public Health. 2015 Dec;25(6):1053-8.

Sørensen K et al. für das HLS-EU Konsortium: Health literacy and public health. A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 80:12, 2012

Stahl K, Nadj-Kittler M. Wir brauchen ein System, das aus Patientenerfahrung lernt. 2015. In: Amelung, V., et al. (Hrsg) Patientenorientierung. Schlüssel für mehr Qualität. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S. 14-19.

Stahl K et al. Patientenerfahrungen in der Krankenhausversorgung: Revalidierung eines Erhebungsinstrumentes. Zeitschrift für Medizinische Psychologie 2012 21[1]: 12-20.

Akronym: PASTA
Förderkennzeichen: 01NVF17017

Statistisches Bundesamt. Bildungsstand der Bevölkerung - Ausgabe 2019. März 2020. letzter Aufruf: 12.08.2020, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/3276/umfrage/bevoelkerung-nach-beruflichem-bildungsabschluss/>.

Vitt KD et al. Patientenbrief: Mittel zur Sicherung des Heilerfolgs. 2005. Dtsch Arztebl International 2005; 102: 3002-5.

Voigt K et al. Verbessert ein leicht verständlicher Patientenbrief nach Krankenhausaufenthalt die Gesundheitskompetenz beim Patienten?. 2019. Armut und Gesundheit, Berlin 2019.

„Was hab‘ ich?“ gemeinnützige GmbH. Ergebnisbericht zum Projekt „Mehr Gesundheitskompetenz durch Patientenbriefe“. 2019.

„Was hab‘ ich?“ gemeinnützige GmbH. Regelwerk für das Erklären medizinischer Sachverhalte in einer leicht verständlichen Sprache. 2018 (unveröffentlicht)

Weetman K et al. Improving best practice for patients receiving hospital discharge letters: a realist review. 2019. BMJ Open 2019;9:e027588.

Weetman K et al. GP perspectives on hospital discharge letters: an interview and focus group study. 2020. BJGP Open 2020; 4 (2): bjgpopen20X101031.

Zok K. Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. WIdO monitor 11.2 (2014): 1-12.

Ihr Patientenbrief

Herzzentrum Dresden GmbH Universitätsklinik • Fetscherstraße 76 • 01307 Dresden

Herrn Michael Musterpatient
Musterstraße 5
01067 Dresden

Ihr persönlicher Patientenbrief aus dem Herzzentrum Dresden

05. Juni 2019

Sehr geehrter Herr Musterpatient,

das ist Ihr persönlicher Patientenbrief. Darin können Sie alle wichtigen Informationen zu Ihrem Klinikaufenthalt vom **24. Mai 2019** bis **05. Juni 2019** im Herzzentrum Dresden nachlesen. Wir haben die Informationen in diesem Patientenbrief für Sie leicht verständlich aufbereitet. Der Brief basiert auf den im Krankenhaus erhobenen Daten. Dabei hat jede Erkrankung und jede Behandlung einen Code aus Buchstaben und Zahlen.

Wichtiger Hinweis: Manchmal haben mehrere ähnliche Erkrankungen oder Behandlungen denselben Code. Es kann daher sein, dass wir Ihre Erkrankung oder Ihre Behandlung hier nicht genau beschreiben können. Bitte beachten Sie, dass im Zweifel der ärztliche Entlassbrief verbindliche Informationen enthält.

Wir freuen uns, Ihnen mit diesem Brief individuelle Informationen zu Ihrer Gesundheit übermitteln zu können. Wir möchten, dass Sie Ihren Klinikaufenthalt bestmöglich nachvollziehen können. Nehmen Sie sich daher Zeit, den Patientenbrief zu lesen und besprechen Sie ihn gegebenenfalls mit Ihrem weiterbehandelnden Arzt. Sollten noch Fragen offen bleiben, kontaktieren Sie uns gern!

Wir wünschen Ihnen alles Gute!

Das Team des Herzzentrums Dresden

Der Inhalt Ihres Patientenbriefs

Ihre Untersuchungen	3
Ihre Diagnosen	4
Ihre Behandlung	8
Über den Patientenbrief	12

Herzzentrum Dresden GmbH Universitätsklinik
an der Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 76
01307 Dresden

Telefon: (0351) 450-0
Telefax: (0351) 450-1512

E-Mail: hzd-info@herzzentrum-dresden.com
Web: www.herzzentrum-dresden.com

Geschäftsführerin:
Prof. Dr. Bärbel Held

Aufsichtsratsvorsitzender:
Dr. Jens Schick

Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. med. habil. Axel Linke

Ihre Untersuchungen

Als Sie bei uns im Krankenhaus waren, haben wir Sie untersucht. Wir erklären Ihnen hier die speziellen Untersuchungen. Allgemeinere Untersuchungs-Verfahren wie Röntgen, Blutentnahmen oder körperliche Untersuchungen sind hier nicht beschrieben.

i Ihre Herz-Kranzgefäße wurden untersucht.

Diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Kreislauf: Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen

Das Herz wird über die Herz-Kranzgefäße mit sauerstoffreichem Blut versorgt. Die Herz-Kranzgefäße sind Blutgefäße, die außen um das Herz herum verlaufen.

Sie hatten eine Herzkatheter-Untersuchung. Ein Katheter ist ein dünner Schlauch. Dieser Schlauch wird an der Leiste oder am Arm in ein Blutgefäß eingeführt und weiter vorgeschoben. An die Spitze vom Schlauch können verschiedene Werkzeuge geschoben werden. Mit einer Herzkatheter-Untersuchung kann man feststellen, ob die Herz-Kranzgefäße verengt sind.

Um die Herz-Kranzgefäße zu untersuchen, spritzt man ein Kontrastmittel ins Blut. Mit einem Röntgen-Gerät kann man dann die Herz-Kranzgefäße auf einem Bildschirm betrachten.

i Ihr Herz wurden mit Ultraschall untersucht.

Endosonographie: Transösophageale Echokardiographie [TEE]

Bei einer Ultraschall-Untersuchung werden Ultraschallwellen von einem Ultraschallkopf in den Körper gesendet. Je nach Aufbau der Gewebe werden unterschiedlich viele Ultraschallwellen zurückgeworfen. Diese Wellen werden dann in Bilder umgewandelt, die man auf einem Bildschirm sehen kann.

Um Gewebe oder Organe mit Ultraschall genau zu untersuchen, sollte der Ultraschallkopf möglichst nah an der untersuchten Stelle sein. Man kann den Ultraschallkopf dafür mithilfe eines Schlauchs in den Körper bringen.

Um Ihr Herz zu untersuchen, wurde ein Schlauch mit einem Ultraschallkopf durch Ihren Mund eingeführt. Der Schlauch wurde dann bis in die Speiseröhre vorgeschoben. Das Herz befindet sich im Brustkorb neben der Speiseröhre.

Ihre Diagnosen

Eine Diagnose ist das Ergebnis einer Untersuchung. Im Allgemeinen wird mit einer Diagnose eine Krankheit benannt. Aber auch besondere Umstände oder bestimmte Maßnahmen können als Diagnose eingeordnet werden.

Wir erklären Ihnen die Diagnosen, die mit Ihrem aktuellen Aufenthalt im Krankenhaus zusammenhängen. Es kann sein, dass Sie weitere Erkrankungen haben.

Bitte beachten Sie außerdem, dass wir Ihre Erkrankungen in der Gegenwarts-Form beschreiben. Möglicherweise beschreiben wir Beschwerden oder Probleme, die Sie inzwischen nicht mehr haben.

i Die Blutgefäße an Ihrem Herzen sind verengt.

Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung

Das Herz wird über die Herz-Kranzgefäße mit sauerstoffreichem Blut versorgt. Die Herz-Kranzgefäße sind Blutgefäße, die um das Herz herum verlaufen.

Man unterscheidet 3 große Herz-Kranzgefäße. Von diesen großen Blutgefäßen zweigen viele kleinere Blutgefäße ab. Alle 3 großen Herz-Kranzgefäße sind bei Ihnen verengt. Der Grund dafür sind Ablagerungen in den Wänden der Blutgefäße. Durch diese Ablagerungen werden die Gefäßwände dicker und härter.

i Sie haben stark geblutet. Deshalb haben Sie zu wenig roten Blutfarbstoff im Blut.

Akute Blutungsanämie

Blut besteht aus Blut-Flüssigkeit und aus Blutzellen. Zu den Blutzellen gehören auch die roten Blutkörperchen. Sie enthalten den roten Blutfarbstoff, der dem Blut seine Farbe verleiht. Der rote Blutfarbstoff ist wichtig, um den Sauerstoff im Blut zu befördern.

Sie haben durch eine Blutung viel Blut verloren. Dadurch haben Sie zu wenig roten Blutfarbstoff im Blut. Das nennt man auch eine Blutarmut. Ihr Blut befördert deshalb zu wenig Sauerstoff. Dadurch kann man Atemnot bekommen oder man kann weniger leistungsfähig sein

i Sie sind stark übergewichtig.

Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr Adipositas Grad I (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter

Es gibt verschiedene Ursachen dafür, dass man zu viel Fett einlagert. Sie haben zu viel energiereiche Nahrung zu sich

genommen. Wenn man die Energie nicht verbraucht, die man isst, dann lagert sich die Energie als Fett ein.

Das überschüssige Fettgewebe hat zahlreichen Auswirkungen auf den Körper. Verschiedene Krankheiten werden dadurch begünstigt. So kann zum Beispiel leichter die Zucker-Krankheit entstehen und die Blutgefäße können verkalken. Durch das hohe Gewicht kann man sich weniger gut bewegen. Das Gewicht belastet außerdem die Gelenke. Wenn man übergewichtig ist, dann kann das auch Auswirkungen auf die Seele haben.

Man teilt die Ausprägung der Krankheit oder des Übergewichts in verschiedene Schweregrade ein. Eine Methode dafür ist der Body-Mass-Index. Die Abkürzung ist BMI. Mit dem Body-Mass-Index beurteilt man das Körpergewicht in Bezug auf die Körpergröße. Ob das Körpergewicht normal ist, hängt von der Körpergröße ab. Ab einem Body-Mass-Index über 25 gilt man als übergewichtig. Ihr Body-Mass-Index ist 30 bis 35.

i Bei Ihnen wurden erhöhte Fett-Werte im Blut gemessen.

Reine Hypertriglyzeridämie

Fette haben im Körper verschiedene Aufgaben. Es gibt unterschiedliche Arten von Fetten. Fette sind zum Beispiel für den Aufbau von Zellen wichtig und um bestimmte Botenstoffe herstellen zu können. Fette werden im Blut durch Fett-Transporter befördert.

Sie haben zu hohe Fettwerte oder zu viel von einem bestimmten Fett-Transporter im Blut. Dieser Fett-Transporter besteht selbst zu einem großen Teil aus Fett.

Es gibt unterschiedliche Ursachen dafür, dass man zu viel von bestimmten Fetten im Blut hat. Zum einen kann die Ernährung eine Rolle spielen. Zum anderen spielt das Erbgut eine wichtige Rolle. Es gibt zum Beispiel Familien, in denen eine erhöhte Menge von einem bestimmten Fett erblich ist.

i Bei Ihnen wurden erhöhte Harnsäure-Werte im Blut gemessen.

Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht

In einigen Nahrungsmitteln und auch in den Körper-Zellen sind sogenannte Purine enthalten. Wenn man beispielsweise viel tierische Nahrungsmittel isst oder wenn Zellen im Körper kaputt gehen, dann werden Purine umgebaut oder abgebaut. Ein großer Teil der Purine wird wieder verwertet. Nur ein kleiner Teil wird weiter zur Harnsäure abgebaut. Die Harnsäure wird dann mit dem Urin ausgeschieden.

Der Harnsäure-Gehalt im Blut kann ansteigen, wenn der Körper vermehrt Harnsäure bildet oder weniger Harnsäure ausscheidet. Der Körper bildet zum Beispiel viel Harnsäure, wenn man viel Alkohol trinkt oder viele purinreiche Lebensmittel isst.

Wenn man zu viel Harnsäure im Blut hat, dann können sich kleine Kristalle aus Harnsäure bilden. Wenn diese Kristalle sich in den Gelenken ablagern, dann können Schmerzen auftreten. Man spricht dann von Gicht. Sie haben keine Beschwerden durch den erhöhten Harnsäure-Gehalt im Blut.

i Sie haben Bluthochdruck.

Benigne essentielle Hypertonie Ohne Angabe einer hypertensiven Krise

Das Herz pumpt das Blut durch die Schlagadern in den Körper. Der Druck in den Schlagadern muss hoch genug sein, damit alle Organe genügend Blut erhalten. Andererseits kann ein zu hoher Blutdruck schädlich für das Herz, die Nieren oder andere Organe sein. Der Blutdruck steigt bei Belastung natürlicherweise an. In der Nacht sinkt der Blutdruck normalerweise ab.

Der Messwert für den Blutdruck besteht immer aus zwei Zahlen. Die erste Zahl ist der größte Druck in den Schlagadern. Er entsteht, wenn das Herz das Blut hinauspumpt. Der zweite Wert ist der niedrigste Druck in den Schlagadern. Er besteht, wenn sich das Herz gerade wieder mit Blut füllt. Ein normaler Blutdruck liegt etwa bei 120 zu 80.

Bei Bluthochdruck ist der Blutdruck in den Schlagadern dauerhaft zu hoch. Das heißt, der Blutdruck ist längere Zeit über 140 zu 90. Mithilfe von Medikamenten kann der Blutdruck gesenkt werden. Wenn man an Bluthochdruck erkrankt ist, muss man diese Medikamente in der Regel dauerhaft einnehmen.

Bei Ihnen lässt sich keine eindeutige Ursache für den Bluthochdruck finden. Übergewicht, Stress, das Alter, Rauchen und andere Einflüsse können dazu beitragen, dass ein Bluthochdruck entsteht.

Der Bluthochdruck macht am Anfang oft keine oder nur wenig spürbare Beschwerden. Wenn der Blutdruck dauerhaft erhöht ist, dann können mit der Zeit Blutgefäße und Organe geschädigt werden. Besonders das Herz und die Nieren sind davon betroffen.

i Sie hatten in der Vergangenheit einen Herzinfarkt.

Alter Myokardinfarkt: 29 Tage bis unter 4 Monate zurückliegend

Bei einem Herzinfarkt sind die Herz-Kranzgefäße deutlich zu eng oder komplett verschlossen. Dadurch wird das Herz mit zu wenig

Blut versorgt. Der Herzmuskel wird dadurch geschädigt oder stirbt ab.

Der Herzinfarkt ist weniger als 4 Monate her. Sie haben derzeit keine Beschwerden durch den alten Herzinfarkt.

i Sie hatten eine Operation am Herzen. Danach sind bei Ihnen Probleme aufgetreten.

Sonstige Funktionsstörungen nach kardiochirurgischem Eingriff

Es gibt verschiedene Gründe, warum man am Herzen operiert wird. Manchmal bekommt man zum Beispiel einen Herz-Schrittmacher eingesetzt. Es kann auch sein, dass man eine neue Herzklappe oder ein Ersatz-Blutgefäß bekommt.

Ihr Herz arbeitet nach der Operation nicht richtig.

Das Herz pumpt das Blut durch den Körper. Wenn das Herz nicht richtig arbeitet, dann kann man verschiedene Beschwerden haben. Es kann zum Beispiel sein, dass einem schwindelig wird oder man schwer Luft bekommt. Manchmal sammelt sich auch Flüssigkeit im Körper an. Dann können zum Beispiel die Beine dick werden.

i Ihre Haut juckt.

Sonstiger Pruritus

Es gibt viele Gründe, warum die Haut jucken kann. Medikamente oder andere Erkrankungen können zum Beispiel Juckreiz auslösen. Wenn die Haut zum Beispiel sehr trocken ist, dann kann sie jucken.

Wenn die Haut juckt, dann muss man sich häufig kratzen. Dadurch kann die Haut geschädigt werden. Die Haut sieht an diesen Stellen dann manchmal rot und schuppig aus. Es kann sein, dass die Haut dann noch mehr juckt.

i Sie wurden bereits einmal an den Herzkranzgefäßen behandelt.

Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefäßplastik

Bei Ihnen waren die Herzkranzgefäße wahrscheinlich verengt oder geschädigt. Sie wurden deshalb an den Herzkranzgefäßen behandelt. Man kann dabei Engstellen zum Beispiel aufweiten. Danach kann man auch Röhrchen in die Engstellen setzen. Diese Röhrchen sollen das Herzkranzgefäß offen halten. Es kann auch sein, dass bei Ihnen ein Herzkranzgefäß ersetzt wurde.

Ihre Behandlung

Sie können hier nachlesen, wie wir Sie bei uns im Krankenhaus behandelt haben.

i Sie hatten eine Bypass-Operation. Dabei wurden verengte Herz-Kranzgefäße durch Ersatz-Blutgefäße überbrückt.

Anlegen eines aortokoronaren Bypass:
Bypass zweifach mit autogenen Arterien

Das Herz wird über die Herz-Kranzgefäße mit sauerstoffreichem Blut versorgt. Die Herz-Kranzgefäße sind Blutgefäße, die außen um das Herz herum verlaufen. Wenn Herz-Kranzgefäße verengt sind, dann wird das Herz nicht mehr richtig durchblutet.

An mehreren Engstellen wurde bei Ihnen das verengte Herz-Kranzgefäß mit einem körpereigenen Blutgefäß überbrückt. So ein Ersatz-Blutgefäß nennt man auch Bypass. Dadurch soll Ihr Herz wieder besser durchblutet werden.

Als Ersatz-Blutgefäß hat man bei Ihnen eine Schlagader verwendet. Schlagadern sind Blutgefäße, die Blut vom Herzen weg befördern. Dadurch werden alle Gewebe vom Körper mit sauerstoffreichem Blut versorgt. Die Ersatz-Schlagader kann aus dem Brustkorb oder aus dem Unterarm stammen.

Bei der Bypass-Operation wurde Ihr Brustkorb eröffnet. Während einer Bypass-Operation kann eine Herz-Lungen-Maschine verwendet werden. Eine Herz-Lungen-Maschine soll während einer Operation die Funktionen vom Herzen und von der Lunge ersetzen. Mit einer Herz-Lungen-Maschine wird unter anderem das Blut mit Sauerstoff angereichert und durch den Körper gepumpt.

i Während einer Operation wurde bei Ihnen der Blutfluss in einem oder mehreren Blutgefäßen gemessen.

Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen

Den Blutfluss kann man zum Beispiel mit Ultraschall messen. Man kann unter anderem messen, wie schnell das Blut oder in welche Richtung das Blut im Blutgefäß fließt. Man kann durch die Messung beurteilen, ob das Blut gut durch das Blutgefäß hindurch fließen kann.

i Sie haben rote Blutkörperchen erhalten.

Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat:
Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE

Das Blut besteht aus einem flüssigen Anteil und den Blutzellen. Es gibt 3 verschiedene Arten von Blutzellen: rote Blutkörperchen,

weiße Blutkörperchen und Blutplättchen. Die roten Blutkörperchen sind wichtig, um den Sauerstoff im Blut zu befördern. Die weißen Blutkörperchen gehören zum Abwehrsystem des Körpers. Sie bekämpfen Erreger. Die Blutplättchen sind wichtig, damit das Blut gerinnen kann.

Blut oder Blutbestandteile erhält man in der Regel über ein Blutgefäß, zum Beispiel in der Ellenbeuge.

i Ihr Herzschlag, Ihr Blutdruck und Ihre Atmung wurden überwacht.

Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf: Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes

Das Herz pumpt das Blut durch den Körper. Das Blut fließt dabei durch Blutgefäße. Durch das Blut werden alle Bereiche vom Körper mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt. Der Herzschlag wird durch die Herzströme ausgelöst. Die Herzströme wurden bei Ihnen mit einem EKG-Gerät gemessen. Auch der Blutdruck wurde bei Ihnen regelmäßig gemessen.

Wenn man atmet, dann gelangt in der Lunge Sauerstoff in das Blut. Es wurde regelmäßig gemessen, wie Sie geatmet haben. Außerdem wurde gemessen, ob sich in Ihrem Blut ausreichend Sauerstoff befindet.

i Sie wurden auf der Intensiv-Station von speziell ausgebildetem Personal betreut und behandelt.

Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

Auf einer Intensiv-Station wird man behandelt, wenn eine engmaschige Überwachung und Betreuung notwendig sind.

Über den Patientenbrief



Was hab' ich?

Zur Erstellung Ihres Patientenbriefs arbeitet das Herzzentrum Dresden mit dem Sozialunternehmen „Was hab' ich?“ zusammen. Die „Was hab' ich?“ gemeinnützige GmbH hat zum Ziel, Arzt und Patient durch für medizinische Laien leicht verständliche Gesundheitsinformationen auf Augenhöhe zu bringen.

Der Patientenbrief ist ein individuell für Sie erstelltes und leicht verständliches Entlassdokument. Zusätzlich erhalten Sie einen fachsprachlichen Entlassbrief, der für Ihren weiterbehandelnden Arzt gedacht ist.

Was hab' ich?

**Regelwerk für das Erklären
medizinischer Sachverhalte in einer
leicht verständlichen Sprache**

Quellen

Bredel, U.; Maaß, C. (2016) Duden leichte Sprache, Theoretische Grundlagen Orientierung für die Praxis, 1. Auflage, Berlin: insbesondere: 520ff die Regeln kurz gefasst

Inclusion Europe, http://easy-to-read.eu/wp-content/uploads/2014/12/DE_Information_for_all.pdf (abgerufen am 16.09.2016)

Netzwerk Leichte Sprache: http://www.leichtesprache.org/images/Regeln_Leichte_Sprache.pdf (abgerufen am 16.09.2016)

schwer verständlich:

MRT: Knorpelriss am außenseitigen Oberschenkelknorren (lat Femurcondylus) mit Zustand nach (Abkürzung Z.n.=Zustand nach) Knorpelglättung und Herausspringen (Luxation) der Patella, also der Kniescheibe.

leicht verständlich:

Der Oberschenkelknochen wird unten am Knie breiter. Die breiten Stellen heißen Femurcondylen. Diese breiten Stellen werden von Knorpel überzogen. Der Knorpel schützt den Knochen vor Belastung. Bei Ihnen ist der Knorpel an der Außenseite eingerissen. In der Vergangenheit wurden Sie am Knie operiert. Dabei wurde der Knorpel geglättet.

Die Kniescheibe ist ein Knochen vorn am Knie. Die Kniescheibe wird durch feste Bändern in Ihrer Lage festgehalten. Bei Ihnen ist die Kniescheibe herausgesprungen.

Diese Veränderungen wurden auf den MRT-Bildern gesehen.

Grammatik

Die Grammatik umfasst viele Regeln zum Satzaufbau und zu den einzelnen Formen der Wörter. Generell gilt, dass wir eine leicht verständliche Sprache nutzen wollen. Diese leicht verständliche Sprache ist gekennzeichnet durch einen einfachen Satzaufbau und durch das Nutzen leicht verständlicher Wortformen. Kurz gefasst kann man folgende Regel formulieren: Schreibe kurze Hauptsätze mit einem einfachen Satzgefüge und einfachen Wortformen.

Satzlänge

Die Regeln für die Satzlänge und für die Wortwahl sind wohl die wichtigsten Regeln beim Übersetzen in eine leicht verständliche Sprache.

Jeder Punkt am Ende des Satzes lädt zum Innehalten und Nachdenken ein. Durch einen Punkt kann der Nutzer den gelesenen Satz verarbeiten. Je länger der Satz ist und je mehr Informationen er enthält, desto länger braucht der Nutzer für die Verarbeitung des Satzes. Ein leichter Satz hat maximal 8 Wörter. Ein Satz mit 15 Wörtern gilt als verständlich. Es gibt 3 Regeln, die man beim Schreiben nutzen kann:

- eine Information pro Satz
- maximal 15 Wörter pro Satz
- maximal ein Komma

Langer Satz mit vielen Informationen:

Die Ärzte haben einen Riss im hinteren Teil von der Knorpelscheibe an der Außenseite vom Knie gesehen

Lösungsvariante:

Sie haben einen Riss in einer Knorpelscheibe im Knie. Der Riss ist in der Knorpelscheibe außen am Knie. Die Knorpelscheibe hat verschiedene Anteile. Der Riss ist im hinteren Teil der Knorpelscheibe.

Die Regel zur Satzlänge:

→ **Schreibe kurze Sätze.**

QUELLE:

- [Inclusion Europe: 2.19., S17 und 1.14., S11](#)
- [Netzwerk leichte Sprache: Abschnitt 3, S.17](#)
- [Duden leichte Sprache: S.383f Kapitel 10.1.](#)

Satzgefüge (Hauptsatz und Nebensatz)

Das Satzgefüge beeinflusst das Verständnis maßgeblich. Es reicht nicht aus, die Fachwörter aus dem Befund zu übersetzen und das Satzgefüge zu belassen. Denn oftmals ist die Kombination aus Satzgefüge und Fachwörtern das, was einen Text schwierig macht.

Generell sind Hauptsätze leichter zu verstehen. Allerdings kann nicht jeder Nebensatz vermieden werden.

Im Deutschen gibt es zahlreiche Arten von Nebensätzen. Es gibt Nebensätze, die für das Verständnis wichtig und hilfreich sind. Das sind Nebensätze, die zum Beispiel mit "weil" oder "wenn" beginnen. Relativnebensätze können meist als eigener Hauptsatz geschrieben werden.

Es macht einen Unterschied, ob der Nebensatz innerhalb des Hauptsatzes steht oder dahinter oder davor. Ein Nebensatz innerhalb des Hauptsatzes

stört den Lesefluss und kann das Verständnis beeinträchtigen.

Auch das Verschachteln von mehreren Nebensätzen erhöht die Schwierigkeit eines Satzes.

Satzgefüge mit eingeschobenen Relativnebensatz:
Die Leber, die oben im Bauch liegt, ist bei Ihnen nicht zu groß.

Lösung:
*Die Leber liegt oben im Bauch.
Ihre Leber ist nicht zu groß.*

„guter“ Nebensatz:
Wenn die Blutgefäße am Herzen verengt sind, dann kann das Herz nicht mehr richtig durchblutet werden.

Die Regeln zum Satzgefüge:

- **Schreibe Hauptsätze.**
- **Nutze Nebensätze nur, wenn sie für das Verständnis wichtig sind.**
- **Wenn ein Nebensatz notwendig ist, dann nutze maximal nur einen Nebensatz und verwende eine klare Hauptsatz-Nebensatz-Struktur.**

QUELLE:

- [Duden leichte Sprache: S.383f Kapitel 10.1.](#)
- [Netzwerk leichte Sprache: Abschnitt 3, S.18](#)

Wortstellung (Syntax)

Die einfachste Wortstellung in einem Satz ist: Subjekt – Prädikat – Objekt. Diese Satzstruktur ist zu bevorzugen. Dadurch ist der Text sehr einfach zu lesen und eindeutig zu verstehen.

+ Beispiel für eine einfache Satzstellung:
Die Bandscheiben liegen zwischen den Wirbeln.

Die Regel zur Wortstellung:

→ **Nutze eine einfache Wortstellung.**

QUELLE:

- [Duden leichte Sprache: S.415ff Kapitel 10.3](#)
- [Netzwerk leichte Sprache: Abschnitt 3, S.17](#)

Auslassungen (Ellipsen und Satzäquivalente)

Bei Ellipsen und Satzäquivalenten werden Wörter im Satz ausgelassen. Beispiel: „Schon wieder Regen.“ Diese Sätze werden schlechter verstanden als vollständige Sätze.

Mit Auslassung:
Zustand nach einer Operation an der Wirbelsäule.

Ohne Auslassung:
Sie wurden an der Wirbelsäule operiert.

Die Regel für Auslassungen:

→ **Schreibe ganze, vollständige Sätze.**

Bezugswörter (Pronomen)

Ein Pronom (Bezugswort) greift das Subjekt oder Objekt aus dem vorangegangenen Satz auf. Nutze Bezugswörter nur, wenn sie eindeutig sind oder wiederhole das Subjekt oder Objekt.

Uneindeutiger Bezug:
Hans war beim Arzt. Er fand das nicht notwendig.

Lösung:
Hans war beim Arzt. Der Arzt fand das nicht notwendig.

Eindeutiger Bezug:
Der Unterschenkel besteht aus

zwei Knochen. Diese heißen Schienbein und Wadenbein.

Noch besser:

Der Unterschenkel besteht aus zwei Knochen. Diese Knochen heißen Schienbein und Wadenbein.

Die Regel für Pronomen:

→ **Nutze Bezugswörter nur, wenn sie eindeutig sind oder wiederhole das Subjekt oder Objekt.**

QUELLE:

- Duden leichte Sprache S.510 Kapitel 12.4.3.2 und
- Duden leichte Sprache S. 369 Kapitel 9.2.2.3
- Inclusion Europe: 2.12 ,S.15

Die Zeitform des Verbs

Das Perfekt und das Präsens werden am leichtesten verstanden. Das Perfekt hat den Nachteil, dass das Verb oft zweigeteilt ist. Wenn der Teil zwischen den Verbteilen sehr lang ist, kann das das Verständnis erschweren.

Beispiel:

Die Bandscheibe hat den Nerv, der vom Rückenmark abzweigt und in den Körper verläuft und wichtig für die Muskelbewegungen ist, nicht eingeengt.

Besser:

Die Bandscheibe hat den Rückenmarks-Nerv nicht eingeengt. Der Rückenmarks-Nerv verläuft vom Rückenmark in den Körper. Er ist zum Beispiel für die Muskelbewegungen wichtig.

Die Ausnahme bildet zum Beispiel das Hilfsverb „haben“. Hier kann auf das Präteritum „hatten“ zurückgegriffen werden.

Bei der Übersetzung von zum Beispiel Röntgen-Befunden bietet sich meistens das Präsens an. „Sie haben einen geschädigten Knorpel im Knie.“ Bei Entlassbriefen liegt das Geschehen eher in der Vergangenheit. „Sie haben Medikamente gegen Bakterien bekommen.“

Achte darauf, ob zum Beispiel die Erkrankung oder das Symptom im Befund weiterhin besteht oder vergangen ist.

„Sie haben einen Bluthochdruck“ aber: „Ihre Lunge hat sich entzündet. Ihnen war übel.“

Die Regel für die Zeitform:

→ **Nutze das Präsens und das Perfekt.**

QUELLE:

- Duden leichte Sprache: Kapitel 8.1.2.3, S.323

Die Verbformen Indikativ und Konjunktiv

Die Medizin arbeitet viel mit Wahrscheinlichkeiten. Dazu nutzt man häufig den Konjunktiv („mögliche wäre eine Parkinsonkrankheit DD Gangstörung multifaktorieller Genese“). Der Konjunktiv teilt die Welt in real und gedacht oder möglich. Der Konjunktiv wird jedoch schwer verstanden. Man kann die Aussage nicht sofort als „wahr“ oder „falsch“ bewerten. Stattdessen können wir schreiben:

→ Eine mögliche Ursache ist:...

→ Das kann durch ... passieren.

→ Oft, selten, manchmal ... (hier auf fachliche Richtigkeit achten!)

→ Es kann sein, dass ...

Die Regel für den Konjunktiv:

→ **Vermeide den Konjunktiv.**

QUELLE:

- [Netzwerk leichte Sprache: Abschnitt 1, S.9](#)
- [Duden leichte Sprache: Kapitel 8.1.2.2, S.317](#)

Substantivierung

Substantivierte Verben sind schwer verständlich. Substantivierungen beschreiben oftmals abstrakte Begriffe, die schwer verstanden werden. Man erkennt die abstrakten Begriffe meist an der Endung -ung, -keit oder -heit. Wenn möglich, löse die Substantivierung durch einen Nebensatz auf. Ein Nebensatz ist leichter zu verstehen als eine Substantivierung. Oft kann man die Substantivierung aber aktiv umgehen.

Mit Substantivierung:

Ein Ödem entsteht durch eine Flüssigkeits-Ansammlung.

Aufgelöst mit Nebensatz:

Ein Ödem entsteht dadurch, dass sich Flüssigkeit im Gewebe ansammelt.

Noch besser ohne Nebensatz:

Bei einem Ödem sammelt sich Flüssigkeit im Gewebe an.

Die Regel zu substantivierten Verben:

→ **Vermeide Substantivierungen.**

QUELLE:

- [Netzwerk leichte Sprache: Abschnitt 1, S.8](#)
- [Duden leichte Sprache: Kapitel 8.1.1.2, S.307](#)

Aktive Verben, indirekte Rede und Erzählperspektive

Am leichtesten verständlich ist eine aktive Erzählperspektive. Wenn du beschreibst, was Muskeln, Nerven oder Organe für eine Funktion haben, dann verwende Verben im Aktiv. Der Muskel, der Nerv oder das Organ werden zur handelnden „Person“.

Passiv:

Der Arm wird durch den Muskel nach vorn bewegt.

Aktiv:

Der Muskel bewegt den Arm nach vorn.

In der Anamnese und im Verlauf werden die „Geschichten“ der Patienten erzählt. Nutze hier eine einfache Nacherzählung. Der Patient rückt dabei in den Mittelpunkt des Geschehens.

Indirekte Rede:

Der Arzt hat aufgeschrieben, dass Ihnen übel war.

Zwar aktiv aus der Sicht des Nutzers, aber mit Nebensatz:

Sie haben gesagt, dass Ihnen übel war.

Am einfachsten verständlich:

Ihnen war übel.

Auch Untersuchungsergebnisse können so aktiv wieder gegeben werden.

Indirekte Rede:

Es wurde festgestellt, dass Ihr Herz das Blut nicht richtig pumpen kann.

Aktives Erzählen:

Ihr Herz kann das Blut nicht richtig pumpen.

Die Regel zur Erzählperspektive:

→ **Gib den Befund aktiv wieder.**

QUELLE:

- [Inclusion Europe: Regelnummer 1.17, S.11](#)
- [Netzwerk leichte Sprache: Abschnitt 1, S.8](#)
- [Duden leichte Sprache: Kapitel 8.1.2.1, S.313ff](#)

Lexik/Wortwahl

Die Wortwahl kann das Verständnis wesentlich beeinflussen. Dazu zählt nicht nur, dass man Fachwörter weglässt. Erkläre Fachausdrücke und Fremdwörter. Nutze Wörter aus dem allgemeinen Sprachgebrauch und nutze immer die gleichen Wörter für die gleiche Sache.

Einfache Wortwahl

Der Wortschatz ist durch viele Einflüsse geprägt. Es gibt sowohl regionale als auch soziale und situationsgebundene Unterschiede. In der Klinik nutzen wir einen anderen Wortschatz als zuhause. Einfache Wörter sind zum Beispiel dadurch gekennzeichnet, dass sie

- oft im Alltag benutzt werden,
- neutral sind,
- nicht viele mögliche Nebenbedeutungen haben und
- leicht zu schreiben und leicht zu sprechen sind.

Nicht alle Kriterien müssen erfüllt sein. Je mehr Kriterien erfüllt sind, desto eher eignet sich der Begriff für die leichte Sprache.

Nutze das Wort, welches du am ehesten selbst benutzt, wenn du außerhalb der Medizin unterwegs bist. Welche Wörter nutzt du für die Körperteile und für die Tätigkeiten?

- ungewöhnlich: Gliedmaße
- gehoben: Extremität
- Wort für einfache Sprache: Arm und Bein

Unter [duden.de](https://www.duden.de) kannst du nachschlagen, wie häufig ein Wort genutzt wird. Gleichzeitig werden dir auch Synonyme, Gebrauch und weitere Bedeutungen aufgezeigt.

Die Regel zur einfachen Wortwahl:

- **Verwende einfache, neutrale, kurze deutsche Wörter aus dem Alltagsgebrauch.**

QUELLE:

- [Inclusion Europe: 1.6., S.10](#)
- [Netzwerk leichte Sprache: Abschnitt 1, S.4](#)
- [Duden leichte Sprache: Kapitel 9.2.1, S.345 \(Prototypentheorie\), S.347 Kriterien für einfache Wörter](#)

Fremdwörter und Fachausdrücke

Manchmal ist ein Wort sehr präzise, aber ein Fremdwort. Verwende das Wort in deinen Erklärungen, aber erkläre es mindestens einmal im Text.

Krankheiten

Beispiel „Krebs“: Den meisten Menschen ist der Begriff selbst geläufig. Sie wissen aber nicht, was dahinter steckt. Erkläre was hinter dieser Erkrankung steht. Aber verwende in deiner Erklärung das Wort Krebs. Wenn du die verschiedenen Synonyme für Krebs, wie Geschwulsterkrankung, Tumor oder bösartige Neubildung nimmst, ist das zwar eine "deutsches" Wort, aber viele Menschen können mit diesem Wort nichts anfangen.

Das kann zum Beispiel folgende Wörter betreffen:

- Vorhofflimmern, Herzinfarkt, Schlaganfall
- Anatomische Strukturen (Muskeln, Arterien, Bänder)

Der Oberschenkelknorren, das Brustfell, der Obergrätenmuskel sind deutsche Wörter, doch alleine reichen sie nicht aus, um den Begriff zu erklären. Nutze lieber das Aussehen, den Ort oder die Funktion der Struktur.

Beispiel:

*Der Quadrizeps-Muskel ist ein großer Muskel vorn am Oberschenkel.
Der Muskel streckt das Knie.*

Medizinerjargon

In vielen Befunden werden deutsche Wörter von den Medizinern genutzt, die nicht dem Alltagsgebrauch entsprechen. Solche Wörter und Phrasen sind zum Beispiel:

Jargon:

*es zeigte sich
zur Darstellung kommen
etwas ist abgrenzbar*

Lösung:

*Sie haben ...
Auf den Bildern sieht man, dass ...
Man kann etwas gut von der
Umgebung unterscheiden.*

Die Regeln zu den Fremdwörtern und Fachausdrücken:

- **Erkläre Fremdwörter und Fachausdrücke. Vermeide Medizinerjargon.**

QUELLE:

- [Inclusion Europe: 1.7., S.10](#)
- [Netzwerk leichte Sprache: Abschnitt 1, S.5](#)
- [Duden leichte Sprache: Kapitel 9.2.1.2, S.350](#)

Synonyme

Für einige Fachbegriffe gibt es mehrere Übersetzungen. Lege dich in deiner Übersetzung auf ein Wort fest. Bei der Verwendung von mehreren Synonymen wird das Verständnis erschwert. Der Leser

muss sich dessen bewusst machen, dass mit den verschiedenen Ausdrücken die gleiche Sache oder der gleiche Sachverhalt bezeichnet wird. Es ist in solch einem Fall möglich, dass der Leser ein Synonym nicht kennt oder es nicht als solches erkennt. Nimm das Wort, was am bekanntesten ist, und nutze es für die gesamte Übersetzung

Beispiel:

- Tablette, Pille, Medikament
- Ader, Vene, Schlagader, Arterie, Blutgefäß
- Knochenspanne, Knochenanbau, Knochenvorsprung

Die Regel für Synonyme:

- **Verwende nur ein eindeutiges Wort für ein Fachwort im gesamten Text.**

QUELLE:

- [Inclusion Europe: 1.9., S.10](#)
- [Netzwerk leichte Sprache: Abschnitt 1, S.5](#)
- [Duden leichte Sprache: Kapitel 9.2.2.3, S.370f](#)

Vereinfachungen

Eine bildliche Sprache kann das Verständnis erleichtern. Dabei muss man jedoch darauf achten, welche Bilder man nutzt. Verwende Vergleiche aus dem Alltag, wie zum Beispiel „die Bronchien teilen sich auf, wie die Äste eines Baumes“.

Vereinfache die Sachverhalte. Ein MRT muss zum Beispiel nicht technisch erklärt werden. Die Technik einer MRT Untersuchung ist kompliziert und selbst einfach erklärt gehört schon einiges zum Verständnis dazu. Welche Information könnte aus Nutzersicht interessant sein? Oftmals sind das Informationen zum Untersuchungsablauf, zum Ergebnis oder zum Nutzen.

Beispiel MRT:

Bei der MRT haben Sie in einer Röhre

gelegen. Dabei sind laute Geräusche entstanden. Bei der Untersuchung entstehen scheibenförmige Bilder vom Körper-Inneren. Es kommt keine Röntgen-Strahlung zum Einsatz.

QUELLE:

- [Inclusion Europe: Regelnummer, S.](#)
- [Netzwerk leichte Sprache: Abschnitt 1, S.10](#)
- [Duden leichte Sprache: Kapitel 11.3.3.2, S.460ff](#)

Die Regel für Vereinfachungen:

- **Nutze allgemein bekannte Vergleiche und vereinfache die Sachverhalte.**

QUELLE:

- [Inclusion Europe: Regelnummer 1.8., S.10](#)

Verwendung von Negationen

Verneinungen werden schlechter verstanden als positive Formulierungen. Man kann jedoch nicht alles in einer positiven Sprache ausdrücken. Verneinungen sind deshalb manchmal notwendig. Dabei darf der Befund jedoch nicht beschönigt werden.

Der Unterschied zwischen „kein“ und „ein“ ist sehr gering. Besser ist hier das Wort „nicht“.

Verneinungsform:

Sie haben nicht weniger rote Blutzellen als normalerweise.

Positive Sprache:

Sie haben normal viele rote Blutzellen.

Jedoch gibt es nicht immer eine direkte positive Formulierung. Beispiel: „Lunge unauffällig“ heißt nicht immer, dass die Lunge normal ist.

Lösung:

Der Arzt konnte in Ihrer Lunge nichts Auffälliges sehen.

Die Regel zur Verneinung:

- **Nutze eine positive Sprache und vermeide Verneinungen.**

Textstruktur

Die äußere Textstruktur kann das Verständnis erheblich verbessern. Es hat großen Einfluss auf das Verständnis, ob ein Text als Textblock oder als Text mit Absätzen geschrieben wird. Ein Textblock wirkt schnell überladen und man gibt als Leser schneller auf.

Wir gliedern die Übersetzung durch die Übernahme vom Originaltext. Die Gliederung der Übersetzung macht es dem Leser einfacher zu folgen. Er findet Absätze schneller wieder, wenn er sie später nochmal lesen möchte.

Die äußere Textstruktur

Die äußere Textstruktur befasst sich mit der Textgliederung und mit der Formatierung.

Die Textgliederung – der erste Blick

Nutze Überschriften um den Text zu gliedern. Für Einleitungen kannst du Zwischenüberschriften nutzen („Das MRT“, „Das Knie“, „Die Arthrose“). Die Überschriften aus dem Befund kannst du im Übersetzungsteil ebenfalls aufgreifen („Technik“, „Befund“ und „Beurteilung“ oder „Anamnese“, „EKG“, „Epikrise“)

Trenne größerer Blöcke vom Originaltext in Sinnabschnitte auf.

Viele Absätze laden zum Nachdenken ein und schließen ein Thema ab. Überschriften gliedern den Text und machen eine Textpassage leichter auffindbar.

Die Regel zur Textgliederung:

→ **Nutze eine übersichtliche Textgliederung .**

QUELLE:

- [Inclusion Europe: Regelnummer 1.19., S.11](#)
- [Netzwerk leichte Sprache: Abschnitt 4, S.20](#)
- [Duden leichte Sprache: Kapitel 7.3.2.2, S.268](#)

Formatierung

Der Befund sollte nicht zu überladen und zu bunt sein. Warum markiert man diese oder jene Stelle? Wenn etwas markiert ist, dann setzt man an dieser Stelle einen Akzent oder betont die besondere Relevanz. Das kann sich auf den Inhalt und auf das Verständnis von dem Befund auswirken. Es gibt keine perfekte Regel für die Formatierung. Wichtig ist eine gute Lesbarkeit.

Die Formatierung ist außerdem wichtig, um den Originaltext äußerlich deutlich von der Übersetzung zu trennen.

Die Regel zur Formatierung:

→ **Nutze eine übersichtliche Formatierung.**

Die innere Textstruktur

Die innere Textstruktur befasst sich mit dem Inhalt der Übersetzung.

Position der Information

Erkläre Sachverhalte dort, wo der Nutzer sie braucht. Vermeide sehr lange, ausführliche Einleitungen, da weiterführende Informationen am Anfang und Erklärungen in der Übersetzung zu weit voneinander entfernt stehen. In den einzelnen Abschnitten der Übersetzung sind kurze Wieder-

holungen hilfreich für das Verständnis.

Bei sehr kurzen Befunden zu einem Thema ist eine Einleitung durchaus sinnvoll. Zum Beispiel bei einem kurzen MRT Befund zum Knie.

Wenn weiterführende Informationen, die nicht unmittelbar für das Verständnis notwendig sind, aufgeschrieben werden, dann kennzeichne diese Informationen auf besondere Art. Nutze dafür zum Beispiel Einrückungen.

Kurz gefasst:

→ **Erkläre Sachverhalte dort, wo der Nutzer sie braucht.**

QUELLE:

- [Inclusion Europe: Regelnummer 2.13, S.16](#)
- [Duden leichte Sprache: Kapitel 7.3.2.3, S.269](#)

Textverweise

Textverweise können das Verständnis erschweren und den Lesefluss stören.

Generell gilt: Textverweise, bei denen man nur die Augen bewegt werden müssen, sind leichter verständlicher als Textverweise, bei denen man scrolle oder blättern muss.

Ein „ungünstiger“ Textverweis ist zum Beispiel „siehe oben“. Aber auch „siehe Abbildung 4“ kann den Nutzer ablenken. Vor allem dann, wenn auf eine Abbildung oder ein Absatz verwiesen wird, der auf einer ganz anderen Seite ist.

Nutze Wiederholungen statt Textverweise. Dabei musst du nicht ganze Textabschnitte wiederholen. Du kannst kurze Wiederholungen schreiben.

Du kannst auch gleiche Abbildungen mehrmals einfügen und nur in der Legende dem Text anpassen.

Beispiele für ungeeignete Textverweise:

Siehe oben.

Siehe Abbildung 4.

Wie ich bereits oben erläutert habe,

Kurz gefasst:

→ **Nutze Wiederholungen statt Textverweise.**

QUELLE:

- [Inclusion Europe: Regelnummer 1.20, S.11](#)
- [Netzwerk leichte Sprache: Abschnitt 4, S.20](#)
- [Duden leichte Sprache: Kapitel 12.4.3.2, S.511](#)

Abbildungen

Abbildungen erleichtern das Verständnis für schwierige Sachverhalte. Jedoch ist der Text immer wichtiger als eine Abbildung. Die Abbildung soll nur ergänzend wirken, denn eine Abbildung kann man nicht vorlesen. Stell dir vor ein Enkel liest der Oma die Übersetzung vor. Wie soll er eine Abbildung erklären, die für das Verständnis aber notwendig ist?

Feedback eines Nutzers:

„Besonders die Bilder helfen, es zu verstehen. Kleiner Hinweis für die Bilder (in meinem Fall das Kniegelenk): Es steht nicht im Bild, ob es das linke oder rechte Knie ist. Da muss man erst mal ein bißchen ‚knobeln‘ wegen innen und außen.“

Die Funktion der Abbildung: Was will ich mit dem Bild bezwecken?

Wir können Abbildungen benutzen, um abstrakte anatomische Begriffe zu visualisieren. Manchmal kann die gleiche Abbildung mehrmals in einer Übersetzung genutzt werden, um den Fokus auf diesen oder jenen Aspekt zu lenken. Das Bild soll nicht als Erklärungsersatz dienen. Der Text soll möglichst auch ohne Abbildung zu verstehen sein.

QUELLE

- [Duden leichte Sprache Kapitel 7.4.3. S271 ff](#)

Auswahl der Abbildung: Welche Abbildung nutze ich?

Bei der Wahl der Abbildung kann man sich folgende Fragen stellen und beantworten:

- Passt das Bild zum Text? Enthält die Abbildung oder die Beschriftung noch mehr Informationen als der Text?
- Ist die anatomische Struktur oder der Bereich, den ich zeigen möchte, auf dem Bild gut zu erkennen?

- Sind die Strukturen alle scharf abgebildet?
- Welche Perspektive wird genutzt? Ist diese Perspektive gut verständlich?
- Ist die Abbildung übersichtlich?

Die Legende: Wie beschrifte ich eine Abbildung sinnvoll?

Die Legende sollte nicht mehr Informationen/Namen enthalten als dein Text. Beschrifte nicht zu viel, das kann den Nutzer überfordern. Beschrifte mit Begriffen, die du in der Übersetzung verwendest. Am besten nutzt du dabei deutsche Begriffe.

Die Legende sollte nur deutsche Wörter enthalten. Wenn Fremdwörter in der Legende genutzt werden, dann sollten Sie nur in Klammern stehen.

Beschreibe die Perspektive der Abbildung kurz vor der Abbildung. Gib auch die Seite der Extremität oder des paarigen Organs an.

Zum Beispiel:

Sie schauen von der Außenseite auf einen linken Fuß.

Stelle der Abbildung: Wo erscheint die Abbildung im Text?

Die Abbildung sollte so nah wie möglich an der Stelle stehen, wo sie gebraucht wird. Das heißt: unter oder über dem gerade erklärten Textabschnitt, in dem die Abbildung benutzt wird.

QUELLE:

- [Inclusion Europe: Regelnummer 2.35/36/38/39, S.21f](#)
- [Netzwerk leichte Sprache: Abschnitt 5, S.33](#)
- [Duden leichte Sprache: Kapitel 7.4, S.270ff](#)

Kurz gefasst die Regeln zu den Abbildungen:

- **Benutze Bilder.**
- **Das Bild muss zum Text passen.**
- **Verwende die gleiche Abbildung für den gleichen Sachverhalt.**
- **Auf dem Bild darf nicht zu viel zu sehen sein.**
- **Beschrifte das Bild mit deutschen Wörtern, die du auch in der Übersetzung verwendest.**
- **Erläutere, was man auf der Abbildung sieht und aus welcher Richtung man auf die Abbildung schaut.**

Was hab' ich?

*Damit Arzt und Patient
sich auf Augenhöhe begegnen.*

„Was hab' ich?“ gemeinnützige GmbH
Theaterstraße 4
01067 Dresden

kontakt@washabich.de
washabich.de

Allgemeine Fragen

ID:

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:

- Männlich
- Weiblich
- Divers

Bitte geben Sie Ihr Alter an:

Sind Sie oder Ihre Eltern in einem anderen Land als Deutschland/ früheres deutsches Gebiet geboren?

- Ja
- Nein

Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie?

- Keinen Schulabschluss
- Grund-/Hauptschule
- Realschule, POS: mittlere Reife
- Gymnasium, EOS: Abitur
- Abgeschlossene Berufsausbildung
- Fachhochschulabschluss
- Hochschule: Bachelor, Master, Diplom, Magister
- Promotion

Arbeiten Sie in einem Gesundheitsberuf?

- Ja
- Nein

Wie oft waren Sie in den letzten Jahren mind. eine Übernachtung in einem Krankenhaus? Der aktuelle Aufenthalt im Herzzentrum Dresden zählt dabei mit.

Wie würden Sie ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

- Sehr gut
- Gut
- Mittelmäßig
- Schlecht
- Sehr schlecht

Haben Sie eine lang andauernde Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem? Mit "lang andauernd" sind Probleme gemeint, die bereits 6 Monate oder länger andauern oder andauern könnten.

- Ja
- Nein

Fragen zum Krankenhaus-Aufenthalt im Herzzentrum

Bitte geben Sie die Antwort, die am ehesten zutrifft.

Waren Sie direkt nach dem Aufenthalt im Herzzentrum in einer Reha-Einrichtung zur Anschluss-Heil-Behandlung?

- Ja
 Nein

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren Krankenhaus-Aufenthalt im Herzzentrum Dresden

Ich weiß, warum ich im Krankenhaus war.

- Trifft voll und ganz zu
 Trifft eher zu
 Trifft eher nicht zu
 Trifft überhaupt nicht zu

Ich weiß, welche Untersuchungen und Behandlungen mit mir im Krankenhaus durchgeführt wurden.

- Trifft voll und ganz zu
 Trifft eher zu
 Trifft eher nicht zu
 Trifft überhaupt nicht zu

Wurde bei der Entlassung im Krankenhaus ein ärztliches Entlassungs-Gespräch mit Ihnen geführt?

- Ja, es gab ein ausführliches Gespräch
 Ja, es gab ein kurzes Gespräch
 Nein, es hat kein Gespräch stattgefunden
 Weiß nicht

Wenn ein Entlassungs-Gespräch mit Ihnen geführt wurde: Wie verständlich waren die Informationen in diesem Gespräch für Sie?

- Sehr leicht verständlich
 Leicht verständlich
 Schwer verständlich
 Sehr schwer verständlich
 Weiß nicht

Wenn ein Entlassungs-Gespräch mit Ihnen geführt wurde: Hatten Sie nach dem Gespräch noch unbeantwortete Fragen?

- Ja
 Nein
 Weiß nicht

Hatten Sie während Ihres Krankenhaus-Aufenthalts Vertrauen Ihre behandelnden Ärzte?

- Ja, immer
 Ja, manchmal
 Nein

Fühlten Sie sich ausreichend in Entscheidungsprozesse über Ihre Behandlung einbezogen?

- Ja, so wie ich wollte
 Einigermaßen
 Nein
 Wollte ich nicht

Wurden Ihnen die Ergebnisse von Untersuchungen verständlich erklärt?

- Ja, voll und ganz
 Einigermaßen
 Nein
 Ich brauchte keine Erklärung
 Weiß nicht

Beim zurückliegenden Krankenhaus-Aufenthalt denke ich an ...

... Geborgenheit

- Trifft voll und ganz zu
 Trifft eher zu
 Trifft eher nicht zu
 Trifft überhaupt nicht zu

... Angst

- Trifft voll und ganz zu
 Trifft eher zu
 Trifft eher nicht zu
 Trifft überhaupt nicht zu

... respektvollen Umgang

- Trifft voll und ganz zu
 Trifft eher zu
 Trifft eher nicht zu
 Trifft überhaupt nicht zu

... ausgeliefert sein

- Trifft voll und ganz zu
 Trifft eher zu
 Trifft eher nicht zu
 Trifft überhaupt nicht zu

Wurde Ihnen/Ihrer Familie verständlich erklärt, ob nach der Entlassung weitere Untersuchungen/Behandlungen nötig sind?

- Ja
- Ja, unzureichend
- Nein
- War nicht nötig
- Weiß nicht

Wurde Ihnen verständlich erklärt, wie Sie die Medikamente einzunehmen haben (Zeitpunkt, Häufigkeit, Dosis, Abhängigkeit von Mahlzeiten)?

- Ja, voll und ganz
- Einigermaßen
- Nein
- Ich brauche keine Erklärung
- Ich musste keine Medikamente einnehmen

Hat sich die Hauptbeschwerde, die zu Ihrem Krankenhaus-Aufenthalt geführt hat, gebessert?

- Ja, gebessert
- Nein, gleich geblieben
- Nein, sogar verschlechtert
- Habe diese Beschwerde nicht mehr
- Noch nicht beurteilbar

Traten nach Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus Komplikationen auf?

- Nein
- Ja, aber keine ärztliche Behandlung nötig
- Ja, Behandlung beim Haus-/ Facharzt nötig
- Ja, Wiedereinweisung ins Krankenhaus nötig

Wie beurteilen Sie den Erfolg der medizinischen Behandlung?

- Ausgezeichnet
- Sehr gut
- Gut
- Mittelmäßig
- Schlecht
- Noch offen/nicht absehbar

Wurde Ihnen verständlich erklärt, welchen Zweck die Medikamente haben, die Sie zu Hause einnehmen sollen?

- Ja, voll und ganz
- Einigermaßen
- Nein
- Ich brauche keine Erklärung
- Ich müsse keine Medikamente einnehmen
- Weiß nicht

Fühlten Sie sich bei der Entlassung insgesamt gut durch das Krankenhaus unterstützt? (z.B. durch Taxiruf oder Nachsorgeplan)

- Ja, voll und ganz
- Einigermaßen
- Nein
- Ich brauche keine Unterstützung

Wie beurteilen Sie insgesamt die Behandlung und Betreuung, die Sie erhalten haben?

- Ausgezeichnet
- Sehr gut
- Gut
- Mittelmäßig
- Schlecht

Hatten Sie das Gefühl, während Ihres Krankenhaus-Aufenthalts mit Aufmerksamkeit und Rücksicht behandelt zu werden?

- Ja, immer
- Manchmal
- Nein

Würden Sie dieses Krankenhaus bei Bedarf Ihrer Familie oder Ihren Freunden weiterempfehlen?

- Ja, ganz sicher
- Ja, wahrscheinlich
- Nein

Verhaltensweisen und Aktivitäten rund ums Thema Gesundheit

Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach ...	sehr einfach	ziemlich einfach	ziemlich schwierig	sehr schwierig
... Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschiedenen Medikamente zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Hilfe von Informationen die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Informationen über Unterstützungs-Möglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Gesundheits-Warnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu verstehen, warum Sie Vorsorge-Untersuchungen brauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für psychisches Wohlbefinden sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Gesundheits-Ratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit ihrer Gesundheit zusammenhängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zu Ihrem Gesundheitsverhalten

Ich achte sehr auf meine Gesundheit.

- Trifft voll und ganz zu
- Trifft eher zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft überhaupt nicht zu

Ich weiß, welche Erkrankungen ich habe.

- Trifft voll und ganz zu
- Trifft eher zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft überhaupt nicht zu

Medikamenten gegenüber bin ich skeptisch.

- Trifft voll und ganz zu
- Trifft eher zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft überhaupt nicht zu

Ich weiß, was meine Medikamente bewirken.

- Trifft voll und ganz zu
- Trifft eher zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft überhaupt nicht zu
- Ich nehme keine Medikamente ein

Ich weiß, wie ich meine Medikamente einnehmen muss.

- Trifft voll und ganz zu
- Trifft eher zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft überhaupt nicht zu
- Ich nehme keine Medikamente ein

Ich weiß genau, was ich tun muss, falls bei meinen Medikamenten Nebenwirkungen auftreten.

- Trifft voll und ganz zu
- Trifft eher zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft überhaupt nicht zu
- Ich nehme keine Medikamente ein

Erfahrungen mit dem Patientenbrief

Vor kurzem haben Sie per Post zusätzlich zum Arztbrief einen Patientenbrief erhalten. Die folgenden Fragen beziehen sich auf diesen Patientenbrief.

Haben Sie den Patientenbrief gelesen?

- Ja, ausführlich gelesen
- Ja, kurz überflogen
- Nein

Hat - außer Ihnen - jemand den Patientenbrief gelesen?

- Nein, niemand
- Ja, eine weitere Person
- Ja, zwei weitere Personen
- Ja, drei oder mehr weitere Personen
- Weiß nicht

Wenn ja: Haben Sie mit einer oder mehrerer dieser Personen über den Patientenbrief gesprochen?

- Ja
- Nein

Der Patientenbrief war ...

... hilfreich

- Trifft voll und ganz zu
- Trifft eher zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft überhaupt nicht zu

... verständlich

- Trifft voll und ganz zu
- Trifft eher zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft überhaupt nicht zu

... informativ

- Trifft voll und ganz zu
- Trifft eher zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft überhaupt nicht zu

Der Patientenbrief hat meine Erwartungen ...

- Übertroffen
- Getroffen
- Teilweise getroffen
- Nicht getroffen
- Ich hatte keine Erwartungen
- Weiß nicht

Umfang: Die Information im Patientenbrief fand ich ...

- Viel zu ausführlich
- Etwas zu ausführlich
- Genau richtig
- Etwas zu kurz
- Viel zu kurz

Die Beschreibung der durchgeführten Untersuchungen im Patientenbrief fand ich ...

- Sehr hilfreich
- Eher hilfreich
- Eher nicht hilfreich
- Überhaupt nicht hilfreich
- Weiß nicht

Die Beschreibung meiner Erkrankungen im Patientenbrief fand ich ...

- Sehr hilfreich
- Eher hilfreich
- Eher nicht hilfreich
- Überhaupt nicht hilfreich
- Weiß nicht

Eine verständliche, schriftliche Befund-Erläuterung nach jedem Krankenhaus-Aufenthalt mit nach Hause nehmen zu können finde ich ...

- Wichtig
- Eher wichtig
- Eher nicht wichtig
- Nicht wichtig
- Weiß nicht

Eine verständliche, schriftliche Befund-Erläuterung nach jedem Arzt-Besuch mit nach Hause nehmen zu können finde ich ...

- Wichtig
- Eher wichtig
- Eher nicht wichtig
- Nicht wichtig
- Weiß nicht

Was hat Ihnen gut am Patientenbrief gefallen?

Was hat Ihnen nicht am Patientenbrief gefallen?

Allgemeine Fragen

ID:

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:

- Männlich
- Weiblich
- Divers

Bitte geben Sie Ihr Alter an:

Sind Sie oder Ihre Eltern in einem anderen Land als Deutschland/ früheres deutsches Gebiet geboren?

- Ja
- Nein

Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie?

- Keinen Schulabschluss
- Grund-/Hauptschule
- Realschule, POS: mittlere Reife
- Gymnasium, EOS: Abitur
- Abgeschlossene Berufsausbildung
- Fachhochschulabschluss
- Hochschule: Bachelor, Master, Diplom, Magister
- Promotion

Arbeiten Sie in einem Gesundheitsberuf?

- Ja
- Nein

Wie oft waren Sie in den letzten Jahren mind. eine Übernachtung in einem Krankenhaus? Der aktuelle Aufenthalt im Herzzentrum Dresden zählt dabei mit.

Wie würden Sie ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

- Sehr gut
- Gut
- Mittelmäßig
- Schlecht
- Sehr schlecht

Haben Sie eine lang andauernde Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem? Mit "lang andauernd" sind Probleme gemeint, die bereits 6 Monate oder länger andauern oder andauern könnten.

- Ja
- Nein

Fragen zum Krankenhaus-Aufenthalt im Herzzentrum

Bitte geben Sie die Antwort, die am ehesten zutrifft.

Waren Sie direkt nach dem Aufenthalt im Herzzentrum in einer Reha-Einrichtung zur Anschluss-Heil-Behandlung?

- Ja
 Nein

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren Krankenhaus-Aufenthalt im Herzzentrum Dresden.

Ich weiß, warum ich im Krankenhaus war.

- Trifft voll und ganz zu
 Trifft eher zu
 Trifft eher nicht zu
 Trifft überhaupt nicht zu

Ich weiß, welche Untersuchungen und Behandlungen mit mir im Krankenhaus durchgeführt wurden.

- Trifft voll und ganz zu
 Trifft eher zu
 Trifft eher nicht zu
 Trifft überhaupt nicht zu

Wurde bei der Entlassung im Krankenhaus ein ärztliches Entlassungs-Gespräch mit Ihnen geführt?

- Ja, es gab ein ausführliches Gespräch
 Ja, es gab ein kurzes Gespräch
 Nein, es hat kein Gespräch stattgefunden
 Weiß nicht

Wenn ein Entlassungs-Gespräch mit Ihnen geführt wurde: Wie verständlich waren die Informationen in diesem Gespräch für Sie?

- Sehr leicht verständlich
 Leicht verständlich
 Schwer verständlich
 Sehr schwer verständlich
 Weiß nicht

Wenn ein Entlassungs-Gespräch mit Ihnen geführt wurde: Hatten Sie nach dem Gespräch noch unbeantwortete Fragen?

- Ja
 Nein
 Weiß nicht

Hatten Sie während Ihres Krankenhaus-Aufenthalts Vertrauen Ihre behandelnden Ärzte?

- Ja, immer
 Ja, manchmal
 Nein

Fühlten Sie sich ausreichend in Entscheidungsprozesse über Ihre Behandlung einbezogen?

- Ja, so wie ich wollte
 Einigermaßen
 Nein
 Wollte ich nicht

Wurden Ihnen die Ergebnisse von Untersuchungen verständlich erklärt?

- Ja, voll und ganz
 Einigermaßen
 Nein
 Ich brauchte keine Erklärung
 Weiß nicht

Beim zurückliegenden Krankenhaus-Aufenthalt denke ich an ...

... Geborgenheit

- Trifft voll und ganz zu
 Trifft eher zu
 Trifft eher nicht zu
 Trifft überhaupt nicht zu

... Angst

- Trifft voll und ganz zu
 Trifft eher zu
 Trifft eher nicht zu
 Trifft überhaupt nicht zu

... respektvollen Umgang

- Trifft voll und ganz zu
 Trifft eher zu
 Trifft eher nicht zu
 Trifft überhaupt nicht zu

... ausgeliefert sein

- Trifft voll und ganz zu
 Trifft eher zu
 Trifft eher nicht zu
 Trifft überhaupt nicht zu

Wurde Ihnen/Ihrer Familie verständlich erklärt, ob nach der Entlassung weitere Untersuchungen/Behandlungen nötig sind?

- Ja
- Ja, unzureichend
- Nein
- War nicht nötig
- Weiß nicht

Wurde Ihnen verständlich erklärt, wie Sie die Medikamente einzunehmen haben (Zeitpunkt, Häufigkeit, Dosis, Abhängigkeit von Mahlzeiten)?

- Ja, voll und ganz
- Einigermaßen
- Nein
- Ich brauche keine Erklärung
- Ich musste keine Medikamente einnehmen

Hat sich die Hauptbeschwerde, die zu Ihrem Krankenhaus-Aufenthalt geführt hat, gebessert?

- Ja, gebessert
- Nein, gleich geblieben
- Nein, sogar verschlechtert
- Habe diese Beschwerde nicht mehr
- Noch nicht beurteilbar

Traten nach Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus Komplikationen auf?

- Nein
- Ja, aber keine ärztliche Behandlung nötig
- Ja, Behandlung beim Haus-/ Facharzt nötig
- Ja, Wiedereinweisung ins Krankenhaus nötig

Wie beurteilen Sie den Erfolg der medizinischen Behandlung?

- Ausgezeichnet
- Sehr gut
- Gut
- Mittelmäßig
- Schlecht
- Noch offen/nicht absehbar

Wurde Ihnen verständlich erklärt, welchen Zweck die Medikamente haben, die Sie zu Hause einnehmen sollen?

- Ja, voll und ganz
- Einigermaßen
- Nein
- Ich brauche keine Erklärung
- Ich müsse keine Medikamente einnehmen
- Weiß nicht

Fühlten Sie sich bei der Entlassung insgesamt gut durch das Krankenhaus unterstützt? (z.B. durch Taxiruf oder Nachsorgeplan)

- Ja, voll und ganz
- Einigermaßen
- Nein
- Ich brauche keine Unterstützung

Wie beurteilen Sie insgesamt die Behandlung und Betreuung, die Sie erhalten haben?

- Ausgezeichnet
- Sehr gut
- Gut
- Mittelmäßig
- Schlecht

Hatten Sie das Gefühl, während Ihres Krankenhaus-Aufenthalts mit Aufmerksamkeit und Rücksicht behandelt zu werden?

- Ja, immer
- Manchmal
- Nein

Würden Sie dieses Krankenhaus bei Bedarf Ihrer Familie oder Ihren Freunden weiterempfehlen?

- Ja, ganz sicher
- Ja, wahrscheinlich
- Nein

Verhaltensweisen und Aktivitäten rund ums Thema Gesundheit

Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach ...	sehr einfach	ziemlich einfach	ziemlich schwierig	sehr schwierig
... Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschiedenen Medikamente zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Hilfe von Informationen die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Informationen über Unterstützungs-Möglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Gesundheits-Warnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu verstehen, warum Sie Vorsorge-Untersuchungen brauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für psychisches Wohlbefinden sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Gesundheits-Ratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit ihrer Gesundheit zusammenhängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zu Ihrem Gesundheitsverhalten

Ich achte sehr auf meine Gesundheit.

- Trifft voll und ganz zu
- Trifft eher zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft überhaupt nicht zu

Ich weiß, welche Erkrankungen ich habe.

- Trifft voll und ganz zu
- Trifft eher zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft überhaupt nicht zu

Medikamenten gegenüber bin ich skeptisch.

- Trifft voll und ganz zu
- Trifft eher zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft überhaupt nicht zu

Ich weiß, was meine Medikamente bewirken.

- Trifft voll und ganz zu
- Trifft eher zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft überhaupt nicht zu
- Ich nehme keine Medikamente ein

Ich weiß, wie ich meine Medikamente einnehmen muss.

- Trifft voll und ganz zu
- Trifft eher zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft überhaupt nicht zu
- Ich nehme keine Medikamente ein

Ich weiß genau, was ich tun muss, falls bei meinen Medikamenten Nebenwirkungen auftreten.

- Trifft voll und ganz zu
- Trifft eher zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft überhaupt nicht zu
- Ich nehme keine Medikamente ein

Eine verständliche, schriftliche Befund-Erläuterung nach jedem Krankenhaus-Aufenthalt mit nach Hause nehmen zu können finde ich ...

- Wichtig
- Eher wichtig
- Eher nicht wichtig
- Nicht wichtig
- Weiß nicht

Eine verständliche, schriftliche Befund-Erläuterung nach jedem Arzt-Besuch mit nach Hause nehmen zu können finde ich ...

- Wichtig
- Eher wichtig
- Eher nicht wichtig
- Nicht wichtig
- Weiß nicht

Anlage 4: Interviewleitfaden

Gesprächsleitfaden für qualitative Patienten-Interviews / Projekt "Patientenbriefe"

Forschungsthemen:

Wahrnehmung von Krankenhausaufenthalt und Entlassung

Wahrnehmung von Arzt-Patienten-Kommunikation und Informationsbeschaffung allgemein

Patientenseitiger Bedarf an gesundheitsrelevanten Informationen allgemein

Bewertung des Patientenbriefes

Datum	
Uhrzeit, Dauer	von bis
Interviewer	
Interviewter / ID	

Tabelle 1: Vorbereitung durch quantitative Daten

Nr.	Seite im FB		Antwort	Erfüllt
1	2	Wurde bei der Entlassung im Krankenhaus ein ärztliches Entlassungsgespräch mit Ihnen geführt?	Nein / weiß nicht	
2	5	Der Patientenbrief war ... hilfreich, verständlich, informativ	Trifft überhaupt/eher nicht zu	
3	6	Umfang: Die Information im Patientenbrief fand ich ...	Viel zu kurz	
4	6	Umfang: Die Information im Patientenbrief fand ich ...	Viel zu ausführlich	
5	6	Die Beschreibung der durchgeführten Untersuchungen im Patientenbrief fand ich ...	Überhaupt nicht hilfreich/weiß nicht	
6	6	Die Beschreibung meiner Erkrankungen im Patientenbrief fand ich ...	Überhaupt nicht hilfreich/weiß nicht	

Gesprächseinleitung

Sehr geehrter Herr/ Frau....

Vielen Dank, dass Sie sich an der Studie „Patientenbriefe“ beteiligen und sich heute für unser Interview die Zeit nehmen.

[Vorstellung wissenschaftlicher Mitarbeiter/Bereich Allgemeinmedizin an der TU Dresden]. Wir begleiten das Projekt Patientenbriefe wissenschaftlich und erforschen unter anderem, welchen Eindruck der Patientenbrief auf die Patienten hat. Die Studie ist öffentlich gefördert.

Sie sind vor x Wochen aus der Herzkllinik entlassen wurden und haben danach einen Patientenbrief von uns erhalten. Über Ihre Erfahrungen mit dem Krankenhausaufenthalt und vor allem mit dem Patientenbrief würde ich gerne mit Ihnen reden.

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und so erfasst, dass niemand auf Ihre Person rückschließen kann. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten – es ist Ihre Meinung, die zählt und die für uns sehr wichtig ist.

Das Interview wird etwa 20-30 Minuten dauern. Um den Informationsverlust gering zu halten möchte ich das Gespräch mit einem digitalen Aufnahmegerät mitschneiden. Sind Sie mit der Aufnahme einverstanden? (falls nein, protokollieren).

Ich werde gleich das Tonbandgerät starten. Haben Sie vorher noch Fragen?

Start Aufnahme

- Frage zur Zustimmung zur digitalen Aufnahme wiederholen und deutlich bejahen lassen
- Datum und Pat-ID erwähnen

Tabelle 2: Bewertung Krankenhausaufenthalt

Leitfrage, Erzählimpuls	Nachfragen
<p>Sie waren im Monat X im Krankenhaus, wie war der Aufenthalt für Sie?</p>	
<p>Hatten Sie im KH alle für Sie wichtigen Informationen zu ihrem Aufenthalt erhalten?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hatten Sie Informationen bekommen, wie es danach weitergeht?
<p>(Vergleich Punkt 1) Sie hatten angegeben, dass Sie zum Abschluss Ihres KH-Aufenthaltes ein Entlassungsgespräch mit einem behandelnden Arzt hatten. Hatten Sie das Gefühl, dass Sie ausreichend informiert wurden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie empfanden Sie das <u>Entlassungsgespräch</u> am Ende Ihres Krankenhausaufenthaltes? • Konnten Sie selber viel <u>nachfragen</u>? <ul style="list-style-type: none"> ○ Was/warum haben Sie <u>nicht nachgefragt</u>? • Gab es Informationen/Themen, die Sie vermisst haben? <ul style="list-style-type: none"> ○ Welche?
<p>Oder</p>	
<p>(Vergleich Punkt 1) Sie gaben an, dass kein ärztliches Entlassungsgespräch bei der Entlassung aus dem Krankenhaus mit Ihnen geführt wurde. Hatten Sie auch ohne Entlassungsgespräch alle für Sie wichtigen Informationen erhalten?</p>	
<p>Oft sprechen Arzt und Patient eine andere „Sprache“ (Arzt-Patienten-Kommunikation)... Wie ist das für Sie, wie (emp)finden Sie das?</p> <p>Wie verständlich finden Sie die Informationen, die Sie vom Arzt bekommen?</p> <p>Wie schwierig/leicht ist es für Sie gute/vertrauenswürdige Informationen zur Gesundheit zu finden?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zugang, Vertrauenswürdigkeit von Informationen ○ Selbstständig oder mit Hilfe 	<ul style="list-style-type: none"> • Fragen Sie auch nach? Wenn nein, warum nicht? • Was würde Ihnen das Nachfragen erleichtern? • Was würde Ihnen das Verstehen der ärztlichen Informationen ggf. erleichtern? • Was würde Ihnen das <u>Merken/Erinnern/Behalten</u> von Informationen erleichtern? • Können Sie sich zu Hause noch an alle wichtigen Hinweise aus dem Arztbesuch erinnern? • <u>Wo</u> suchen Sie Informationen zu Gesundheit, Krankheiten oder Hilfestellungen? • Wie vertrauenswürdig finden sie die Information von <ul style="list-style-type: none"> ○ Medien (Internet, Zeitung, Fernsehen - einzeln) ○ Freunde, Familie ○ Med. Fachpersonal (Hausarzt, Apotheker, Krankenschwester - einzeln) ○ Wissenschaftler/Experten

Tabelle 3: Bewertung Patientenbrief

Leitfrage, Erzählimpuls	Nachfragen
<p>Wir haben Ihnen unseren Patientenbrief (PB) zugesandt. Was sind Ihre Gedanken zum Patientenbrief?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Was war Ihre <u>erste Reaktion und Gedanke</u> zum PB? <ul style="list-style-type: none"> ○ Gefühle (z.B. Erstaunen, Überraschung, Freude, Überforderung, Angst)? ○ → ggf. nachfragen: warum, was hat Sie besonders überrascht, geängstigt, gefreut...? • Wie kommen Sie mit den Informationen aus dem Patientenbrief heute zu recht? • Was ist für Sie das <u>Wichtigste</u> im PB? • Beinhaltete er für Sie neue Informationen? <ul style="list-style-type: none"> ○ In welchen Bereichen? ○ Überraschungen? • War der Patientenbrief ohne weitere Hilfe für Sie verständlich und nützlich? (wenn nicht, warum?) <ul style="list-style-type: none"> ○ Lesbarkeit, Fachwörter, Umfang, inhaltlich? • Gibt es etwas, was Sie sich im PB <u>gewünscht</u> hätten? <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht verständliche, fehlende, zu wenige oder zu viele Informationen? ○ Umfang, Seitenzahl? ○ Individuelle Informationen? • <i>Nachfragen, wenn noch nicht besprochen: Sie hatten schriftlich angegeben, dass der Umfang vom Patientenbrief zu kurz(3)/zu ausführlich (4) war. Was würden Sie ändern wollen?</i> • <i>Nachfragen, wenn noch nicht besprochen: Sie hatten schriftlich angegeben, dass der PB nicht (2) hilfreich/ verständlich/ informativ war. Was hat Ihnen gefehlt?</i> • <i>Nachfragen, wenn noch nicht besprochen: Sie hatten schriftlich angegeben, dass die Beschreibung Ihrer (5) Untersuchungen / (6) Erkrankungen nicht hilfreich waren. Was hat Ihnen gefehlt?</i>
<p>Haben Sie sich mit jemandem über den Patientenbrief ausgetauscht? (Soziale Wirkung)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie mit Ihrem <u>Arzt</u> über den PB <u>geredet</u>? <ul style="list-style-type: none"> ○ Worüber? Warum? Was war die Reaktion?

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hat der PB dazu beigetragen, dass sich Ihre Kommunikation mit dem Arzt verändert hat? Inwiefern? ● Haben Sie mit <u>Freunden/Verwandten</u> über den PB <u>geredet</u>? <ul style="list-style-type: none"> ○ Worüber? Warum? Wie haben sie reagiert/Was haben sie gesagt?
Feedback	<p>Was ist Ihrer Meinung nach der <u>Hauptgewinn</u> (größte Vorteil) eines PB für Sie <u>persönlich</u>?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Können Sie das begründen? <p>Was könnte am Patientenbrief <u>stören</u>?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Können Sie das begründen? <p>Hätten Sie zukünftig <u>Interesse</u> an einem PB nach anderen Arztbesuchen (z.B. beim Hausarzt)?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Warum? <p>In welcher <u>Form</u> wäre der PB Ihnen am liebsten?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Papierversion ○ Digital (Handy, Tablet)

Bilanzierungsphase/Abschluss

Wir sind jetzt am Ende des Interviews angelangt. Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen oder noch loswerden möchten?

Ich danke Ihnen sehr, dass Sie sich die Zeit für das Interview genommen haben!

Aufnahmegerät erst ganz zum Schluss ausschalten

Anlage 5: Codebuch

Studie Patientenbriefe: Codebuch

Stand: 8.2020
 Bearbeiter: JP, HR

Codesystem

	Code	Pat.
Wahrnehmung von Arzt-Patienten-Kommunikation und Informationsbeschaffung allgemein		
1 Medizinische Informationsbeschaffung und Arzt-Patienten-Kommunikation (allgemein)		
1.1 Gespräche mit Ärzten allgemein		
Oft sprechen Arzt und Patient eine andere „Sprache“... Wie verständlich finden Sie die Informationen, die Sie vom Arzt bekommen?		
1.1.1 Informationsmenge/Ausführlichkeit	56	14
1.1.1.1 zu wenig	19	9
1.1.1.2 ausreichend	30	11
1.1.1.3 zu viel	0	0
1.1.1.4 Sonstige	7	5
Fragen Sie auch nach? Wenn nein, warum nicht?		
1.1.2 Ist nachfragen möglich?	19	10
1.1.2.1 nein	6	4
1.1.2.2 ja	13	6
Was würde Ihnen das Nachfragen erleichtern? Was würde Ihnen das Merken/Erinnern erleichtern?		
1.1.3 Hilfsmethoden zur Erleichterung med. Informationsbeschaffung	16	9
- Inhalt ohne Leitfaden -		
1.1.4 Zufriedenheit mit Ärzten	12	6
1.1.4.1.1 negativ	6	3
1.1.4.1.2 teils / teils	0	1
1.1.4.1.3 positiv	6	3
1.2 Informationsquellen		
Wo suchen Sie Informationen zu Gesundheit, Krankheiten oder Hilfestellungen? Wie schwierig/leicht ist es für Sie gute/vertrauenswürdige Informationen zur Gesundheit zu finden?		
1.2.1 Art der Informationsquellen	46	13
1.2.1.1 Apotheke	2	2
1.2.1.2 Freunde/Familie	1	1
1.2.1.3 Fernsehen	1	1
1.2.1.4 Zeitung	4	4
1.2.1.5 Fachliteratur	3	2
1.2.1.6 Internet	20	11
1.2.1.7 Medizinisches Personal	8	6

1.2.1.8 Allgemeine Erfahrung	3	2
1.2.1.9 Sonstige Informationsquellen	4	4
Wie vertrauenswürdig finden sie die Information von...?		
1.2.2 Vertrauenswürdigkeit der Quellen	25	9
1.2.2.1 Apotheke	3	3
1.2.2.2 Freunde/Familie	2	2
1.2.2.3 Fernsehen	0	0
1.2.2.4 Zeitung	2	2
1.2.2.5 Internet	5	5
1.2.2.6 Medizinisches Personal	9	5
1.2.2.7 Allgemeine Erfahrung	3	3
1.2.2.8 Sonstige Informationsquellen	1	1
Bewertung des Patientenbriefes und Bedarf an gesundheitsrelevanten Informationen		
2 Bewertung Patientenbrief (Eindrücke, Wirkung, Zukunft)		
Wie war Ihre erste Reaktion und Gedanke zum Patientenbrief?		
2.1 Ersteindruck	16	10
2.1.1 negativ	3	1
2.1.2 neutral	3	3
2.1.3 positiv	10	8
Was ist für Sie das Wichtigste was im Patientenbrief steht?		
2.2 Wichtigste Erkenntnis	18	7
2.2.1 Verstehen der durchgeführten Behandlungsmethoden	5	3
2.2.2 Verstehen der Erkrankung/Diagnose	8	6
2.2.3 Verfügbarkeit der Informationen	5	4
2.2.4 Sonstige wichtige Inhalte	0	0
Beinhaltete er für Sie neue Informationen?		
2.3 Wissenserweiterung/Informationszuwachs	13	8
2.3.1 nein	5	4
2.3.2 ja	8	5
War der Patientenbrief ohne weitere Hilfe für Sie verständlich, nützlich? (wenn nicht, warum?)		
2.4 Verständlichkeit	25	11
2.4.1 Inhaltliches Verständnis	25	11
2.4.2 Sonstige Themen zur Verständlichkeit	0	0
Gibt es etwas, was Sie sich im Patientenbrief gewünscht hätten? Was könnte am Patientenbrief stören?		
2.5 Optimierungspotenzial Patientenbriefe	60	15
2.5.1 Lob	22	11
2.5.2 Verbesserungspotenzial/Kritik		
2.5.2.1 Schreibstil	6	4

2.5.2.2 Themen/Inhalte	16	10
2.5.3 Sonstige Optimierung	6	5
2.5.4. keine Verbesserungsvorschläge	10	7
Haben Sie sich mit jemandem (mit Freunden/Verwandten, mit Ihrem Arzt) über den Patientenbrief ausgetauscht/geredet?		
2.6 Kommunikation mit weiteren Personen	31	13
2.6.1 mit Freunden/Bekanntem/Familie gesprochen	19	13
2.6.2 mit Arzt gesprochen	12	12
Hätten Sie zukünftig Interesse an einem Patientenbrief nach anderen Arztbesuchen?		
2.7 Zukünftiges Interesse am Patientenbrief	16	9
2.7.1 nein	5	5
2.7.2 ja	11	8
In welcher Form wäre der Patientenbrief Ihnen am liebsten?		
2.8 Ausgabeform Patientenbrief	24	12
2.9. Feedback zum Patientenbrief	14	9
- Weitere Kodierungen sind als Feedback ans Herzzentrum gedacht, werden in der Analyse nicht verwendet -		
3 Sonstige Kodierungen	29	15
Wahrnehmung von Krankenhausaufenthalt und Entlassung		
3.1. Rückmeldung ans Herzzentrum Dresden		
3.2. Krankheitsdauer		
3.3. Entlassung aus Krankenhaus (Entlassungsgespräch)		

Anlage 6: Wahrnehmung des Krankenhausaufenthaltes (IG vs. KG)

Wahrnehmung des Krankenhausaufenthaltes (IG vs. KG)

Tabelle 7a_2: Wahrnehmung der erhaltenen Behandlung und Betreuung im Krankenhaus in der IG vs. KG (Item-Quelle: Picker-Fragebogen, Stahl und Nadj, 2015)

		Gruppe	Ausgezeichnet n (%)	Sehr gut n (%)	Gut n (%)	Mittelmäßig n (%)	Schlecht n (%)
Wie beurteilen Sie insgesamt die Behandlung und Betreuung, die Sie erhalten haben?	IG		65 (18,6 %)	168 (48 %)	104 (29,7 %)	11 (3,1 %)	2 (0,6 %)
	KG		63 (17,4 %)	197 (54,3 %)	95 (26,2 %)	8 (2,2 %)	0 (0 %)

Tabelle 7b_2: Wahrnehmung der erhaltenen Behandlung und Betreuung im Krankenhaus in der IG vs. KG (Item-Quelle: Picker-Fragebogen, Stahl und Nadj, 2015)

		Gruppe	Ja, ganz sicher/immer* n (%)	Ja, wahrscheinlich/ manchmal* n (%)	Nein n (%)
Hatten Sie während Ihres Krankenhausaufenthaltes Vertrauen in Ihre behandelnden Ärzte? *	IG		289 (84 %)	51 (14,8 %)	4 (1,2 %)
	KG		313 (86,2 %)	49 (13,5 %)	1 (0,3 %)
Hatten Sie das Gefühl, während Ihres Krankenhaus-Aufenthaltes mit Aufmerksamkeit und Rücksicht behandelt zu werden? **	IG		295 (85 %)	49 (14,1 %)	3 (0,9 %)
	KG		309 (86,1 %)	45 (12,5 %)	5 (1,4 %)
Würden Sie dieses Krankenhaus bei Bedarf Ihrer Familie oder Ihren Freunden weiterempfehlen? ***	IG		239 (69,1 %)	96 (27,7 %)	11 (3,2 %)
	KG		261 (72,1 %)	97 (26,8 %)	4 (1,1 %)

Legende: * „ja, immer“, „ja, manchmal“, „nein“; ** „ja, immer“, „manchmal“, „nein“; *** „ja, ganz sicher“, „ja, wahrscheinlich“, „nein“

Tabelle 7c_2: Wahrnehmung der erhaltenen Behandlung und Betreuung im Krankenhaus in der IG vs. KG (Item-Quelle: Picker-Fragebogen, Stahl und Nadj, 2015)

	Gruppe	Ja, voll und ganz		Einigermaßen		Nein		Nicht benötigt*	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Fühlten Sie sich ausreichend in Entscheidungsprozesse über Ihre Behandlung einbezogen?	IG	194 (56,1 %)	135 (39 %)	17 (4,9 %)	0 (0 %)				
	KG	198 (57,2 %)	131 (37,9 %)	14 (4 %)	3 (0,9 %)				
Fühlten Sie sich bei der Entlassung insgesamt gut durch das Krankenhaus unterstützt? (z. B. durch Taxiruf oder Nachsorgeplan)	IG	265 (76,4 %)	56 (16,1 %)	10 (2,9 %)	16 (4,6 %)				
	KG	270 (74,8 %)	66 (18,3 %)	11 (3 %)	14 (3,9 %)				
Wurden Ihnen die Ergebnisse von Untersuchungen verständlich erklärt?	IG	197 (56,8 %)	120 (34,6 %)	24 (6,9 %)	6 (1,6 %)				
	KG	175 (48,9 %)	156 (43,6 %)	18 (5 %)	9 (2,5 %)				
Wurde Ihnen/Ihrer Familie verständlich erklärt, ob nach der Entlassung weitere Untersuchungen/ Behandlungen nötig sind?	IG	203 (58,2 %)	46 (13,2 %)	74 (21,2 %)	26 (7,4 %)				
	KG	222 (63,2 %)	37 (10,5 %)	60 (17,1 %)	32 (9,1 %)				
Wurde Ihnen verständlich erklärt, wie Sie die Medikamente einzunehmen haben?	IG	182 (52,1 %)	83 (23,8 %)	44 (12,6 %)	40 (11,5 %)				
	KG	208 (57,6 %)	83 (23 %)	38 (10,5 %)	32 (8,9 %)				
Wurde Ihnen verständlich erklärt, welchen Zweck die Medikamente haben, die Sie zu Hause einnehmen sollen?	IG	118 (34,6 %)	119 (34,9 %)	63 (18,5 %)	41 (12,0 %)				
	KG	135 (38 %)	118 (33,2 %)	59 (16,6 %)	43 (12,1 %)				

Legende: * "nicht benötigt" fasst Antwortmöglichkeiten „ich brauche keine Erklärung“ und „ich musste keine Medikamente nehmen“ zusammen

Tabelle 7d_2: Wahrnehmung der erhaltenen Behandlung und Betreuung im Krankenhaus in der IG vs. KG (Item-Quelle: Picker-Fragebogen, Stahl und Nadj, 2015)

	Gruppe	Trifft voll und ganz zu n (%)	Trifft eher zu n (%)	Trifft eher nicht zu n (%)	Trifft überhaupt nicht zu n (%)
Ich weiß, warum ich im Krankenhaus war.	IG	329 (93,5 %)	22 (6,3 %)	0 (0 %)	1 (0,3 %)
	KG	338 (92,9 %)	23 (6,3 %)	2 (0,5 %)	1 (0,3 %)
Ich weiß, welche Untersuchungen und Behandlungen mit mir im Krankenhaus durchgeführt wurden.	IG	320 (91,2 %)*	30 (8,5 %)	1 (0,3 %)	0 (0 %)
	KG	301 (83,6 %)*	50 (13,9 %)	8 (2,2 %)	1 (0,3 %)
Beim zurückliegenden Krankenhaus-Aufenthalt denke ich an ...					
... Geborgenheit	IG	172 (50,1 %)	136 (39,7 %)	32 (9,3 %)	3 (0,9 %)
	KG	161 (45,5 %)	153 (43,2 %)	37 (10,5 %)	3 (0,8 %)
... respektvollen Umgang	IG	223 (64,3 %)	116 (33,4 %)	6 (1,7 %)	2 (0,6 %)
	KG	232 (65,2 %)	114 (32 %)	8 (2,2 %)	2 (0,6 %)
... Angst	IG	29 (8,4 %)	90 (26,2 %)	131 (38,1 %)	94 (27,3 %)
	KG	35 (9,9 %)	81 (22,9 %)	147 (41,6 %)	90 (25,5 %)
... ausgeliefert sein	IG	25 (7,3 %)	75 (21,9 %)	135 (39,5 %)	107 (31,3 %)
	KG	25 (7,2 %)	83 (24,1 %)	134 (38,8 %)	103 (29,9 %)

Legende: IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe; * p = 0,008 nach Pearson Chi-Quadrat-Test