

# „Herzensbildung“ optimiert – Stärkung der Gesundheitskompetenzen kardiologischer Patientinnen und Patienten

Abschließender Evaluationsbericht zum Projekt „Herzensbildung“ des Wiener Krankenanstaltenverbunds, Generaldirektion Vorstandsbereich Health Care Management

---

Im Auftrag des Wiener Krankenanstaltenverbunds, Generaldirektion Vorstandsbereich Health Care Management



# „Herzensbildung“ optimiert – Stärkung der Gesundheitskompetenzen kardiologischer Patientinnen und Patienten

Abschließender Evaluationsbericht zum Projekt „Herzensbildung“ des Wiener Krankenanstaltenverbunds, Generaldirektion Vorstandsbereich Health Care Management

**Autorinnen/Autor:**

Daniela Rojatz  
Peter Nowak

**Unter Mitarbeit von:**

Stefanie Forster  
Elisabeth Frühlinger  
Kristin Ganahl  
Arthur Jaeneke-Elyas  
Rahel Kahlert  
Martin Kitzberger  
Almas Merchant  
Marlene Sator

**Fachliche Begleitung in der Generaldirektion KAV:**

Cornelia Schneider

**Projektassistenz:**

Astrid Loidolt

Wien, im September 2018

Im Auftrag des Wiener Krankenanstaltenverbunds, Generaldirektion Vorstandsbereich Health Care Management

Zitiervorschlag: Rojatz, Daniela; Nowak, Peter (2018): „Herzensbildung“ optimiert – Stärkung der Gesundheitskompetenzen kardiologischer Patientinnen und Patienten. Abschließender Evaluationsbericht. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P1/1/4810

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

# Kurzfassung

## Hintergrund

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Ursache für Spitalsaufnahmen. Trotz rückläufiger Tendenzen werden 42,8 % der Sterbefälle auf „Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems“ zurückgeführt (Statistik Austria 2017). Zudem ist aufgrund der demografischen Veränderungen mit einer Zunahme an Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und einer verstärkten Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems durch diese Patientengruppe zu rechnen.

Der chronisch-degenerative Verlauf von Herzkrankheiten fordert von Patientinnen und Patienten einen hohen Grad an Selbstmanagement. Der persönliche Lebensstil und das individuelle Krankheitsmanagement können den Verlauf (und die Entstehung) von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wesentlich bestimmen. Mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Sekundärprävention können Krankheitsverlauf und Mortalität bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen entscheidend beeinflusst werden (Chow et al. 2010; Critchley/Capewell 2003; Halle 2004; Jolliffe et al. 2001). Zur Realisierung dieses Potenzials brauchen Patientinnen und Patienten jedoch eine hohe Gesundheitskompetenz, d. h. Information, Motivation und Unterstützung („Empowerment“), um eine solche aufzubauen. Hier setzt das Projekt „Herzensbildung“ der Generaldirektion des Wiener Krankenanstaltenverbands (KAV) in Kooperation mit dem AKH Wien (Universitätsklinik für Innere Medizin II, Abteilung Kardiologie) und den kardiologischen Stationen des Krankenhauses Hietzing und des Kaiser-Franz-Josef-Spitals an: Ziel ist es, die Gesundheitskompetenz (Wissen, Motivation und Fertigkeiten) in Bezug auf Krankheitsmanagement und Lebensstil von Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit zu stärken.

## Das Projekt „Herzensbildung“

„Herzensbildung“ umfasst zwei Interventionen im Rahmen des stationären Aufenthalts: ein mehrsprachiges Aufklärungsvideo und Gruppenseminare für Patientinnen und Patienten und deren Angehörige. Das Aufklärungsvideo stellt wesentliche Aspekte der Herz-Kreislauf-Erkrankung dar, und im Gruppenseminar können diese zusätzlich mit der Seminarleitung diskutiert werden. In zwei kardiologischen Abteilungen wurden beide standardisierten Maßnahmen in den stationären Behandlungsablauf integriert. In einer Abteilung wurden nur die Aufklärungsvideos angeboten.

Zur Messung der Wirkung der Maßnahmen und zur Bewertung von deren Implementierung wurde eine Wirkungs- und Prozessevaluation durch die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) durchgeführt. Für die Wirkungsevaluation wurden Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzerkrankung (KHK) in den drei teilnehmenden Krankenhäusern zu drei Zeitpunkten mittels eines standardisierten Fragebogens persönlich interviewt: Kurz nach der Aufnahme im Krankenhaus (t0), kurz vor der Entlassung (t1) und telefonisch vier bis sechs Monate nach der Entlassung (t2). Bei dieser kontrollierten Studie wurden Patientinnen und Patienten, die an der Herzensbildungsmaßnahme (Aufklärungsvideo und/oder Gruppenseminar) teilgenommen haben, mit Patientinnen und Patien-

ten verglichen, die ausschließlich die Standardbehandlung erhalten haben. An der t0- und t1-Messung haben insgesamt 551 Personen teilgenommen (Interventionsgruppe: 240 Personen, Kontrollgruppe: 311 Personen). An der Telefonerhebung vier bis sechs Monate nach der Krankenhausentlassung nahmen 98 Personen der Interventionsgruppe und 99 Personen der Kontrollgruppe teil. Für die Prozessevaluierung wurden drei Fokusgruppen mit Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeitern der kardiologischen Abteilungen durchgeführt sowie Einzelinterviews mit den drei Personen, welche im Auftrag der GÖG die Umsetzung der Maßnahmen in den Abteilungen unterstützten, indem sie die Patientinnen und Patienten für die Wirkungsevaluation befragten und das Management der eingesetzten Medien übernommen haben.

## **Ergebnisse**

Beide Interventionen erhielten eine sehr positive Einschätzung durch die Patientinnen und Patienten: Insbesondere das Gruppenseminar wurde sehr positiv bewertet: 91 % würden es weiterempfehlen. Das Aufklärungsvideo hat eine Weiterempfehlungsrate von 77 % erhalten. Die Ergebnisse der Wirkungsevaluationsdaten lassen in der Interventionsgruppe einen höheren gesundheitsrelevanten Wissenszuwachs von t0 (Baseline-Erhebung – bei Aufnahme) zu t1 (Follow-up-Befragung) erkennen. Patientinnen und Patienten, die an der Herzensbildungsmaßnahme teilgenommen haben, haben im Zeitraum von der Aufnahme bis zur Entlassung mehr über Bewegung, Blutdruck, Cholesterinwerte und Risikoverminderung dazugelernt als die Patientinnen und Patienten der Kontrollgruppe. Vier bis sechs Monate nach der Krankenhausentlassung besteht der Wissenszugewinn in einzelnen Bereichen (Cholesterinwert, Risikoverminderung bei Rauchentwöhnung) fort. Zudem geben Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe signifikant häufiger an, sich im Anschluss an den stationären Aufenthalt gesünder zu verhalten (weniger rauchen, Reduktion von Alkoholkonsum) und gesündere Entscheidungen zu treffen. Letzteres spricht für einen Zugewinn an Gesundheitskompetenz.

Die Prozessevaluierung zeigte als beachtenswerten Hintergrund der Interventionen im Routinebetrieb stark verdichtete Arbeitsabläufe des Krankenhauspersonals und kurze Liegezeiten von Patientinnen und Patienten (durchschnittlich 1,5 Tage). Optimierungsmöglichkeiten für die beiden Interventionen zeigen sich in folgenden Bereichen: Aufgrund der Heterogenität der Gruppe der KHK-Patientinnen und -Patienten zeigt sich ein Bedarf an zusätzlichen Inhalten, welche auf unterschiedliche Patientengruppen (Vorwissen, Lebensphase) zugeschnitten sind. Sprachliche Überarbeitungen der Übersetzungen sind nötig, um die Aufklärungsvideos dem Wortschatz der fremdsprachigen Patientinnen und Patienten anzupassen. Zur Sicherstellung beider Optimierungen gilt es diese Maßnahmen partizipativ mit der Zielgruppe weiterzuentwickeln. Bei den Gruppenseminaren sind Maßnahmen zur Steigerung der Teilnehmerzahlen notwendig. Möglichkeiten dazu werden in der besseren Kommunikation der Bedeutung der Gruppenseminare durch das betreuende Personal gesehen sowie in der Wahl geeigneter Zeitfenster für die Durchführung (keine Untersuchungen, ...).

Für die nachhaltige Verankerung beider Interventionen wird sowohl eine adaptierte Fortführung in den Stationen als auch eine Fortführung in anderen Settings empfohlen:

**Aufklärungsvideos:** Nach Abklärung der Nutzungsmöglichkeiten des Aufklärungsvideos (Lizenzen!) sollte dieses online über das Internet bereitgestellt und von den Patientinnen und Patienten auf ihren persönlichen Tablets/PCs/Smartphones abgespielt werden können. Die im Aufklärungsvideo vermittelten Basisinformationen können auch in anderen Settings eingesetzt werden (Wartebereich allgemeinmedizinischer und fachärztlicher Praxen).

**Gruppenseminare:** Für die nachhaltige Umsetzung der Gruppenseminare im Krankenhaus stehen derzeit kaum Infrastruktur (z.B. Seminarräume, Laptop, Beamer) und Personal zur Verfügung. Die Umsetzung der Gruppenseminare im Krankenhaus würde daher zusätzliche Ressourcen benötigen. Alternativ können die Gruppenseminare auch von anderen Einrichtungen angeboten werden (z.B. Frauen- bzw. Männergesundheitszentren). Um Patientinnen und Patienten zur Teilnahme zu motivieren kann im Zuge des Entlassungsmanagements der Seminarbesuch empfohlen und auf konkrete Termine hingewiesen werden (im Sinne des „social prescribing“) (Brandling, House 2009). Darüber hinaus wird unterstützende Öffentlichkeitsarbeit für die Bevölkerung und die Fachöffentlichkeit empfohlen.

### Schlussbetrachtung

Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten und damit die Stärkung der Gesundheitskompetenz ist eine zentrale Aufgabe auch von Ärztinnen und Ärzten und des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Die Evaluation belegt einen positiven Beitrag der Herzensbildungsinterventionen dazu: Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe haben an Wissen in Hinblick auf gesunden Lebensstil und Krankheitsmanagement dazugewonnen und berichten vier bis sechs Monate nach der Krankenhausentlassung von einem gesünderen Lebensstil und damit vom Treffen gesünderer Entscheidungen. Die angestrebten Lebensstiländerungen der Herzpatientinnen und -patienten erfordern deren kontinuierliche Begleitung. Die Ergebnisse belegen, dass die Patientinnen und Patienten trotz der stattfindenden Aufklärung Bedarf an mehr (individueller) Kommunikation im Krankenhaus und in der prä- und poststationären Versorgung haben. Angesichts der verdichteten Arbeitsprozesse im Krankenhaus und der kurzen Aufenthaltsdauer der stationären Patientinnen und Patienten gilt es Patientengespräche und -information grundsätzlich neu zu denken und Wege zu finden, wie Krankenhauspersonal im Krankheitsmanagement und bei Lebensstiländerung unterstützen kann.

Im Sinne der Patientencharta (vgl. Patientencharta 2006) ist Information der Patientinnen und Patienten über Diagnose- und Behandlungsarten sowie therapieunterstützende Lebensführung eine zentrale Leistung der Krankenversorgung. Die Umsetzung im Versorgungsalltag bedarf jedoch entsprechender struktureller Rahmenbedingungen (z.B. Finanzierung, Leistungszuordnung, Rollenverteilung) (BMGF 2016). Für eine kontinuierliche Unterstützung von Patientinnen und Patienten beim Management ihrer chronischen Herzerkrankung wird empfohlen, eine – über das Krankenhaus hinausgehenden – interprofessionell und intersektoral abgestimmten Gesprächs- und Informationsstrategie zu entwickeln. Dies beinhaltet die Klärung der Frage, wer, wann und wie welche Informationen an Patientinnen und Patienten weitergeben soll. „Herzensbildung“ kann einen Beitrag zu dieser Gesprächs- und Informationspraxis leisten. Für eine nachhaltige Änderung des Lebensstils und Verbesserungen des Krankheitsmanagements ist in weiterer Folge auch eine kontinuierliche Begleitung durch den niedergelassenen Bereich und andere Stellen notwendig.

Diese Evaluationsstudie zeigt auch vielfältigen, weiteren Forschungsbedarf auf, wie z. B. welche Berufsgruppen und welche Institutionen (Akutkrankenhaus, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Rehabilitation,...) welche Gesprächs- und Informationsaufgaben am besten übernehmen können? Welche ökonomischen und gesundheitlichen Auswirkungen gute Informationsangebote haben?

### **Schlüsselwörter**

koronare Herzkrankheit, Patientenempowerment, Gesundheitskompetenz, Evaluation, Krankenhaus

# Summary

## Background

Cardiovascular diseases are the most frequent cause of hospital admissions. Despite declining trends, 42.8 % of deaths are attributed to "cardiovascular diseases" (Statistik Austria 2017). In addition, demographic changes are expected to increase the number of patients with cardiovascular diseases and increase the use of healthcare services by this group of patients.

The chronic degenerative course of heart disease demands a high degree of self-management from patients. Personal lifestyle and individual disease management can significantly determine the course (and development) of cardiovascular diseases. Health promotion and secondary prevention measures can decisively influence disease progression and mortality in cardiovascular diseases (Chow et al. 2010; Critchley/Capewell 2003; Halle 2004; Jolliffe et al. 2001). To realize this potential, however, patients need a high level of health literacy, i. e. information, motivation and support ("empowerment"), in order to build such a competence. This is where the project "Herzensbildung [Heart literacy]" of the General Directorate of the Vienna Hospital Association (KAV) in cooperation with the Vienna General Hospital (University Hospital for Internal Medicine II, Department of Cardiology) and the cardiological wards of the Hietzing Hospital and the Kaiser-Franz-Josef Hospital comes in: The aim is to strengthen health literacy (knowledge, motivation and skills) in relation to disease management and lifestyle of patients with coronary heart disease.

## The Project "Herzensbildung"

"Herzensbildung" comprises two inpatient interventions: a multilingual educational video and group seminars for patients and their relatives. The educational video presents essential aspects of cardiovascular disease, which can also be discussed with the seminar leader in the group seminar. In two cardiology departments, both standardized measures were implemented into the inpatient treatment process. In one department, only the educational videos were offered.

To measure the impact of the measures and to evaluate their implementation, an impact and process evaluation was carried out by the Austrian Public Health Institute (Gesundheit Österreich GmbH, GÖG). Patients with coronary heart disease (CHD) were interviewed personally at three different times in the participating hospitals using a standardized questionnaire: Shortly after admission to hospital (t0), shortly before discharge (t1) and by telephone four to six months after discharge (t2). In this controlled study, patients who participated in the cardiac training (educational video and/or group seminar) were compared to patients who received only standard treatment. A total of 551 people took part in the t0 and t1 measurements (intervention group: 240 people, control group: 311 people). The telephone survey was conducted four to six months after hospital discharge and was completed by 98 persons from the intervention group and 99 persons from the control group. For the process evaluation, three focus groups were conducted with hospital staff from the cardiology departments and individual interviews with the three persons who

supported the implementation of the measures in the departments on behalf of GÖG by interviewing the patients for the impact evaluation and managing the media used.

## Results and findings

Both interventions received a very positive assessment by the patients: The group seminar in particular was rated very positively: 91 % would recommend it to others. The educational video has received a recommendation rate of 77 %. The results of the impact evaluation data show a higher increase in knowledge relevant to health from t0 (baseline survey – on admission) to t1 (follow-up survey) in the intervention group. During the period from admission to discharge, patients who participated in “Herzensbildung” learned more about exercise, blood pressure, cholesterol levels and risk reduction than patients in the control group. Four to six months after hospital discharge, the knowledge gain in individual domains (cholesterol level, risk reduction by smoking cessation) continues. In addition, patients in the intervention group are significantly more likely to behave healthier (less smoking, reduction of alcohol consumption) and make healthier decisions after in-patient treatment. The latter speaks for an increase in health literacy.

The process evaluation showed highly condensed work processes of the hospital personnel and short waiting times of patients (on average 1.5 days), which is a remarkable background of the interventions in routine operation. Optimization possibilities for the two interventions can be seen in the following areas: Due to the heterogeneity of the group of CHD patients, there is a need for additional content that is tailored to different groups of patients (previous knowledge, life phase). Linguistic revisions of the translations are necessary to adapt the educational videos to the vocabulary of foreign patients. In order to ensure both improvements, these measures must be further developed in a participatory manner with the target group. Group seminars require measures to increase the number of participants. Possibilities are seen in better communicating the importance of group seminars by the supervising personnel as well as in the choice of suitable timeframes for the implementation (no examinations,...).

For the sustainable anchoring of both interventions, an adapted continuation in the wards as well as a continuation in other settings is recommended:

**Integration into everyday-life on the ward:** After clarifying the possible uses of the educational video (licenses!), it should be made available online via the internet and can be viewed by patients on their personal tablets/PCs/smartphones.

Sustainable implementation of group seminars in hospital could only be achieved through additional resources in the departments and cross-organizational training personnel. Suitable seminar rooms with permanently available technical equipment (e.g. laptop, beamer) would facilitate the implementation.

**Integration of the intervention in other settings:** The basic information provided in the educational video can also be used in other settings (waiting area of general and specialist medical practices). The group seminars could also be offered by other institutions (e.g. women's or men's health centers). In order to motivate patients to participate, the seminar attendance can be recommended

and a specific date can be stated in the course of dismissal management (in the sense of “social prescribing”) (Brandling, House 2009). In addition, supporting public relations work for the population and the professional public is recommended.

## **Conclusion**

Information and education of patients and thus the strengthening of health literacy is a central task also of doctors and qualified health and nursing staff. The evaluation shows that “Herzensbildung” makes a positive contribution to this: Patients in the intervention group have gained knowledge about healthy lifestyles and disease management and report four to six months after hospital discharge on a healthier lifestyle and thus on making healthier decisions. The desired lifestyle changes of heart patients require continuously supporting them. The results point out the need for more (individual) communication in hospitals and further health care. In view of the low personnel resources and the short length of stay of in-patients, patient discussions and information must be fundamentally rethought and ways must be found of how hospital staff can support disease management and lifestyle changes.

In accordance with the patient charter (cf. Patientencharta 2006), information of patients about types of diagnosis and treatment as well as therapy-supporting lifestyle is a central service of health care. However, implementation in day-to-day care requires appropriate structural conditions (e.g. financing, allocation of services, distribution of roles) (BMGF 2016). For continuous support for patients in managing their chronic heart disease an interprofessionally and intersectorally coordinated conversation and information strategy is recommended. This includes the clarification of the question of who should pass on information to patients, when and how. “Herzensbildung” can make a contribution to this conversation and information practice. For a sustainable change in lifestyle and improvements in disease management, continuous support by the private practice and other settings is also necessary.

This evaluation study also identifies a wide range of other research needs, such as which professional groups and which institutions (acute hospitals, general practitioners, rehabilitation,...) can best assume which conversation and information tasks? What are the economic and health effects of good information?

## **Keywords**

coronary heart disease, group seminar, health competence, evaluation, hospital



# Inhalt

Kurzfassung .....	III
Summary .....	VII
Abkürzungen.....	XIII
1 Hintergrund.....	1
2 Projektdarstellung .....	4
2.1 Mehrsprachiges Aufklärungsvideo für alle Patientinnen und Patienten in den kardiologischen Stationen .....	4
2.2 Gruppenseminare zur Stärkung der Gesundheitskompetenz .....	5
3 Evaluationsmethoden.....	6
3.1 Wirkungsevaluation.....	6
3.2 Prozessevaluation .....	7
4 Evaluationsergebnisse.....	8
4.1 Einschätzung der Intervention durch Patient/inn/en und Mitarbeiter/inn/en .....	8
4.2 Informationsquellen.....	9
4.3 Informiertheit der Patientinnen und Patienten.....	11
4.4 Gesundheits- bzw. krankheitsspezifisches Wissen .....	13
4.5 Kontakt mit dem Versorgungssystem nach Spitalsentlassung .....	14
4.6 Gesundheitsverhalten nach Spitalsentlassung.....	14
4.7 Einschätzung der Ergebnisse.....	15
5 Optimierte Intervention.....	16
5.1 Aufklärungsvideo.....	16
5.2 Gruppenseminar .....	17
6 Schlussbetrachtung .....	20
7 Literatur .....	22

# Abbildungen

Abbildung 4.1: Selbsteingeschätzte Wirkung der Interventionen auf Wissenszugewinn und Motivation, den Lebensstil zu ändern .....	9
Abbildung 4.2: Wissensquellen zu Herzerkrankung (t1).....	10
Abbildung 4.3: Bezug von Wissen über Herzerkrankung (Follow-up Erhebung t2).....	11
Abbildung 4.4: Veränderung des Gesundheitsverhaltens nach der Spitalsentlassung (t2) .....	15

# Abkürzungen

Abs	Absatz
AKH	Allgemeines Krankenhaus
Art	Artikel
BKS	Bosnisch/Kroatisch/Serbisch
DGKP	diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
IG	Interventionsgruppe
KAV	Wiener Krankenanstaltenverbund
KFJ	Sozialmedizinisches Zentrum Süd – Kaiser–Franz–Josef–Spital
KG	Kontrollgruppe
KHR	Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel
KHK	koronare Herzkrankheit



# 1 Hintergrund

Eine der größten Herausforderungen für das österreichische Gesundheitssystem sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Gründe hierfür sind vielfältig: Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Ursache für Spitalsaufnahmen. Trotz rückläufiger Tendenzen werden 42,8 % der Sterbefälle auf die Todesursache „Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems“ zurückgeführt (Statistik Austria 2017). Zudem ist aufgrund der demografischen Veränderungen mit einer Zunahme an Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und der verstärkten Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems durch diese Patientengruppe zu rechnen.

Die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, beurteilen und anwenden zu können (= Gesundheitskompetenz), und der persönliche Lebensstil sowie das individuelle Krankheitsmanagement beeinflussen die Entstehung und den Verlauf von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Der chronisch-degenerative Verlauf von Herzkrankheiten fordert von Patientinnen und Patienten einen hohen Grad an Selbstmanagement. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Sekundärprävention können den Krankheitsverlauf und die Mortalität bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen entscheidend beeinflussen (Chow et al. 2010; Critchley/Capewell 2003; Halle 2004; Jolliffe et al. 2001). Zur Realisierung dieses Potenzials brauchen die Patientinnen und Patienten jedoch eine hohe Gesundheitskompetenz bzw. Information, Motivation und Unterstützung („Empowerment“), um eine solche aufzubauen. Es geht u. a. um Wissen hinsichtlich Symptomen und Risikofaktoren einer Herzerkrankung, der Einnahme von Medikamenten und Behandlungsmöglichkeiten, aber auch um Kenntnis und Realisierung eines gesunden Lebensstils.

Gesundheitskompetenz bezeichnet „das Wissen, die Motivation und Fähigkeit von Menschen, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, beurteilen und anwenden zu können, um im Alltag in den Bereichen Gesundheitsförderung (zur Erhaltung und Stärkung der Gesundheit), Prävention (zur Vorbeugung von Beschwerden oder Erkrankungen) und Krankenversorgung (bei bestehenden Beschwerden oder Erkrankungen) Entscheidungen treffen zu können, die zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit während des gesamten Lebensverlaufs beitragen“<sup>1</sup>. Gesundheitskompetenz ist ein relationales Konzept und hängt sowohl von den persönlichen Fähigkeiten einer Person als auch von den Anforderungen des Gesundheitssystems ab (Parker 2009).

Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf Information und Aufklärung über ihre Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten.

Sie „[...] haben das Recht, im Vorhinein über mögliche Diagnose- und Behandlungsarten sowie deren Risiken und Folgen aufgeklärt zu werden. Sie haben das Recht auf Aufklärung über ihren Gesundheitszustand, weiters sind sie über ihre erforderliche Mitwirkung bei der Behandlung

---

<sup>1</sup>

<https://oepgk.at/die-oepgk/gesundheitskompetenz/> (29. 3. 2018)

sowie eine therapieunterstützende Lebensführung aufzuklären.“ (Art 16 Abs 1 Patientencharta 2006)

In der aktuellen Versorgung stellen mangelnde Information und Unterstützung der Patientinnen und Patienten bzw. eine unzureichende Wirkung der gesetzten Patienteninformation und -schulung ein häufig auftretendes Problem dar, das jedoch durch gezielte Maßnahmen adressiert werden kann. Im stationären Setting ist es momentan oftmals nur die Visite, bei der die Ärztinnen und Ärzte Zeit haben, die Patientinnen und Patienten über deren Erkrankung und Therapie aufzuklären, Fragen zu beantworten und hinsichtlich gesundheitsfördernder Maßnahmen zu informieren und zu motivieren. Eine Untersuchung an einer kardiologischen Abteilung des Wiener AKH zeigte, dass die durchschnittliche Visitingesprächszeit knapp über drei Minuten liegt (Enzenhofer et al. 2009). So kurze Konsultationszeiten wurden international selten beobachtet (Irving et al. 2017; Kempf 2007; Van den Brink-Muinen et al. 2003). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass ein Teil der fehlenden Compliance oder Adherence bei kardiologischen Patientinnen und Patienten oftmals auf Defizite in der persönlichen Kommunikation (Gesprächszeit und Gesprächsqualität) zurückzuführen ist. Ausreichende Kommunikationszeit und ein erfolgreicher Kommunikationsprozess, bei dem diese Barrieren beachtet werden, sind die Voraussetzung dafür, dass Patientinnen und Patienten ein adäquates Gesundheitswissen und die nötige Gesundheitskompetenz bezüglich ihrer Erkrankung aufbauen können (Adams 2010; Sator et al. 2015).

Das Projekt „Herzensbildung“ zielt darauf ab, Gesundheitsförderung und Sekundärprävention in den stationären Behandlungspfad zu integrieren, um die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten zu steigern und damit die Effektivität der stationären Behandlung mittel- und langfristig zu steigern. Eine Intervention mit selbigem Namen wird an der Kardiologie des Wiener AKH bereits seit 2005 durchgeführt. Zunächst wurde ein Patientenratgeber entwickelt und herausgegeben (Zehetgruber, Manfred/Wallner 2005). Basierend auf der Erkenntnis, dass der Ratgeber wenig angenommen bzw. gelesen wird, wurden über einen Zeitraum von fünf Jahren wöchentliche Gruppenseminare im Wiener AKH abgehalten (Quelle: Beiratssitzung, 12. 5. 2017). In den Gruppenseminaren wurden „alle wesentlichen Aspekte der Herz-Kreislauf-Erkrankungen samt diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen“ behandelt. Eine Befragung zu Informationsveranstaltungen für KHK-Patientinnen und -Patienten belegt bei Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe mehr Wissenszugewinn sowohl bei der Entlassung als auch ein halbes Jahr danach (Dutta-Függer et al. 2009). Es stellte sich aber heraus, dass nur wenige und vorrangig deutschsprachige Patientinnen und Patienten erreicht werden. Dem folgte der Wunsch, eine Basisinformation in einfacher Sprache für KHK-Patientinnen und -Patienten bereitzustellen. Es wurde ein Aufklärungsvideo entwickelt und aufgrund des hohen Anteils an Migrantinnen und Migranten unter den stationären Patientinnen und Patienten in zwei Sprachen übersetzt (Bosnisch/Kroatisch/Serbisch [BKS], Türkisch) .

Die Gesundheitskompetenz der kardiologischen Patientinnen und Patienten soll durch standardisierte Maßnahmen und Angebote (basierend auf Wissensvermittlung und Motivationsverstärkung) erhöht werden. Im Rahmen des Projekts „Herzensbildung“ wird Gesundheitskompetenz als eine in Bezug auf die vorliegende Herz-Kreislauf-Erkrankung spezifische Handlungskompetenz verstanden, die es den Patientinnen und Patienten ermöglicht, im täglichen Leben Entscheidungen zu

treffen, die sich positiv auf die Gesundheit und den Verlauf ihrer Krankheit auswirken. „Herzensbildung“ adressiert damit sowohl die Frage, wie u.a. Krankenhäuser Angebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in ihr Leistungsspektrum integrieren können, als auch Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten selbst.

Vor der Durchführung der Interventionen wurde eine Prozess- und Wirkungsevaluation in Auftrag gegeben, um ihre Sinnhaftigkeit zu prüfen. Die Evaluationsergebnisse und die Methodik sind in Kapitel 3 zusammengefasst und in einem ausführlicheren Evaluationsbericht (Rojatz et al. 2018) im Detail dargestellt.

## 2 Projektdarstellung

Das Projekt „Herzensbildung“ ist ein Vorhaben des Wiener Krankenanstaltenverbunds (KAV) – Vorstandsbereich Health Care Management (VB HCM) mit einer Gesamtlaufzeit von 22 Monaten. Es fand in Kooperation mit der Universitätsklinik für Innere Medizin II / Abteilung Kardiologie des Wiener AKH, der Medizinischen Universität Wien und der vierten medizinischen Abteilung mit Kardiologie des Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel (KHR) und der 5. Medizinischen Abteilung mit Kardiologie des Sozialmedizinischen Zentrums Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital (KFJ) statt. Wissenschaftlicher externer Kooperationspartner war das Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR) bzw. seit März 2016 die Gesundheit Österreich GmbH.

Das Projekt „Herzensbildung“ umfasst zwei Maßnahmen:

1. Mehrsprachiges Aufklärungsvideo für alle Patientinnen und Patienten in den kardiologischen Stationen
2. Gruppenseminar zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten in den kardiologischen Stationen

### 2.1 Mehrsprachiges Aufklärungsvideo für alle Patientinnen und Patienten in den kardiologischen Stationen

Das Aufklärungsvideo<sup>2</sup> soll die Informations- und Aufklärungstätigkeiten in den kardiologischen Stationen unterstützen. Es ist medienpädagogisch so gestaltet, dass es möglichst viele Patientinnen und Patienten anspricht und keine medizinischen Kenntnisse voraussetzt. Verfügbar ist das Aufklärungsvideo in den Sprachen Deutsch, Türkisch und Bosnisch/Serbisch/Kroatisch.

Zur Auswahl stehen zwei Filmsequenzen jeweils mit ca. fünfminütiger Laufzeit. In einer davon werden grundlegende Informationen über koronare Herzerkrankungen, den Umgang mit Symptomen und Medikamenten sowie zur Herzkatheter-Untersuchung gezeigt. In der anderen werden grundsätzliche Einflussfaktoren und Verhaltensregeln bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen erläutert.

Das Aufklärungsvideo wurde an allen drei beteiligten kardiologischen Abteilungen eingesetzt: Den Patientinnen und Patienten wurde hierfür leihweise ein Tablet-PC (iPad) zur Verfügung gestellt. Sie hatten somit die Möglichkeit, individuell zu entscheiden, wann sie dieses Informationsangebot nutzen wollten. Die Administration der Tablets (Angebot an Patientinnen und Patienten, Erklären des Tablets, Einsammeln der Tablets) übernahmen im Projekt die Studienteilnehmerin und die Studienteilnehmer der Gesundheit Österreich GmbH.

---

<sup>2</sup>

Entwickelt und realisiert wurde das Videoprojekt von Prof. Manfred Zehetgruber und dem Medienfachmann und Regisseur Dr. Herbert Habersack. Die Lizenzrechte für das Aufklärungsvideo liegen bei den beiden Entwicklern.

## 2.2 Gruppenseminare zur Stärkung der Gesundheitskompetenz

Basierend auf dem Aufklärungsvideo plante ein interdisziplinäres Team (u. a. Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte) ein Gruppenseminar: Entwickelt wurde eine ca. 60-minütige standardisierte Powerpoint-Präsentation zu wesentlichen Aspekte von Herz-Kreislauf-Erkrankungen samt diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Ein besonderer Schwerpunkt wurde auf den positiven Einfluss eines gesundheitsfördernden Lebensstils auf den weiteren Krankheitsverlauf gelegt. Anschließend sollten die Patientinnen und Patienten ca. 30 Minuten Möglichkeiten für Fragen haben.

Das Gruppenseminar wurde in zwei der drei teilnehmenden Krankenhäuser organisiert und angeboten. Es fand ein- bis zweimal pro Woche<sup>3</sup> in den Räumlichkeiten der Station (des Krankenhauses) statt und wurde durch Plakate und Hinweise des Krankenhauspersonals beworben. Eingeladen wurden grundsätzlich alle stationären Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit und bei Interesse auch deren Angehörige. Zudem stand den Patientinnen und Patienten auch nach der Entlassung eine Teilnahme am Gruppenseminar frei.

Die Gruppenseminare wurden in einem Krankenhaus überwiegend von einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson (vereinzelt und gegen Ende hin durch eine Ärztin), in dem anderen Krankenhaus abwechselnd von zwei Ärztinnen gehalten. Im Anschluss an den Vortragsteil hatten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ca. 30 Minuten Gelegenheit, spezifische Fragen zu stellen.

---

3

Aufgrund geringer Nachfrage bzw. Ausfällen der Seminarleiterin entfielen einzelne Gruppenseminare.

## 3 Evaluationsmethoden

Zur Messung der Wirkung der Maßnahmen und zur Bewertung von deren Implementierung wurde eine Wirkungs- und Prozessevaluation durch die Gesundheit Österreich GmbH durchgeführt. Im Vorfeld der Studie wurde ein ethisches Clearing durch die Ethikkommission der Medizinischen Universität Wien eingeholt (EK Nr. 2204/2015).

### 3.1 Wirkungsevaluation

Die Wirkungsevaluation war als quasiexperimentelle Querschnittsstudie, die zwischen der Kontroll- und der Interventionsgruppe vergleicht, konzipiert. Die Studiendauer betrug 22 Monate. Die Studienpopulation bildeten Patientinnen und Patienten, die wegen Verdachts auf eine koronare Herzerkrankung (KHK) bzw. wegen einer KHK-Diagnose, eines Koronarsyndroms oder Myokardinfarkts stationär aufgenommen wurden. Die Kontrollgruppe umfasste dabei Patientinnen und Patienten, die sich in den kardiologischen Stationen während einer etwa vier Monate langen Zeitspanne vor Beginn der Intervention „Herzensbildung“ unter Bedingungen der sogenannten „standard care“ befanden. Die Interventionsgruppe nahm zusätzlich zur Standardbehandlung am Herzensbildungsprogramm teil. Personen in dieser Gruppe haben entweder nur das Aufklärungsvideo gesehen oder zusätzlich auch am Gruppenseminar teilgenommen. Die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden kurz nach der stationären Aufnahme im Spital (t0), kurz vor der Entlassung aus diesem (t1) und ca. vier bis sechs Monate nach Ende dieses stationären Aufenthalts (t2) befragt, wobei die letzte Befragung telefonisch erfolgte.

Die deskriptive und inferenzstatistische Auswertung wurde mittels SPSS, Version 23.0, durchgeführt. Das Signifikanzniveau wird mit  $p < .05$  festgelegt, d. h. Ergebnisse, die unter diesem Wert liegen, werden als signifikant angenommen, die Wahrscheinlichkeit, dass die Nullhypothese abgelehnt wird, ist somit kleiner als 5 %. Fehlende Werte wurden nicht imputiert.

Zur deskriptiven Beschreibung der Studienpopulationen (Kontroll- und Interventionsgruppe) wurden Häufigkeitsverteilungen, Mittelwerte und unterschiedliche Streuungsmaße (Standardabweichung, Median, Minimum, Maximum) berechnet. Mittels Chi-Quadrat-Test wurde überprüft, ob sich die beiden Stichproben (Kontroll- und Interventionsgruppe) nach bestimmten soziodemografischen Variablen unterscheiden und ob es zwischen beiden Gruppen Unterschiede im berichteten Gesundheitsverhalten gibt.

Zur Wirkungsprüfung mehrerer Output-Indikatoren (Indikatoren für Gesundheitskompetenz und gesundheits- und krankheitsspezifisches Wissen) wurde methodisch auf eine binär-logistische Analyse zurückgegriffen. Binär-logistische Analysen der Output-Indikatoren (Fragen zu Gesundheitskompetenz, Aufklärung, Wissen über Herzerkrankung, gesundem Lebensstil und Risikofaktoren) wurden unter Konstanthaltung der Baseline-Befragung (t0), Alter, Geschlecht, Status (ungeplante/geplante Aufnahme), Bildung und Muttersprache wurden durchgeführt, um signifikante Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe zu ermitteln.

## 3.2 Prozessevaluation

Die Prozessevaluation sah Fokusgruppen an den drei beteiligten kardiologischen Abteilungen mit Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeitern vor sowie Einzelinterviews mit der Studenteilehmerin und den Studenteilehmerm, welche die Umsetzung der Maßnahmen in den Stationen (insbesondere jene des Aufklärungsfilms) unterstützten und die Befragungen durchführten.

## 4 Evaluationsergebnisse

Für den Vergleich zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Kontroll- und jenen der Interventionsgruppe unmittelbar nach der Intervention (t1) konnten 551 Patientinnen und Patienten einbezogen werden (IG: n = 240, KG: n = 311). Es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich des Status der Spitalsaufnahme (mehr ungeplante Aufnahmen in der Interventionsgruppe) und der Muttersprache (mehr deutschsprachige Personen in der Interventionsgruppe).

Für den Vergleich zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Kontroll- und jenen der Interventionsgruppe vier bis sechs Monate nach der Krankenhausentlassung (t2) konnten 99 Personen (KG) bzw. 98 Personen (IG) einbezogen werden. Hier zeigten sich keine signifikanten Unterschiede nach den erhobenen soziodemografischen Merkmalen.

Die befragten Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter sowie Studienmitarbeiterinnen und -mitarbeiter berichten, dass Patientinnen und Patienten mit ungeplanten Aufnahmen auf einen Notfall hinweisen, während Patientinnen und Patienten mit geplanten Aufnahmen zumeist eine längere Krankheitsgeschichte zeigen. Letztere weisen ein entsprechend höheres Vorwissen auf. Diese Beobachtung wird von den Erhebungsergebnissen bestätigt: Tendenziell zeigen Personen aus der Interventionsgruppe zum Zeitpunkt t0 schlechtere Ausgangswerte bezüglich der allgemeinen Informiertheit über die Herzerkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten, der Gesundheitskompetenz, des selbsteingeschätzten Wissens sowie teilweise der krankheitsbezogenen Wissensfragen – nicht aber bei den gesundheitsbezogenen Wissensfragen. Wir nehmen an, dass die geringe Informiertheit der Interventionsgruppe bei der Aufnahme mit dem höheren Anteil ungeplanter Aufnahmen zusammenhängt. Patientinnen und Patienten mit geplanter Aufnahme verfügen möglicherweise aufgrund der Vorbehandlung über mehr Erfahrung mit der Erkrankung bzw. mehr Informationen zu ihrer Erkrankung.

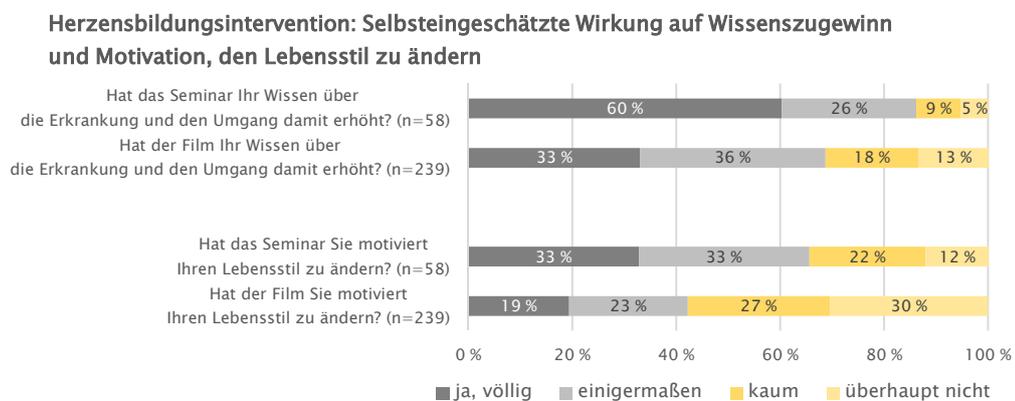
### 4.1 Einschätzung der Intervention durch Patient/inn/en und Mitarbeiter/inn/en

Vorauszuschicken ist, dass die Interventionsteilnehmerinnen und -teilnehmer beide Interventionen sehr gut eingeschätzt haben, wobei insbesondere das Gruppenseminar auf hohen Zuspruch stieß.

Der Großteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (95 %) am **Gruppenseminar** schreibt diesem eine hohe Verständlichkeit zu. Positiv hervorgehoben werden von den Befragten die Möglichkeit, Fragen zu stellen und das individuelle Eingehen auf die Patientinnen und Patienten. Fast alle (91 %) würden das Gruppenseminar weiterempfehlen. Der Großteil der Befragten (60 %) gibt an, dass sich ihr Wissen in Bezug auf die Erkrankung und den Umgang damit durch die Teilnahme am Gruppenseminar erhöht habe. Ein Drittel der Befragten gibt an, dass das Gruppenseminar sie motiviert habe, ihren Lebensstil zu verändern.

Das **Aufklärungsvideo** betreffend berichten 88 % von einer hohen Verständlichkeit der Inhalte. Die Mehrheit der Befragten begrüßen deren Einfachheit und Verständlichkeit. Einige Rückmeldungen zeigen aber auf, dass einzelne Inhalte fehlten bzw. die thematisierten Inhalte schon bekannt waren. Drei Viertel der Befragten (77 %) würden das Aufklärungsvideo weiterempfehlen. Ein Drittel der Befragten gibt an, dass der Film ihr Wissen in Bezug auf die Erkrankung und den Umgang damit erhöht habe. Von einer Motivation zu Lebensstiländerungen durch den Film berichtet ein Fünftel der Befragten.

Abbildung 4.1: Selbsteingeschätzte Wirkung der Interventionen auf Wissenszugewinn und Motivation, den Lebensstil zu ändern



Quelle: Herzensbildungserhebung 2016/17; Darstellung GÖG

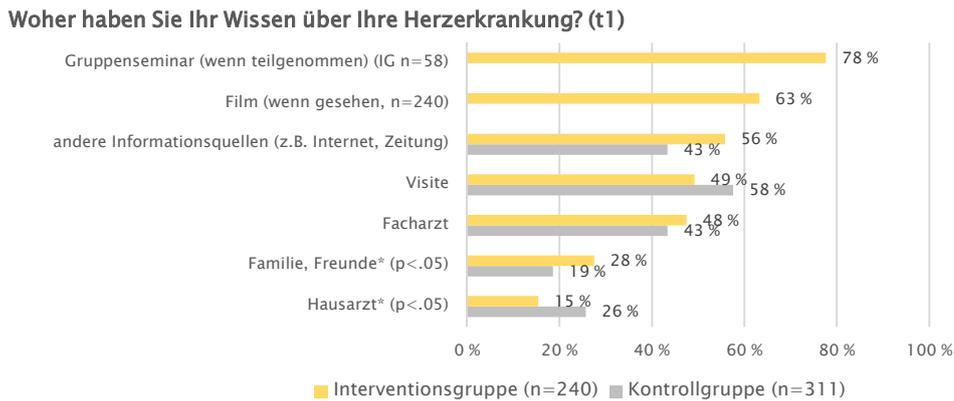
Die befragten Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter begrüßen die Interventionen im Rahmen von „Herzensbildung“ als Maßnahme zur Adressierung des Informations- und Kommunikationsbedarfs von Patientinnen und Patienten, dem im normalen Versorgungsalltag (kurze Liegezeiten, reduzierte Tagespräsenz) nicht ausreichend entsprochen werden kann. In den Fokusgruppen wurde der hohe gruppentherapeutische Effekt hervorgehoben. Patientinnen und Patienten besprechen in der Gruppe, welche Lebensstilfaktoren sie wie ändern können und zu welchen Ärztinnen bzw. Ärzten sie gehen können. Ebenfalls berichtet wurde, dass sich die Patientinnen und Patienten auch nach dem Ende des Seminars weiter untereinander austauschten.

## 4.2 Informationsquellen

Die Patientinnen und Patienten wurden sowohl kurz vor der Entlassung (t1) als auch vier bis sechs Monate nach dem Krankenhausaufenthalt (t2) gefragt, woher sie ihr Wissen über ihre Herzerkrankung haben. Bei der Entlassung berichten Patientinnen und Patienten der Kontrollgruppe, dass sie ihr Wissen über die Herzerkrankung insbesondere durch die Visite haben. Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Herzensbildungsintervention haben ihr Wissen insbesondere durch Gruppenseminar und Aufklärungsvideo (Abbildung 4.2) erworben. Weitere wichtige Informationsquellen für beide Gruppen sind Internet, Zeitung und Fachärzte.

Nachrangige Informationsquellen sind Freunde/Familie und Hausärztin/Hausarzt, wobei die Interventionsgruppenpatientinnen und -patienten ihr Wissen eher über die Familie und Freunde beziehen, während die Kontrollgruppenpatientinnen und -patienten ihr Wissen eher über die Hausärztin / den Hausarzt beziehen.

Abbildung 4.2: Wissensquellen zu Herzerkrankung (t1)

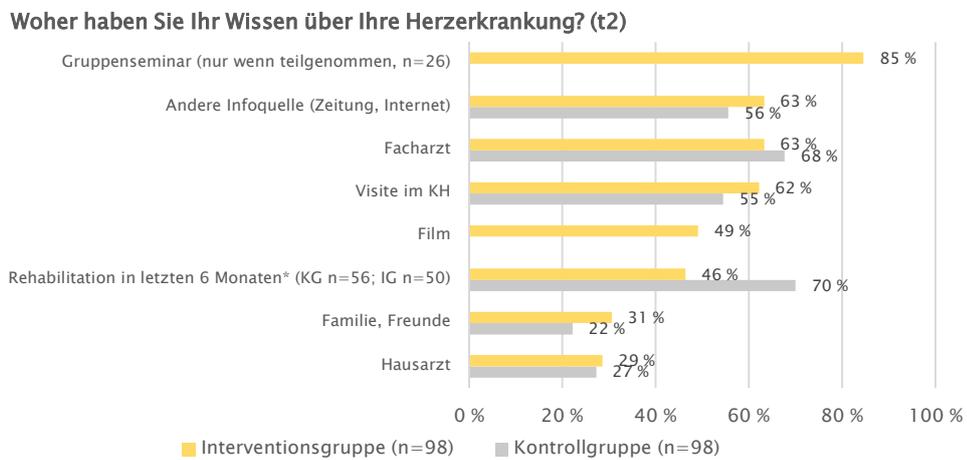


\*signifikant  $p < .05$

Quelle: Herzensbildungserhebung 2016/17; Darstellung GÖG

Die Gruppenseminare wirken auch vier bis sechs Monate nach der Krankenhausentlassung (t2) als Informationsquelle nach: 85 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Gruppenseminar gaben an, dass sie ihr Wissen durch die Teilnahme daran haben. Weitere Hauptinformationsquellen der Interventionsgruppe sind Zeitung/Internet, Fachärztin bzw. Facharzt und die Visite im Krankenhaus. Hauptinformationsquellen der Kontrollgruppe sind Rehabilitation, Fachärztin bzw. Facharzt und Zeitung/Internet. In beiden Gruppen sind Hausärztin bzw. Hausarzt und Freunde nachrangige Informationsquellen. Signifikant ist vier bis sechs Monate nach der Krankenhausentlassung (t2) nur der Unterschied, dass die Kontrollgruppe mehr Information durch einen Rehabilitationsaufenthalt bezieht als die Interventionsgruppe (siehe Abb. 3.3).

Abbildung 4.3: Bezug von Wissen über Herzerkrankung (Follow-up Erhebung t2)



\* signifikant  $p < .05$

Quelle: Herzensbildungserhebung 2016/17; Darstellung GÖG

### 4.3 Informiertheit der Patientinnen und Patienten

Bei der Krankenhausaufnahme (t0) fühlt sich der Großteil der Befragten in beiden Gruppen eher bis sehr gut über die Herzerkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten informiert. Ausgehend von einer positiven Antworttendenz wurden nur die „sehr gut“-Antworten berücksichtigt, wobei sich dann nur noch (knapp) die Hälfte der Befragten sehr gut informiert fühlt. Kurz nach der Aufnahme ins Krankenhaus (t0) geben 54,1 % der Kontrollgruppe an, sehr gut über die Herzerkrankung<sup>4</sup> informiert zu sein, in der Interventionsgruppe sind es hingegen nur 44,7 %.

Nach der Intervention zum Zeitpunkt t1 geben 55,6 % der Kontrollgruppe (+1,5 %) und 50,6 % der Interventionsgruppe (+5,9 %) an, im Allgemeinen sehr gut über ihre Herzerkrankung informiert zu sein. Vier bis sechs Monate nach der Krankenhauserlassung geben 59,6 % der Kontrollgruppe (+5,5 % im Vergleich zu t0) und 74,5 % der Interventionsgruppe (+29,8 %) an, eher bis sehr gut über ihre Herzerkrankung informiert zu sein. Um zu sehen, ob die Intervention einen Unterschied bewirkt, wurde unter Konstanzhaltung der Baseline-Befragung (t0), Alter, Geschlecht, Status (geplante/ungeplante Aufnahme), Bildung und Muttersprache eine logistische Regression durchgeführt. Diese zeigte einen signifikanten Unterschied aufgrund der Intervention bei t2: Die Wahr-

4

Fragestellung: Wie gut fühlen Sie sich im Allgemeinen über Ihre Herzerkrankung informiert? (4stufige Antwortskala von sehr gut bis sehr schlecht; weiß nicht)

scheinlichkeit, sich sehr gut über die Herzerkrankung informiert zu fühlen, ist vier bis sechs Monate nach der Intervention in der Interventionsgruppe um das 2,4-fache höher als in der Kontrollgruppe.

Ähnliche Tendenzen, die sich allerdings in der logistischen Regression als nicht signifikant erweisen, zeigen sich auch hinsichtlich der Informiertheit über Behandlungsmöglichkeiten<sup>5</sup>. Vor der Intervention (t0) gaben 45,1 % der Kontrollgruppe und 43,4 % der Interventionsgruppe an, sich sehr gut über Behandlungsmöglichkeiten informiert zu fühlen. In den beiden Gruppen zeigen sich zwischen Spitalsaufnahme und Entlassung (t0-t1) kaum Änderungen (+2,9 % bzw. 1,0 %). Vier bis sechs Monate nach der Krankenhausentlassung geben 51,5 % der Kontrollgruppe (+6,4 %) und 59,4 % der Interventionsgruppe (+16,0 %) an, sehr gut über ihre Herzerkrankung informiert zu sein.

Damit zeigt sich, dass Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe bei der Baseline-Erhebung (t0) von schlechteren Ausgangsniveaus starten als die Kontrollgruppe und u. a. durch Teilnahme an der Herzensbildungsintervention ihre selbsteingeschätzte Informiertheit über das Niveau der Kontrollgruppe hinausgeht.

Neben der selbsteingeschätzten Informiertheit wurden auch ausgewählte Aspekte des Europäischen Health-Literacy-Instruments herangezogen (HLS-EU-Consortium 2012), um Hinweise auf die Gesundheitskompetenz der Befragten zu erhalten. Auch bei den abgefragten Aspekten der Gesundheitskompetenz zeigen sich vier bis sechs Monate nach der Entlassung Verbesserungen in der Interventionsgruppe.

Vor der Intervention (t0) gab nur knapp ein Drittel der Befragten (32,9 % der Kontrollgruppe, 31,4 % der Interventionsgruppe) an, dass es für sie sehr einfach ist, ihre Ärztin / ihren Arzt zu verstehen. Vier bis sechs Monate nach der Krankenhausentlassung steigt der Anteil dieser Personen um 13,0 % (Kontrollgruppe) bzw. 15,6 % in der Interventionsgruppe. Allerdings zeigt die logistische Regression, dass diese Unterschiede nicht signifikant sind und damit auch auf andere Effekte als die Intervention zurückzuführen sind.

Signifikante Unterschiede in der logistischen Regression zeigen sich aber bezüglich der Beurteilung von Vor- und Nachteilen von Behandlungsmöglichkeiten vier bis sechs Monate nach der Krankenhausentlassung: Bei der Aufnahme ins Krankenhaus (t0) hielten es 26,6 % der Kontrollgruppe und 14,0 % der Interventionsgruppe für sehr einfach, die Vor- und Nachteile von Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen. Vier bis sechs Monate nach der Intervention sinkt der Anteil in der Kontrollgruppe um 5,9 % auf 20,7 %. In der Interventionsgruppe hingegen steigt der Anteil um 10,4 % auf 24,4 %. Die durchgeführte logistische Regression deutet darauf hin, dass sich durch die Teilnahme an der Herzensbildungsintervention die Wahrscheinlichkeit für eine „sehr einfach“-Einschätzung um das 3,4-fache erhöht.

---

5

Fragestellung: Wie gut fühlen Sie sich über Behandlungsmöglichkeiten (etc.) informiert? (4stufige Antwortskala von sehr gut bis sehr schlecht; weiß nicht)

Ähnliche – aber nicht signifikante – Änderungen zeigen sich bezüglich der Beurteilung der Zusammenhänge von Alltagsgewohnheiten mit der Gesundheit. In der Kontrollgruppe zeigen sich im Vergleich zur Baseline-Erhebung kaum Änderungen, während der Anteil der Befragten in der Interventionsgruppe, der sehr zustimmt, dass es einfach ist, zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit der Gesundheit zusammenhängen, um 4,8 % (t1) bzw. 10,0 % (t2) im Vergleich zur Baseline-Erhebung steigt.

## 4.4 Gesundheits- bzw. krankheitsspezifisches Wissen

Die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden sowohl gebeten, ihr Wissen hinsichtlich ausgewählter Fragen selbst einzuschätzen, als auch aufgefordert, Wissensfragen (z. B. Nennung von Beispielen für gesunde Ernährung, idealen Blutdruckwerten) zu beantworten.

Ausgehend von einer im Vergleich zur Kontrollgruppe schlechteren Selbsteinschätzung der Interventionsgruppe bei der Krankenhausaufnahme, zeigt sich bei der Interventionsgruppe ein deutlicher Zugewinn an Selbstsicherheit unmittelbar nach der Intervention.

Während vor der Intervention 59,2 % der Kontrollgruppe, aber nur 48,1 % der Interventionsgruppe sehr zustimmen, über Warnsymptome einer Herzerkrankung informiert zu sein, steigt der diesbezügliche Anteil in der Interventionsgruppe nach der Intervention (t1) um 18,6 %. In der Kontrollgruppe steigt er nur leicht (+4,4 %). Um zu sehen, ob die Intervention einen Unterschied bewirkt, wurde unter Konstanzhaltung der Baseline-Befragung (t0) in Hinblick auf Alter, Geschlecht, Status (geplante/ungeplante Aufnahme), Bildung und Muttersprache eine logistische Regression durchgeführt. Diese zeigte einen signifikanten Unterschied, der (auch) der Intervention zuzuschreiben ist bei t1: Die Wahrscheinlichkeit, sehr gut einerseits über Warnsymptome der Herzerkrankung informiert zu sein, und andererseits darüber, wie man sich dabei verhalten soll, ist nach der Intervention in der Interventionsgruppe zweimal so hoch wie in der Kontrollgruppe. Vier bis sechs Monate nach der Krankenhauserlassung stimmen 64,9 % der Kontrollgruppe (+5,7 % im Vergleich zu t0) und 75,5 % der Interventionsgruppe (+27,4 % im Vergleich zu t0) sehr zu, darüber Bescheid zu wissen. Die logistische Regression zeigt hier aber keine signifikanten Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit des Antwortverhaltens, d. h. der Unterschied kann auf andere Faktoren als auf die Intervention zurückgeführt werden.

Erfragt wurde des Weiteren die Zustimmung bzw. Ablehnung bezüglich der Aussage „Sie wissen Bescheid, wofür Sie welches Medikament einnehmen“. Bei der Baseline-Erhebung stimmen drei Viertel der Kontrollgruppe (76,1 %) und 64,0 % der Interventionsgruppe diesem Statement sehr zu.

Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus (t1) sinkt dieser Prozentsatz in beiden Gruppen leicht (-2,6 % bzw. 1 %). Vier bis sechs Monate nach der Krankenhauserlassung steigt der Anteil im Vergleich zur Baseline-Erhebung in beiden Gruppen um 7,7 % (Kontrollgruppe) bzw. 18,0 % in der Interventionsgruppe. Allerdings sind die Unterschiede gemäß der durchgeführten logistischen Regression nicht signifikant und damit nicht eindeutig auf die Intervention zurückzuführen.

Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe zeigen nach der Intervention signifikante Zugewinne an gesundheitsbezogenem (Beispiele für gesunden Lebensstil, gesunde Ernährung, Bewegung) und krankheitsbezogenem Wissen (Nennung von Risikofaktoren für Herzerkrankungen, Risikominderung bei Verzicht auf rauchen, idealer Blutdruckwert). Die Intervention trägt dazu bei, dass sich die Wahrscheinlichkeit von richtigen Antworten im Vergleich zur Kontrollgruppe um das Zweifache (Lebensstilfaktoren) bis Fünffache (Risikominderung bei Verzicht auf rauchen) erhöht. Vier bis sechs Monate nach der Krankenhausentlassung bleibt der signifikant höhere Wissenszugewinn bezüglich der Risikominderung bei Verzicht auf rauchen und der Bezeichnung des schlechten Cholesterinwerts erhalten. Damit zeigt sich auch mittelfristig ein Wissenszugewinn, zu welcher die Teilnahme an der Herzensbildungsintervention einen Beitrag leistet.

## 4.5 Kontakt mit dem Versorgungssystem nach Spitalsentlassung

Im Rahmen der telefonischen Befragung wurde der Kontakt zu ausgewählten Bereichen des Krankenversorgungssystems nach der Entlassung aus dem Krankenhaus thematisiert. Patientinnen und Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe suchten ohne Unterschied am häufigsten eine Fachärztin oder einen Facharzt auf (77,8 % bzw. 75,3 %). Darüber hinaus haben Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe tendenziell, aber nicht signifikant, einen häufigeren Kontakt mit dem Versorgungssystem (Hausarztbesuch, Aufnahme in die Rehabilitation, nochmaliger Krankenhausaufenthalt).

## 4.6 Gesundheitsverhalten nach Spitalsentlassung

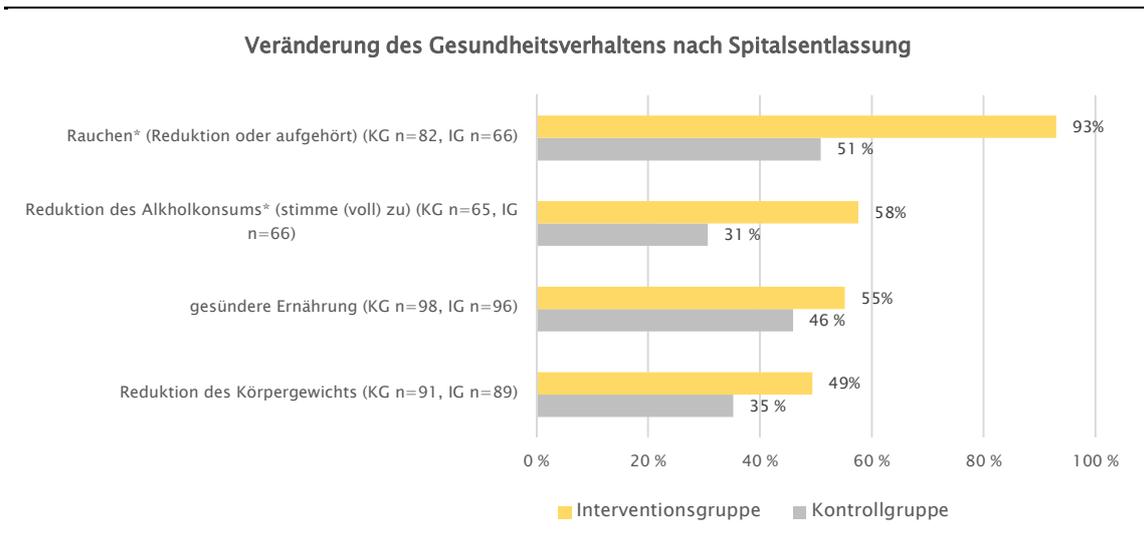
Retrospektiv wurden die Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer bei der Telefonerhebung (t2) nach ihrem Gesundheitsverhalten vor und nach dem Krankenhausaufenthalt gefragt.

Bei der Baseline-Erhebung kurz nach der Krankenhausaufnahme (t0) berichtete die Interventionsgruppe von einem schlechteren Gesundheitsverhalten bzw. mehr Stressoren als die Kontrollgruppe. In beiden untersuchten Gruppen berichteten die Befragten am häufigsten von Stress (IG: 81 %, KG: 76 %), gefolgt von Übergewicht (IG: 54 %, KG: 42 %) bzw. Alkoholkonsum mehrmals im Monat (IG: 52 %, KG: 48 %). Rauchen ist in beiden Gruppen ein vergleichsweise nachrangiges Gesundheitslaster (IG: 39 %, KG: 32 %).

Vier bis sechs Monate nach der Krankenhausentlassung berichten Befragte aus der Interventionsgruppe im Vergleich zur Phase vor der Krankenhausaufnahme häufiger von einem gesünderen Lebensstil. Signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zeigen sich bezüglich der Reduktion bzw. des Aufhörens mit dem Rauchen und einer Reduktion des Alkoholkonsums. In der Interventionsgruppe geben 93 % der Befragten an, ihren Zigarettenkonsum reduziert zu haben bzw. ganz mit dem Rauchen aufgehört zu haben. In der Kontrollgruppe sind es nur 51 %.

Beim Thema Alkoholkonsum stimmen 58 % der Interventionsgruppe (voll) zu, ihren Konsum reduziert zu haben, in der Kontrollgruppe sind es hingegen nur 31 %. Aber auch bezüglich Ernährung, Reduktion des Körpergewichts und Bewegung zeigen sich ähnliche – allerdings nicht signifikante – Tendenzen.

Abbildung 4.4: Veränderung des Gesundheitsverhaltens nach der Spitalsentlassung (t2)



Quelle: Herzensbildungserhebung 2016/17; Darstellung GÖG

## 4.7 Einschätzung der Ergebnisse

Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass beide Herzensbildungsinterventionen von den Patientinnen und Patienten sehr geschätzt werden. Aufgrund der zu geringen Fallzahl konnten keine differenzierten Analysen der Wirkung der einzelnen Interventionen durchgeführt werden. In Übereinstimmung mit anderen Studien (Johnson et al. 2004) kann angenommen werden, dass die Kombination aus Gespräch im Gruppenseminar und medial vermittelten Gesundheitsinformationen die besten Effekte zur Stärkung der Gesundheitskompetenz zeitigen. Die Wirkungsevaluation belegt, dass die Herzensbildungsinterventionen einen Beitrag zu zumindest mittelfristigen Wissenszugewinnen leisten können.

## 5 Optimierte Intervention

Beide Interventionen im Rahmen von Herzensbildung können für eine Weiterführung empfohlen werden. Die Patientinnen und Patienten schreiben den Interventionen, insbesondere den Grup-penseminaren, eine hohe Verständlichkeit zu. Die Evaluation belegt zudem einen krankheitsbe-zogenen Wissenszugewinn und Lebensstiländerungen in ausgewählten Bereichen (Rauchen, Alko-holkonsum). Hinsichtlich der Implementierung der beiden Interventionen zeigte die Prozesseva-luation Optimierungsbedarfe und -möglichkeiten auf – insbesondere weil aufgrund der kurzen Verweildauer der Patientinnen und Patienten von durchschnittlich 1,5 Tagen kaum Zeit für die Interventionen bleibt und grundsätzlich zu überlegen ist, wie angesichts dieser zeitlichen Rah-menbedingungen der Informations- und Aufklärungspflicht von Patientinnen und Patienten nach-gekommen werden kann.

### 5.1 Aufklärungsvideo

Bei den Aufklärungsvideos zeigen die Evaluationsergebnisse Verbesserungspotenzial bezüglich der Inhalte und der sprachlichen Übersetzung, aber auch hinsichtlich der Information über das Aufklärungsvideo.

Die Inhalte des Aufklärungsvideos sind insbesondere für chronisch-krankte Patientinnen und Patien-ten, die bereits gut informiert sind, zu allgemein. Daher empfehlen die Fokusgruppenteilnehme-rinnen und -teilnehmer, die Inhalte den unterschiedlichen Zielgruppen (nach Alter, Berufsstatus, Informationsstatus) besser anzupassen. Eine Ausdifferenzierung in mehrere Kurzfilme u. a. über einzelne Untersuchungen, Folgeerkrankungen und Medikamentenunverträglichkeit könnte die At-traktivität steigern.

Die Evaluationsergebnisse zeigen weiters, dass die Übersetzung der Filme der Sprachkompetenz der (Haupt-)Zielgruppe besser angepasst werden sollte. Im Rahmen der Fremdspracheninterviews stellte sich heraus, dass der Wortschatz älterer Migrantinnen und Migranten vom aktuellen Wort-schatz im Herkunftsland abweicht (Einführung neuer Begriffe). Teilweise sind ihnen die deutschen gesundheitsbezogenen bzw. medizinischen Fachbegriffe vertrauter als jene ihrer Muttersprache. Weiters stellte sich heraus, dass die Übersetzung in BKS tendenziell kroatisch und damit schlecht verstehbar für serbisch-sprechende Personen ist. Vereinzelt wurde auch vorgeschlagen, den Film in weitere Sprachen zu übersetzen (z. B. in die syrische Varietät des Arabischen).

Weiterer Optimierungsbedarf besteht bezüglich der systematischen Bewerbung des Aufklärungs-videos: In der Projektumsetzung erfolgte diese nicht: 85,4 % der Patientinnen und Patienten aus der Interventionsgruppe geben an, nicht von einer Ärztin oder einem Arzt aufgefordert worden zu sein, den Film anzusehen.

Für die Fragen nach dem bestmöglichen Einsatzmodus und den geeignetsten Orten wurden meh-rere Möglichkeiten erhoben:

**Integration in den Stationsalltag:** Tablets sollten – hier stimmen die Befragten der Prozessevaluation überein – aufgrund ihrer aufwändigen Handhabung (Austeilen, Erklären, Einsammeln, Desinfektion der Tablets etc.) nur im Bedarfsfall eingesetzt werden. Alternativ wurde von den Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmern vorgeschlagen, das Aufklärungsvideo über Internet bereitzustellen und die privaten Tablets der Patientinnen und Patienten zu nutzen. Mittlerweile haben viele Patientinnen und Patienten Geräte zum Abspielen von Filmen im Krankenhaus mit, so dass diese Ressource genutzt werden kann. Wird diese Umsetzungsvariante gewählt, gilt es zuvor Lizenzfragen zu klären, die mit der Nutzung des Aufklärungsvideos einhergehen. Im Rahmen der Fokusgruppen wurde auch eine zweite Alternative zum Einsatz des Aufklärungsvideos aufgezeigt: Es könnte im Warte-/Aufenthaltsraum (sofern im Krankenhaus vorhanden) gezeigt werden. Hier stellt sich aber die Frage, ob die Umsetzung z. B. in Form einer Dauerschleife nicht zu einer Informationsüberflutung bei den Patientinnen und Patienten führt. Praktikabler scheint die Ausarbeitung von Konzepten, wie Patientinnen und Patienten sich das Video in Ruhe im Ambulanzbereich ansehen können. Plakate könnten über das Angebot informieren, damit jede Patientin und jeder Patient die Möglichkeit hat hinzukommen. Zusätzlich kann bei der Visite darauf hingewiesen werden. Aufgezeigt wurde auch die Option, die Videosequenz über die Herzkatheteruntersuchung vor ebendieser zu zeigen, während die Patientin oder der Patient warten muss.

**Integration der Intervention in andere Settings:** Aufgrund der Basisinformation, welche das Aufklärungsvideo vermittelt, schlagen die Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer vor, den Film auch in anderen Settings einzusetzen:

- » Der Einsatz des Aufklärungsvideos im niedergelassenen Bereich, z. B. im Wartebereich allgemeinmedizinischer und/oder internistischer Praxen könnte zweckdienlich sein.
- » Breitenwirksam erscheint auch die Adaptierung des Films als Quiz, welches in öffentlichen Verkehrsmitteln gezeigt werden kann.

## 5.2 Gruppenseminar

Das Gruppenseminar wurde ein- bis maximal zweimal in der Woche angeboten. Aufgrund der kurzen Liegezeit der Patientinnen und Patienten konnten jeweils nur ein Teil der Patientinnen und Patienten an den Gruppenseminaren teilnehmen. Eine realistische Teilnahmemöglichkeit hatten also in erster Linie jene Patientinnen und Patienten, deren Aufenthalt mit dem Angebot der Gruppenseminare zusammenfiel. Die anderen Patientinnen und Patienten konnten auch nach der Entlassung am Gruppenseminar teilnehmen<sup>6</sup>. Die Möglichkeit zur Teilnahme wurde weiters durch das dichte Untersuchungs- und Behandlungsprogramm eingeschränkt, welches sie in den durchschnittlich 1,5 Tagen ihres Krankenhausaufenthalts durchlaufen.

---

6

Diese Personen konnten jedoch nicht in die Erhebung einbezogen werden, da sie zum Zeitpunkt der Entlassung das Gruppenseminar noch nicht absolviert hatten.

Als Teillösung zur Erhöhung der Teilnehmerzahl wird von den Interviewpartnern sowie den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fokusgruppe eine bessere Kommunikation der Bedeutung der Gruppenseminare gegenüber den Patientinnen und Patienten (gute Einladungsprozesse!) vorgeschlagen. Ärztinnen und Ärzte sollten auf die Angebote Gruppenseminar und Aufklärungsfilm verweisen und so zur Teilnahme motivieren. Die Bewerbung durch Plakate kann ausgebaut werden, indem aktuelle Änderungen (Terminänderungen) durch die Schulungsleitung kurzfristig ausgewiesen werden.

Neben der Bewerbung gilt es bei der Erbringung im Krankenhaus auch das Zeitfenster zu optimieren, in welchem die Gruppenseminare angeboten werden. Die Gruppenseminare sollten in einem möglichst ruhigen Zeitfenster angeboten werden (wenige Untersuchungen), damit die Patientinnen und Patienten daran teilnehmen können. Im Projekt haben sich hier Nachmittage als günstig erwiesen. Das ist oft schwierig und erfordert eine höhere Priorisierung im Stationsalltag. Alternativ können angesichts der Rahmenbedingungen die Gruppenseminare im niedergelassenen Bereich angeboten werden.

Zur inhaltlichen Optimierung der Gruppenseminare wurde von den Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmern eine Erweiterung der Inhalte angeregt – unabhängig vom Durchführungsort, in welchem die Gruppenseminare angeboten werden. Vorgeschlagen wurden Informationen über psychische Aspekte der Erkrankung und die Teilnahmemöglichkeit an Selbsthilfegruppen. Anzumerken ist des Weiteren, dass der Informationsbedarf von der Personen- und Patientengruppe abhängt. Eine berufstätige Patientin hat andere Informationsbedarfe (z. B. Erkrankung und Reisen) als ein Hochbetagter, in dessen Fall unter Umständen die Angehörigen oder soziale Dienste eingebunden werden müssen. Wenngleich nicht die Zielgruppe der Herzensbildungsinterventionen, wurde in den Fokusgruppen auch darauf hingewiesen, dass es auch genetisch bedingte Herzerkrankungen gibt, die andere Informationsbedarfe nach sich ziehen.

Die Inhalte der Gruppenseminare sind daher partizipativ und zielgruppenspezifisch weiterzuentwickeln. Nachdem sich mittelfristige Wissenszugewinne (nur) in den Bereichen Risikoverminderung bei Verzicht auf rauchen und Cholesterinwert beobachten ließen, sind die Inhalte von Gruppenseminar und Aufklärungsfilm dahingehend zu überarbeiten, auch Kenntnisse in anderen Wissensbereichen, insbesondere in Hinblick auf gesundheitsbezogenes Wissen, zu erhöhen.

Die definierten Inhalte sollen auch als Informationsmaterial (Flyer) zur Verfügung gestellt werden, um Patientinnen und Patienten eine Möglichkeit zum Nachlesen anzubieten. Diese Informationsmaterialien könnten von verschiedenen öffentlichen und privaten Stellen bereitgestellt werden. Angeregt wird auch, weitere Berufsgruppen in die Seminare einzubeziehen. Hervorgehoben werden hier insbesondere Ernährungsberaterinnen und -berater, um Ernährungsfragen in Zusammenhang mit der Herzerkrankung und Diabetes zu erläutern.

Vorgeschlagen wird weiters, die Gruppenseminare auch in anderen Sprachen (BKS, Türkisch) anzubieten, um Personen mit keinen oder geringen Deutschkenntnissen den Zugang zu erleichtern.

Für die Fortführung der Gruppenseminare zeigen sich sowohl Möglichkeiten der Integration in den Stationsalltag als auch deren Fortsetzung in anderen Settings:

- » **Integration in den Stationsalltag:** Sollen die Gruppenseminare als Leistung der Krankenversorgung integriert werden, erfordert dies zusätzliche Personalressourcen, um eine dauerhafte Umsetzung zu sichern. Des Weiteren bedarf es geeigneter Seminarräumlichkeiten mit entsprechender technischer Ausstattung (u. a. Laptop, Beamer).

Ein alternativer Vorschlag ist die Durchführung der Gruppenseminare durch externes, qualifiziertes Fachpersonal, das die Seminare an den kardiologischen Abteilungen hält.

- » **Integration der Intervention in andere Settings:** Die Gruppenseminare könnten auch von anderen Einrichtungen angeboten werden, sofern Patientinnen und Patienten (nach der Entlassung) motiviert werden können, einen anderen Ort aufzusuchen. Konkret wurden Frauen- bzw. Männergesundheitszentren genannt, welche auch über die erforderlichen Sprachkompetenzen (auch BKS, Türkisch) verfügen. Eine Möglichkeit, Patientinnen und Patienten den Zugang zu diesen zu erleichtern, wären Hinweise auf extramurale Angebote bzw. Hinweise im Rahmen der Entlassungsunterlagen für die Hausärztin oder den Hausarzt, Gruppenseminare zu empfehlen (im Sinne des „social prescribing“) (Brandling, House 2009).

## 6 Schlussbetrachtung

Das Projekt „Herzensbildung“ zielt darauf ab, das Wissen über Herzerkrankungen, deren Symptome und Medikation zu verbessern, die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu steigern (d. h. die Fähigkeit, gesunde Entscheidungen zu treffen), und einen Beitrag zu einem gesünderen Lebensstil und besserem Krankheitsmanagement der Patientinnen und Patienten zu leisten. Die Evaluation belegt eine hohe Verständlichkeit und Annahme der Informationsangebote sowie mittelfristige Lebensstiländerungen in den Bereichen Rauchverhalten und Alkoholkonsum durch das Herzensbildungsprogramm. Entsprechend leisten die Herzensbildungsinterventionen einen Beitrag zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung von Herz-Kreislauf-Patientinnen und -Patienten. Allerdings erfordern nachhaltige Lebensstiländerungen – auch in anderen Bereichen – im Allgemeinen eine kontinuierliche Begleitung der Patientinnen und Patienten. Entsprechend scheint eine weiterführende laufende Beratung und Begleitung unter anderem durch den niedergelassenen Bereich zweckmäßig.

Die Projektumsetzung und Projektevaluation belegten aber nicht nur die Sinnhaftigkeit weiterer Informationsangebote, sondern auch den Bedarf, die Informationspolitik im Gesundheitssystem neu zu denken, konkret dahingehend, wann, wie und durch welche Berufsgruppe Patientinnen und Patienten informiert werden (können).

Beobachtet wurden stark verdichtete Arbeits- und Behandlungsprozesse: Ein hohes Patientenaufkommen erhöht die Arbeitsbelastung der Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter. Diese mündet ins schnelle Abwickeln von Untersuchungen und reduziert die möglichen Gesprächszeiten mit Patientinnen und Patienten.

Die Patientinnen und Patienten selbst sehen sich aufgrund der kurzen Liegezeiten von durchschnittlich 1,5 Tagen einem dichten Behandlungsprogramm ausgesetzt. Teilweise sind sie sich gar nicht bewusst, in welchem kritischen Zustand sie eingeliefert wurden und machen bereits kurz nach der Herzkatheteruntersuchung den Eindruck, sich wieder gesund zu fühlen: Veranschaulicht wird dies von mehreren Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeitern der Fokusgruppe am Umstand, dass gleich nach der Herzkatheteruntersuchung eine Zigarette geraucht wird oder eine Pizza aufs Zimmer bestellt wird. Durch die hochentwickelte „gute Medizin“ haben Patientinnen und Patienten wenig Anlass bzw. Gelegenheit, ihre Lebensweise zu überdenken (geringer Leidensdruck).

Die Evaluationsergebnisse belegen den Bedarf an und die Nachfrage nach mehr (individueller) Kommunikation im Krankenhaus seitens der Patientinnen und Patienten sowie die positive gesundheitliche Wirkung der Herzensbildungsinterventionen. Auch die befragten Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter sehen den Bedarf an mehr Information und begrüßen Initiativen zu mehr Patienteninformation. Wenngleich die Sinnhaftigkeit von Patienteninformation und aktiven Patientinnen und Patienten hervorgehoben wird, lassen die vorhandenen Ressourcen im Stationsalltag eine Umsetzung der Interventionen nur sehr schwer zu. Angesichts kurzer Liegezeiten der

Patientinnen und Patienten gilt es die Patienteninformation als zentralen Teil des Versorgungsprozesses grundsätzlich neu zu priorisieren und gut umsetzbare Informationsangebote zu entwickeln.

Zentral für eine gute Patientenaufklärung sind Gespräche zwischen medizinischem bzw. pflegerischen Krankenhausfachpersonal sowie Patientinnen und Patienten (Sator et al. 2015). Gute Gespräche erfordern nicht notwendigerweise mehr Zeitressourcen, müssen aber erlernt werden .

Information und Aufklärung ist ein Patientenrecht (vgl. Patientencharta 2006). Patienteninformation gilt daher als Kernleistung der Krankenversorgung. Gleichzeitig kann das Krankenhaus nur einen (begrenzten) Beitrag zur kontinuierlichen Begleitung chronisch Kranker leisten. Für eine fortgesetzte Begleitung von Patientinnen und Patienten beim Management ihrer chronischen Herz-erkrankung bedarf es eines interprofessionell und intersektoral abgestimmten Informationsprozesses, d. h. der Klärung der Frage, wer, wann und wie welche Informationen an Patientinnen und Patienten weitergeben soll. Dabei gilt es insbesondere die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Primärversorgung (vor Aufnahme, nach Entlassung) sowie zwischen den Berufsgruppen neu zu definieren.

Diese Evaluationsstudie zeigt auch vielfältigen, weiteren Forschungsbedarf auf, wie z. B. welche Patientengruppen mit welchen Interventionen erreicht werden können? Welche Berufsgruppen und welche Institutionen welche Kommunikationsaufgaben am besten übernehmen können? Welche ökonomischen und gesundheitlichen Auswirkungen gute Informationsangebote haben? Wie die unterschiedlichen Wirkungen von Videoaufklärung und Gruppenseminaren sind und wie sie am besten gemessen werden können (methodische Validierung)? Es zeigt sich auch auf der Forschungsseite die fehlende Priorisierung von kommunikativen Aufgaben, obwohl gerade hier der Aufbau systematischer Evidenz von mittelfristig zentraler Bedeutung für die Entwicklung einer patienten-zentrierten Krankenversorgung sein wird. Die Evaluationsstudie „Herzensbildung“ stellt hier einen neuen Meilenstein für Österreich dar, auf den vielfältig aufgebaut werden kann.

## 7 Literatur

- Adams, Robert John (2010): Improving health outcomes with better patient understanding and education. In: Risk Management and Healthcare Policy 3:61–72
- BMGF (2016): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur. Bundeszielsteuerungskommission, Beschlossen von der; 2016, am 1. Juli. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Chow, Clara K; Jolly, Sanjit; Rao–Melacini, Purnima; Fox, Keith AA; Anand, Sonia S; Yusuf, Salim (2010): Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. In: Circulation 121/6:750–758
- Critchley, Julia A; Capewell, Simon (2003): Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. In: JAMA 290/2:86–97
- Dutta–Függer, B.; Enzenhofer, E.; Pfaffenberger, S.; Abayev, S.; Zehetgruber, M. (2009): Wie viel weiß der kardiologische Patient über seine Erkrankung? In: Journal für Kardiologie 16/(5–6):172
- Enzenhofer, E. ; Dutta–Függer, B. ; Ehrlinger, M. ; Noitz, S. ; Tolino, M. ; Zehetgruber, M. (2009): Compliance ist das Resultat einer erfolgreichen Kommunikation zwischen Arzt und Patient! Wie lange sprechen wir Kardiologen mit unseren Patienten bei der Visite? In: Journal für Kardiologie 16/5–6:173–
- Habersack, H.; Zehetgruber, M. (2016): Verein zur Förderung der Multimedialen PatientInnenaufklärung. In: Onlinespräsenz v MultiMed21 [www.multimed21.com](http://www.multimed21.com). /:
- Halle, Martin (2004): Sekundärprävention der koronaren Herzerkrankung: Einfluss von körperlichem Training auf Morphologie und Funktion der Koronargefäße. In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 55/3:66–69
- HLS–EU–Consortium (2012): Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey. The international Consortium of the HLS–EU Project, Online
- Irving, Greg; Neves, Ana Luisa; Dambha–Miller, Hajira; Oishi, Ai; Tagashira, Hiroko; Verho, Anistasiya; Holden, John (2017): International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. In: BMJ Open 7/10:
- Johnson, A.; Sandford, J.; Tyndall, J. (2004): Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home (Cochrane Review). In: The Cochrane Library 3:

- Jolliffe, JA; Rees, Karen; Taylor, RS; Thompson, D; Oldridge, Neil; Ebrahim, Shah (2001): Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. In: Cochrane Database Syst Rev 2001/:CD001800
- Kempf, Dorothee (2007): Untersuchung der Gesprächszeit mit Patienten und Angehörigen unter Zugrundelegung der Arbeitszeitverteilung von Krankenhausärzten Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau
- Parker, Ruth (2009): Measuring health literacy: what? So what? Now what? In: Measures of health literacy: workshop summary, Round-table on Health Literacy. Hg. v. Hernandes, L. National Academies Press, Washington DC. S. 98-91
- Patientencharta: Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Kärnten), BGBl. I Nr. 195/1999, in der geltenden Fassung.
- Patientencharta (2006): Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte, Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 08.08.2006
- Rojatz, Daniela; Nowak, Peter; Ganahl, Kristin (2018): Evaluation des Projektes „Herzensbildung“. Ergebnisbericht. Hg. v. GmbH, Gesundheit Österreich, Wien
- Sator, Marlene; Nowak, Peter (2018): Gute Gesprächsführung ist lehr- und lernbar. In: Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ 2018/01-02:12-13
- Sator, Marlene; Nowak, Peter; Menz, Florian (2015): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Grundlagen, Analyse und erste Umsetzungsempfehlungen für eine langfristige Weiterentwicklung in Österreich. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Statistik Austria (2017): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik. Wien
- Van den Brink-Muinen, Atie; Verhaak, Peter F. M.; Bensing, Jozien M.; Bahrs, Ottomar; Deveugele, Myriam; Gask, Linda; Mead, Nicola; Leiva-Fernandez, F.; Perez, A.; Messerli, Verena; Oppizzi, L.; Peltenburg, M. (2003): Communication in general practice: differences between European countries. In: Family Practice 20/4::478-485
- Zehetgruber, M. (o. J.): Spitzenmedizin ist nicht genug [Online]. <http://www.herzlungenzentrum.at/pdf/> [Zugriff am 12.1.2018]
- Zehetgruber, Manfred; Wallner, Thomas (2005): Herzensbildung. Ein medizinischer Ratgeber zu Herz-Kreislaufkrankungen. Facultas, Wien