

Evaluation von Patienten-Informationsblättern zur kardiovaskulären Prävention

Evaluation of Patient Information Leaflets for Cardiovascular Prevention

Günther Egidi¹

Hintergrund: Schriftliche Patienten-Ratgeber sind in der Lage, Patienten die Entscheidung zu Therapie-Entscheidungen zu erleichtern. Obwohl es sehr viele schriftliche Patienten-Informationen zur kardiovaskulären Prävention gibt, sind nur sehr wenige auf Akzeptanz seitens der Patienten untersucht worden.

Methoden: Acht von der Arbeitsgruppe „Kardiovaskuläre Prävention“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) erstellte Patienten-Informationsblätter wurden in zwölf bayrischen Landarzt-Praxen an Patienten ausgeteilt mit dem Ziel, die Informationsblätter bezüglich ihrer Verständlichkeit und Akzeptanz durch Patienten zu prüfen. Die Patienten wurden dabei quantitativ und qualitativ befragt. Für die quantitative Befragung wurde eine modifizierte Version des ins Deutsche übersetzten DISCERN-Fragebogens, eines international validierten Messinstrumentes zur Beurteilung von Patienten-Informationen, benutzt. Als Grenzwert für die Entscheidung, ob ein Informationsblatt unverändert belassen werden konnte oder überarbeitet werden musste, wurde ein Median von mindestens „eher ja“ bzw. der Note „2“ zu jeder der vierzehn DISCERN-Fragen gewählt.

Ergebnisse: Zehn von zwölf befragten Hausarzt-Praxen nahmen teil. 376 DISCERN-Fragebögen wurden zurückgesandt. Die Frage zur Gesamt-Qualität der Information erreichte bei allen acht Informationsblättern einen Median von 2 bzw. „eher ja“. Zu fünf Fragen – drei Patienten-Informationen betreffend – fiel die Beurteilung schlechter aus. Die betreffenden Informationen wurden in der Zwischenzeit entsprechend überarbeitet.

Schlussfolgerungen: In dieser Untersuchung (eine der größten ihrer Art) über die Akzeptanz von Patientenratgebern zur kardiovaskulären Prävention wurden die DEGAM-Patienten-Ratgeber zur kardiovaskulären Prävention gut angenommen. Schriftliche Patienten-Informationen sollten einer Evaluation (mit quantitativen und qualitativen Bestandteilen) durch die Patienten selbst unterworfen werden. Für die Zukunft des DEGAM-Leitlinien-Projektes können Anstöße für die Entwicklung von Standards zur Herstellung von Patienten-Informationen gegeben werden.

Background: Written patient information supports informed decision making. Despite large amounts of patient information leaflets on cardiovascular prevention, investigations about patients' acceptance are rare.

Methods: Doctors of twelve Bavarian family practices were asked to distribute eight different patient leaflets on cardiovascular prevention provided by the German College of General Practitioners and Family Physicians (DEGAM). In order to evaluate patients' acceptance, clarity and easy comprehension of this material, patients and physicians were asked to answer questionnaires in a quantitative and qualitative format. For quantitative measurement we used a modified German version of the internationally well evaluated DISCERN tool. We determined the rating "2" (probably yes) as a cut-off-point. If the median was at least "2" for each of the 14 DISCERN items, we assumed that the leaflet was accepted, and we did not recommend any modifications.

Results: 10 practices participated. 376 DISCERN questionnaires were returned. The median rating concerning the overall quality was "2" (probably yes) for each of the eight leaflets. However, 5 sub-items of 3 different leaflets had received a median of more than "2". These leaflets were revised. The freetext comments confirmed the results of the quantitative evaluation. Detailed comments allowed specific modification of some parts of the leaflets.

Conclusions: Our results (in one of the largest investigations of its sort) indicate that the DEGAM leaflets for cardiovascular prevention are well accepted amongst patients. Written patient information (containing quantitative and qualitative elements) should undergo evaluation by the patients themselves. Patient evaluation may be helpful in the development of standards for DEGAM patient information.

Keywords: patient information, cardiovascular prevention, evaluation

Schlüsselwörter: Patienten-Information, Kardiovaskuläre Prävention, Evaluation

¹ Arzt für Allgemeinmedizin, Bremen-Huchting

Peer reviewed article, eingereicht: 31.03.2009, akzeptiert: 06.05.2009

DOI 10.3238/zfa.2009.0345

Hintergrund:

Eine ausreichende Information der Patienten über diagnostische, therapeutische oder Screening-Maßnahmen gewinnt zunehmend an Bedeutung. Es gibt inzwischen zahllose Patienten-Informationen zum Themenkomplex der kardiovaskulären Prävention. Eine Google-Suche mit den Suchwörtern „Patienten-Information Herz-Kreislauf“ am 4.5.2007 ergab 23.600 Treffer, am 24.2.2009 waren es bereits 174.000!

Viele Informationsblätter und web-basierte Patienten-Informationen weisen erhebliche Mängel auf wie z. B. das Fehlen von Illustrationen und den Gebrauch von Fremdwörtern sowie anderen schwer verständlichen Ausdrücken, deren Verwendung die Verständlichkeit insbesondere für wenig geübte Patienten erheblich beeinträchtigen kann. Die Angabe von Prozentzahlen erschwert es nicht nur Patienten, sondern auch den meisten Ärzten, Informationen zu verstehen [1, 2]. Häufig werden Vor- und Nachteile einer Behandlung oder Verhaltensänderung nicht gegeneinander abgewogen, sondern es überwiegen appellative Empfehlungen in eine Richtung.

Die meisten von deutschen Hausärzten an ihre Patienten ausgeteilten Patienten-Informationen sind von der pharmazeutischen Industrie hergestellt und/oder beeinflusst worden [3]. Nicht-kommerzielle Informationen weisen meist eine bessere Qualität auf, wie Kunst und Khan am Beispiel von Informationen zur COPD aufzeigten [4].

Vor dem Hintergrund, dass kardiovaskuläre Krankheiten trotz eines altersbezogen stetigen Rückganges [5] für die meisten Todesfälle in Deutschland verantwortlich sind [6], zugleich aber ein Großteil verschriebener Medikamente von den Patienten nicht eingenommen wird [7, 8, 9, 10] und besprochene Veränderungen des Lebensstils nur selten umgesetzt werden [11], hatte eine Arbeitsgruppe der DEGAM beschlossen, nicht nur eigene Patienten-Informationsblätter zum Themenfeld Herz-Kreislauf-Prävention zu erstellen, sondern diese auch bezüglich ihrer Verständlichkeit und Eingängigkeit zu evaluieren.

Therapie-Adhärenz – im günstigsten Fall nach einem Prozess partizipativer Entscheidungs-Findung – setzt

unter anderem eine gute Informiertheit der Patienten voraus. Auf Bevölkerungsebene konnte nachgewiesen werden, dass Patienten von schriftlichen Informationen durch ihre Ärzte profitieren [12, 13], denn oft ist bereits beim Verlassen des Sprechzimmers ein Gutteil des mit dem Arzt Besprochenen wieder vergessen. In einem Cochrane Review 2003 [14] berichteten O'Connor et al. zudem, dass die Benutzung schriftlicher Patienten-Informationen und medizinischer Entscheidungs-Hilfen mit verringerter Angst und Zunahme von Sicherheit und Therapie-Adhärenz einhergeht.

Kinmonth et al. wiesen in der Pro-ActiveUK-Studie [15] an körperlich inaktiven Probanden mit familiärem Diabetes-Risiko sogar nach, dass die einfache Abgabe einer Patienten-Information bezüglich einer Steigerung der körperlichen Aktivität nicht weniger effektiv war als ein ausgearbeitetes Trainings- und Schulungs-Programm.

Die DEGAM-Leitlinie Kardiovaskuläre Prävention und die Patienten-Informationen

Seit einigen Jahren arbeitet eine ehrenamtliche DEGAM-Gruppe an der Entwicklung einer Leitlinie zur kardiovaskulären Prävention. Kern-Projekt dieser Leitlinie ist das evidenzbasierte Beratungs-Instrument ARRIBA (Absolutes und Relatives Risiko – Individuelle Beratung in der Allgemeinarztpraxis) [16]. Darin werden optische und sprachliche Mittel benutzt, um den Patienten die für einen Prozess gemeinsamer Entscheidungsfindung notwendigen Wissensvoraussetzungen bezüglich ihres persönlichen kardiovaskulären Risikos und der Effekt-Größe möglicher präventiver Maßnahmen anschaulich zu demonstrieren.

Wesentliche Bestandteile der in Arbeit befindlichen Leitlinie sind:

- Betrachtet werden keine einzelnen Messwerte, sondern ein Gesamtrisiko. So kann es sich durchaus ergeben, dass man sich in der Beratung eines rauchenden Hypertonikers gemeinsam mit ihm dafür entscheidet, sein Risiko nicht durch den Einsatz eines Antihypertensivums, sondern durch ein Programm zur Nikotinentwöhnung und Bewegung zu behandeln.

- Es gibt weder strikte Grenz- noch Zielwerte, z. B. für Lipide [17].
- Änderungen des Lebensstils [18, 19] senken das kardiovaskuläre Risiko meist effektiver als medikamentöse Interventionen [20, 21, 22].
- Hausärzte sollten nicht vorschnell bei Überschreiten eines „Grenzwertes“ blutdruck- oder cholesterinsenkende Medikamente verschreiben, sondern die Patienten sollten selbst entscheiden, ob und ggf. wie sie ihr Risiko überhaupt senken wollen.

Um über die möglichen Interventionen besser zu informieren und den Patienten konkrete Hilfestellungen für die Untermauerung des in der ARRIBA-Beratung stattfindenden Entscheidungsprozess an die Hand zu geben, wurden acht Patienten-Informationsblätter zu den Themen Acetylsalicylsäure, Antikoagulation, Bewegung, Bluthochdruck, Diabetes, Ernährung, Metformin und Rauchen erstellt.

Alle Informationsblätter mussten mindestens eine Illustration sowie inhaltlich und optisch eine ähnliche Struktur enthalten. Der Eingängigkeit halber wurden für alle Blätter Fragen, die mit dem Buchstaben W beginnen, formuliert und beantwortet:

1. Wer? Für wen ist diese Information gedacht?
2. Warum? Hintergrund der Information
3. Was muss noch bedacht werden? – Spezielle Aspekte
4. Wie geht das? Wirkung der Intervention
5. Was kann dabei passieren? – Risiken der Intervention
6. Was könnte man tun? – Empfehlungen
7. Wer könnte dabei helfen?
8. Was will ich tun? – Formulierung eines Planes und optional gemeinsame Unterschrift von Arzt und Patient unter der Information.

Um Patienten ohne viel Übung im Lesen nicht abzuschrecken, wurde die Textlänge auf den Umfang eines beidseitig bedruckten DIN-A4-Blattes begrenzt.

Ziel der vorliegenden Studie war, die Akzeptanz dieser acht Patienten-Informationen zu untersuchen.

Methoden:

Zunächst wurden die acht Patientenratgeber in einem strukturierten Gruppen-

Die 14 Items der verwendeten DISCERN-Version:

- Sind die Ziele der Information klar?
- Sind die Informationen für Sie bedeutsam?
- Ist die Information ausgewogen und unbeeinflusst geschrieben?
- Gibt es genaue Angaben, wo man sonst Hilfen oder Informationen bekommen kann?
- In manchen Bereichen der Medizin weiß man noch nicht genau Bescheid. Hilft die Information hier weiter?
- Wird die Wirkung aller Ihnen bekannten Behandlungen beschrieben?
- Wird der Nutzen der Behandlungen beschrieben?
- Werden die Risiken aller Behandlungen beschrieben?
- Wird beschrieben, was passiert, wenn man sich gegen eine Behandlung entscheidet?
- Wird beschrieben, wie die Behandlungen Ihre Lebensqualität beeinflussen können?
- Ist klar dargestellt, dass es mehr als ein mögliches Behandlungsverfahren geben kann?
- Ist die Information eine Hilfe für eine „partnerschaftliche Entscheidungsfindung“ von Arzt und Patient?
- Bewerten Sie abschließend die Information hinsichtlich ihrer Gesamt-Qualität.
- Bewerten Sie die grafische Gestaltung der Information.

Tabelle 1 Die 14 Items der verwendeten DISCERN-Version.

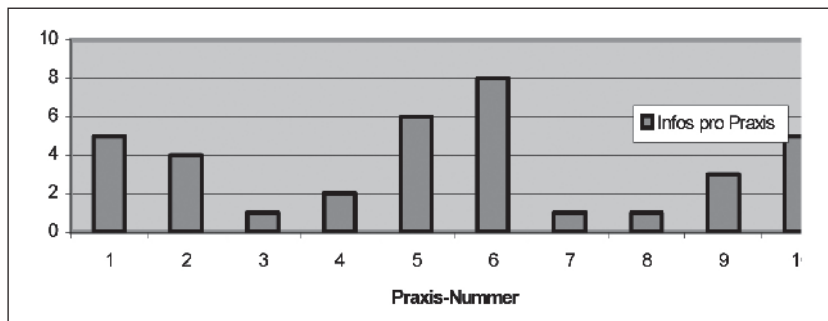


Abbildung 1 Anzahl der getesteten Infos pro Praxis.

prozess durch die DEGAM-Arbeitsgruppe Kardiovaskuläre Prävention entwickelt und anschließend im Listserver Allgemeinmedizin diskutiert (entspricht etwa einem Paneltest, wie er in der Entwicklung von DEGAM-Leitlinien vorgesehen ist). Entsprechende Rückmeldungen wurden eingearbeitet. Über persönlichen Kontakt gewannen wir zwölf allgemeinmedizinische Lehrärzte der TU München zur Teilnahme an der Testung. Diese Praxen lagen in bayrischen Dörfern und Kleinstädten mit durchschnittlich 9000 Einwohnern.

Die Patienten-Informationen wurden nacheinander versandt (wenn die Rückmeldungen für diese die Zahl 10 erreicht hatten, wurde die nächste Information versandt) und von Patienten und teilweise auch von den austeilenden Ärzten quantitativ wie qualitativ beurteilt. Für die quantitative Beurteilung wurde eine deutsche Übersetzung des DISCERN-Fragebogens verwendet [23] – ein validiertes Mess-Instrument für die Beurteilung von Patientenrat-

gebern durch Patienten mit 14 Items und einer fünfstufigen Likert-Skala (Items siehe Tabelle 1). Die Kategorien waren „Ja“, „Eher ja“, „Teilweise“, „Eher nein“ und „Nein“. Da kategoriale Zahlen ausgewertet wurden, wurden Mediane errechnet. Als Grenzwert für die Akzeptanz einer Patienten-Information wurde vorab ein Median der Antworten von mindestens „eher ja“ in jedem der 14 Items des DISCERN festgelegt.

Um qualitative Freitext-Rückmeldungen geben zu können, erhielten die Patienten die Patienten-Informationen doppelt – jeweils ein Exemplar zum Verbleib und eines zum Bearbeiten. Zugleich erhielten auch Ärzte und medizinische Fachangestellte die Patienten-Ratgeber und DISCERN-Fragebögen mit der Bitte um Rückmeldung.

Alle Patienten, die der Zielgruppe der jeweiligen Informationsschrift entsprachen (z. B. Diabetiker, Hypertoniker, Übergewichtige, Patienten mit Vorhofflimmern), sollten die Informationsschrift unselektiert und konsekutiv

zusammen mit dem DISCERN-Fragebogen erhalten.

Die deutsche Übersetzung des englischen DISCERN-Originals aus Oxford [24] musste überarbeitet werden – die ersten Rückmeldungen der bayrischen Hausärzte zeigten, dass einige Fragen des DISCERN von etlichen Patienten nicht verstanden würden. Die DEGAM-Arbeitsgruppe entschied, dass sich der Fragebogen auf 14 Fragen beschränken und auf eine DIN-A4-Seite passen sollte (die spätere Auswertung der Bögen bestätigte die Entscheidung für eine solche Beschränkung: Viele Patienten ermüdeten offensichtlich – die letzten Fragen des Fragebogens wurden häufiger nicht beantwortet als die ersten).

Anders als in der ursprünglichen Oxforder Version des DISCERN mit 16 Items wurde hier nicht gefragt, ob die Quellen der Information benannt, ob ein Erstellungsdatum angegeben sowie ob die Ziele der Information erreicht wurden. Auf der anderen Seite wurde in der vorliegenden Arbeit auch nach der grafischen Qualität der Information gefragt.

Die Fragebögen wurden in die Hausarzt-Praxis des Erstautors zurückgesandt. Die Auswertung fand teils hier, teils in der Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin an der Universität Marburg statt. Tabelliert wurde in Excel und SPSS.

Als sich nach zwei Monaten der Rücklauf der Fragebogen sehr unterschiedlich gestaltete (Akzeptanz, Handhabung etc.), entschied die DEGAM-Leitliniengruppe folgende Änderungen im Studien-Design:

1. Es wurden vorrangig die Informationen zu Hypertonie, zu Bewegung, zu Ernährung und zu Acetylsalicylsäure versendet.
2. Nur die Patienten, die sich bereit erklärten, die Informationen gleich im Wartezimmer zu lesen und den Fragebogen auszufüllen, sollten sie auch bekommen.

Ergebnisse:

Zwölf Hausarzt-Praxen hatten die Teilnahme zugesagt – letztlich beteiligten sich zehn. Die Praxen testeten zwischen einer und allen acht Patienten-Informationen – im Durchschnitt 3,9. Einzelne Praxen meldeten bereits nach einer ge-

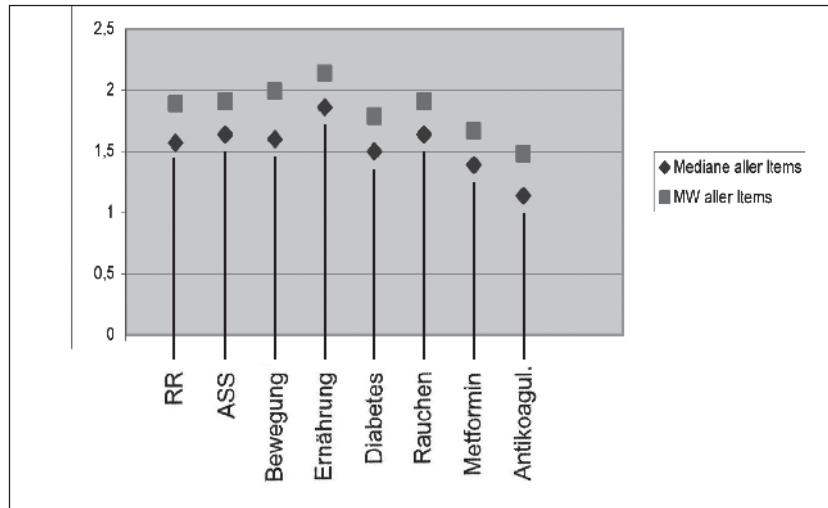


Abbildung 2 Mediane und Mittelwerte aller Items.

Hypertonie-Information Item	Mittel-Wert	Median	Anzahl der abgegebenen Antworten
Ziel der Information klar?	1,50	1	101
Information bedeutsam?	1,63	1	100
Information ausgewogen und unbeeinflusst?	1,73	2	97
Angaben über Hilfen und Informationen?	2,17	2	98
Hilfe in Bereichen, in denen man nicht Bescheid weiß?	2,28	2	96
Wirkungen beschrieben?	1,88	2	100
Nutzen beschrieben?	1,76	1	101
Risiken beschrieben?	2,04	2	99
Auswirkung der Nicht-Behandlung beschrieben?	1,65	1	96
Beeinflussung der Lebensqualität beschrieben?	1,68	1	96
Existenz von Behandlungs-Alternativen dargestellt?	1,64	1	97
Hilfe für partnerschaftliche Entscheidungsfindung?	1,65	1	99
Beurteilung der Gesamt-Qualität	2,31	2	93
Beurteilung der grafischen Gestaltung	2,53	2	93

Tabelle 2 Beurteilung der Information zur Hypertonie.

testeten Information zurück, es handle sich gerade in Zeiten bürokratischer Belastung hausärztlicher Tätigkeit um eine unzumutbare Mehrarbeit. Eine Praxis wiederum war in der Lage, alle acht Informationen innerhalb von drei Monaten zu testen.

Die Patienten-Informationen wurden im Durchschnitt von 4,88 teilnehmenden Praxen getestet; die Bandbreite

reichte von nur einer (Metformin) bis hin zu allen zehn (Hypertonie).

Mit 376 ausgewerteten Fragebögen handelt es sich um eine der umfangreichsten Untersuchungen zum Thema (eine australische Gruppe hatte 160 DISCERN-Bögen zu vier verschiedenen Patienten-Informationen untersucht [25]).

Alle Patienten-Ratgeber erreichten den Grenzwert der Mediane entsprechend der Note „2“ entsprechend „eher ja“. Der Mittelwert fiel meist etwas schlechter als der Median aus.

Fünf einzelne Items bei insgesamt drei verschiedenen Patienten-Informationen bekamen einen Median von 2,5 oder schlechter und sind dementsprechend überarbeitet worden. Beispielhaft wurde in Tabelle 2 für die Hypertonie-Information die Auswertung der einzelnen Items dargestellt. Abbildung 2 zeigt die globale Beurteilung der verschiedenen Patienten-Informationen.

Antworten der Ärzte und der Medizinischen Fachangestellten:

Trotz mehrfacher Einladungen erhielten wir von den Arzhelferinnen keine Rückmeldungen. Vier Ärzte beurteilten verschiedene Patienten-Informationen. Pro Information wurden zwischen null und drei Fragebögen von den Ärzten beantwortet – insgesamt elf Fragebögen. Die Antworten der Ärzte fielen tendenziell schlechter aus als die der Patienten. Die detaillierten Ergebnisse der quantitativen Auswertung sind in der Promotionsarbeit des Erstautors (<http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2008/0560/pdf/dge.pdf>) dargestellt.

Qualitative Resultate:

62 Freitext-Antworten sowohl von Ärzten als auch von Patienten waren auswertbar. Sie waren entweder direkt in ein ausgegebenes doppeltes Exemplar der Patienteninformation hinein- oder auf die Rückseite des Beurteilungs-Fragebogens geschrieben worden. Insgesamt bestätigten die qualitativen Äußerungen die Tendenz der quantitativen Befragung und erlaubten eine detailliertere Überarbeitung der Informationen. Sätze wie „Was ist DMP KHK?“ oder „Kardiovaskuläre Prävention – oje!“ erlauben, die Verständlichkeit der Informationen zu verbessern. „Mich stören die Angaben in „g“ und „%“ – Meine Nahrung habe ich selten gewogen“ – solche Sätze belegen die Validität der entsprechenden quantitativen Ergebnisse – hier zur Ernährungs-Information.

Weitere Beispiele für qualitative Rückmeldungen: „Lebensqualität: da ich keine Beschwerden hatte, wurde der

Dr. med. Günther Egidi ...



... 52 Jahre alt, Vater von drei Kindern und Arzt für Allgemeinmedizin in einem Arbeiter-Vorort Bremens.
Vorsitzender der Akademie für hausärztliche Fortbildung Bremen und Sprecher der Sektion Fortbildung der DEGAM.

Hochdruck eher zufällig entdeckt. Dabei ist eine unmittelbare Änderung/Verbesserung der Lebensqualität nicht offensichtlich, allenfalls das zukünftige Ausbleiben von Schädigungen.“ „M.E. sind homöopathische Behandlungsformen auch wirksam (u. unschädlicher)“. „Ich kann den Text gut verstehen – vor allen Dingen ist das auch deswegen so wichtig, weil das auf dem Beipackzettel vom ASS – egal welche Firma – so überhaupt nicht drauf steht – das ist so gesehen viel patientenfreundlicher wie so ein Beipackzettel der einem manchmal nur verwirrt einen Patienten sogar von der Tabletteneinnahme abhalten kann!“
„Der wichtigste Satz: Spaß geht vor Leistung!“

Diskussion:

Die Testung in bayrischen Dörfern und Kleinstädten, in denen verbreitet Dialekt gesprochen wird, stellt sicherlich eine besondere Anforderung hinsichtlich der Verständlichkeit der Patienten-Informationen dar. Die Patienten-Informationen der DEGAM zur kardiovaskulären Prävention wurden per saldo als gut bewertet. Die qualitativen Äußerungen bestätigen die Tendenz der quantitativen Befragung und erlauben eine detailliertere Überarbeitung der Informationsblätter.

Die Gesamtbeurteilung der Informationen über alle Fragen des DISCERN-Fragebogens lautete „eher gut“.

Es gibt eine Reihe von Untersuchungen über die Einbeziehung von Patienten bereits in die Erstellung von Patienten-Informationen. Wegen der begrenzten personellen Kapazitäten einer ausschließlich ehrenamtlich tätigen Arbeitsgruppe konnte die DEGAM-Leitlinien-Gruppe einen solchen Ansatz aber nicht realisieren.

Auf der anderen Seite findet sich nicht selten ein Dilemma: Möchte man Patienten-Vertreter für die Arbeit in den

Gremien der Selbstverwaltung und die Erzeugung von Leitlinien und Patienten-Informationen qualifizieren, muss man sie umfangreich schulen. Damit professionalisieren sie sich aber und entfernen sich zunehmend von den Durchschnitts-Patienten, die alltäglich in Hausarzt-Praxen versorgt werden. In der vorliegenden Untersuchung dagegen wurden bewusst solche Durchschnitts-Patienten befragt.

Ursprünglich war geplant worden, konsekutiv allen Patienten, für die die entsprechende Information infrage kam (Raucher, Diabetiker, Übergewichtige etc.), Information und Fragebogen auszuhändigen, um einen Selektions-Bias zu vermeiden. Dieses Vorgehen erwies sich aber als nicht umsetzbar. Hier ist ein Selektions-Effekt möglich: Nachdem der ursprüngliche Plan, Patienten-Informationen und Fragebögen an alle entsprechenden konsekutiven Patienten auszuteilen, fallen gelassen werden musste, bekamen wir nur Antworten von denjenigen Patienten, die bereit waren, die Information gleich zu lesen und die entsprechenden Fragebögen zu beantworten.

Auch wenn klar gemacht wurde, dass es sich um eine Information der DEGAM und nicht des eigenen Hausarztes handelte, ist ein Bias der sozialen Erwünschtheit bzw. Gefälligkeit nicht auszuschließen – möglicherweise gab es Patienten, die ihren Hausarzt nicht durch eine negative Beurteilung des ausgeteilten Informationsblattes enttäuschen wollten.

Akzeptanz in der vorliegenden Studie bedeutet zwar nicht unbedingt Anwendbarkeit im täglichen Alltag einer Hausarzt-Praxis. Sie stellt aber eine wichtige Voraussetzung dar, um beispielsweise unter Hinweis auf die belegte Akzeptanz die Patienten-Informationen flächendeckend implementieren zu können.

Wünschenswert wäre es sicherlich, die Auswirkung des Einsatzes der Patienten-Informationen auch auf das

gesundheitliche Verhalten der Patienten zu untersuchen. Dies war mit den geringen Mitteln der hier vorgestellten Untersuchung aber nicht zu realisieren. Entwickeln von Leitlinien bzw. Patienten-Informationen sind ähnliche Untersuchungen unbedingt anzuraten, wir wären auf einige Kritikpunkte ohne die Rückmeldung seitens der Patienten nicht selbst gekommen. Zugleich fand die schon intern in der Leitlinien-Gruppe geäußerte Kritik an der Ernährungs-Information (zu viele direktive Empfehlungen und ein allzu planmäßiger Umgang mit Ernährung als genuin genussvollem Prozess) eine in dieser Eindeutigkeit nicht erwartete Bestätigung.

Die Informationen wurden von den Ärzten etwas schlechter beurteilt als von den Patienten. Möglicherweise kommt darin ebenfalls das Bemühen der Patienten zum Ausdruck, ihrem Arzt eine Gefälligkeit zu erweisen. Umgekehrt kann dies ein Hindernis für die Verbreitung der Informationen durch die Ärzte bedeuten.

Die DEGAM-Arbeitsgruppe entschied sich, eine auf Deutsch übersetzte Version des DISCERN-Instrumentes zu benutzen. Es gibt durchaus kritische Stimmen gegen die Benutzung von Checklisten zur Beurteilung von Patienten-Informationen. Einige bemängeln, dass solche Checklisten nur strukturelle Aspekte der Informationen abfragen [26] wie die Präsentation der Zahlen, das „framing of data“ [27, 28, 29], die grafische Aufbereitung der Informationen und bestimmte Transparenz-Kriterien, aber keine Aussage treffen über die der Information zugrunde liegende Evidenz. Dem ist entgegenzuhalten, dass in den meisten Fällen Patienten nicht in der Lage sein dürften, die Evidenzbasis der verabreichten Information zu überprüfen.

Es bleibt eine ungelöste Frage, wie eine Patienten-Information beurteilt werden soll: Wenn man die Qualität schriftlicher Patienten-Informationen überprüfen möchte, sollte man sich für eines der etablierten und validierten Instrumente, wie z. B. DISCERN, entscheiden. Die von der MHH-Gruppe um Dierks et al. erstellte deutsche DISCERN-Version konnte für den Einsatz in den bayrischen Praxen nicht ohne weitere Überarbeitung verwendet werden. Die von uns verwendete DISCERN-Version lag

schließlich näher am Oxforder Original als die Hannoveraner Übersetzung. Die Substitution des Terminus „uncertainty“ (Unsicherheit), durch die Umschreibung „man weiß noch nicht Bescheid“ war problematisch. Die Rückmeldung einiger Patienten drückte auch eine gewisse Verunsicherung darüber aus, dass Ärzte hier ihre Unwissenheit dokumentierten. Gemeint war im ursprünglichen DISCERN, dass es Problemfelder gibt, die keine eindeutigen Aussagen zulassen.

Die DEGAM-Patientenratgeber enthalten überwiegend allgemeine Empfehlungen. Nur die Information zur Antikoagulation erfüllt am ehesten die Kriterien einer Entscheidungshilfe. Ansonsten findet der eigentliche Prozess der Partizipativen Entscheidungsfindung in der vorgelagerten ARRIBA-Beratung statt.

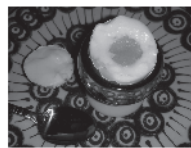
Einigen Patienten fiel es beim Ausfüllen des DISCERN-Fragebogens schwer, in den Empfehlungen zur gesunden Ernährung oder zur Bewegung therapeutische Maßnahmen zu erkennen. Möglicherweise liegt hierin ein Grund für den höheren Anteil nicht beantworteter DISCERN-Fragen und auch negativerer Antworten zu den entsprechenden Informationen.

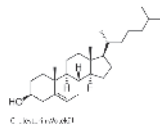
Interessenkonflikte: Der Erstautor erhielt von der DEGAM 900 € für Druck und Versand der Patienten-Informationen sowie für das Tabellieren der Befragungsergebnisse durch die Medizinischen Fachangestellten seiner Praxis. Er erstellte selbst die Informationsblätter zu den Themen Diabetes, Metformin und Antikoagulation. An der Entscheidung über die Kriterien zur Akzeptanz oder Nicht-Akzeptanz beteiligte er sich bewusst nicht.

Im Folgenden ist beispielhaft eine der im Artikel dargestellten Patienten-Informationen abgedruckt. Sie kann wie neun weitere Informationsblätter

zum Themenbereich der kardiovaskulären Prävention kostenfrei von der DEGAM-Homepage heruntergeladen werden:
<http://www.degam.de/typo/index.php?id=250>

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Günther Egidi
Huchtinger Heerstr. 41
28259 Bremen
Tel.: 04 21 / 5 79 76 75
E-Mail: familie-egidi@nord-com.net

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin | Patienteninformation
Wie wichtig ist eigentlich Cholesterin?
Und warum sollte man über eine medikamentöse Behandlung nachdenken?

Wer?
Alle Menschen mit erhöhtem Risiko für einen Herzinfarkt. Und alle, die sich wegen ihres Cholesterinspiegels Sorgen machen.
Warum?
Seit 1948 hat man in den USA gut 200.000 Menschen der 20.000 1-jährigen Stadt Framingham und ihre Kinder untersucht. Man wollte wissen, was in erster Linie die häufigste Todesursache in Amerika war und welche Faktoren zum Herzinfarkt beitrugen (Blutdruck, Blutzucker). Man stellte fest, dass mit steigendem Cholesterin (Körpergewicht, Lipidprofile) das Risiko ansteigt. Man fand einen eher schädlichen LDL und einen eher schützenden HDL (Hochwert) des Cholesterins.
Und man stellte eine große Dosis-Konzentration um das Cholesterin zu senken. Die Prognose war von eher ernüchternd: nur ein kleiner Teil des Cholesterins wird in der Nahrung aufgenommen, der größere Teil stellt unsere Leber her. Forscher entdeckten, dass diese Cholesterin-Produkte in der Leber mit Hilfe der so genannten Statine behindert werden kann.

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin | Patienteninformation
Wie?
Statine werden einmal am Tag genommen. Am besten vor dem Frühstück.
Geben Sie Statine senken das Cholesterin im Blut, verformen das Blut und schützen die Wand der Blutgefäße.
10 mg Simvastatin senken das Herzinfarkt-Risiko etwas um ein Fünftel. Wie viel das für Sie bedeutet, hängt von Ihrem persönlichen Risiko für einen Herzinfarkt ab. Liegt Ihr Risiko bei 5 von 100, wird es durch Simvastatin um 1%, also um 1 von 100 gesenkt. Es würde sich bei 100 Jahren 5 Jahre Statine einzuzeichnen, damit Sie in einem von 100 Fällen vor einem Infarkt geschützt wären.
Liegt das Risiko bei 50, sinkt es durch Simvastatin auch um 1% - es wäre jetzt also um 10-100 gesenkt. Hier würde sich die Einnahme von Simvastatin empfehlen. Gewissen können wir Ihnen gerne in der ARRIBA-Beratung erläutern.
In anderen großen Cholesterin-Studien mit über 100.000 Patienten hat man entdeckt, dass Simvastatin (immer in derselben Größe und in HDL) gibt, was hoch das Cholesterin. Was hat auch gar nicht untersucht, ob die Simvastatin-Wirkung besser ist, wenn man das Cholesterin oder das LDL besonders weit senkt.
Man kann also über Gewissen darauf verzichten, Cholesterin und LDL fallen zu senken, wenn man es für eine Behandlung entscheidet. Das sagt nicht nur Ärzten, sondern bewirkt auch, dass man nicht immer an sein Cholesterin denken und damit an eine mögliche Krankheit. Man benötigt nicht, weil die falsche Einnahme.

Welche Risiken? Kosten/Nutzen
Statine können sehr selten zu Muskelproblemen führen. Vor allem die Kombination mit Fibraten, eine andere Art von Fettsenken, ist besonders problematisch.

Literatur

1. Edwards A, Thomas R, Williams R et al. Presenting risk information to people with diabetes: Evaluating effects and preferences for different formats by a web-based randomised controlled trial. *Pat Educ Couns* 2006; 63: 336–349
2. Mühlhauser I, Kasper J, Meyer G. Understanding of diabetes prevention studies: questionnaire survey of professionals in diabetes care. *Diabetologia* 2006;49: 1742–1746
3. Linden M, Gothe H, Ryser M. Was gibt der Hausarzt seinen Patienten mit auf den Weg? *MMW* 1998; 141: 832–835
4. Kunst H, Khan HS. Quality of web-based medical information on stable COPD: comparison of non-commercial and commercial websites *Health Inf Lib J* 2002;19: 42–48
5. World Health Organisation, HFA Database June 2007
6. Todesursachenstatistik: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/Todesursachen2004.property=file.pdf>
7. Carter S, Taylor D. A Question of Choice: Compliance in Medicine Taking. *Medicines Partnership* 2003, <http://www.rpsgb.org.uk/pdfs/pr021022f.pdf>
8. Benner JS, Glynn RJ, Mogun H et al. Long-term persistence in use of statin therapy in elderly patients. *JAMA* 2002;288: 455–461
9. Caro JJ, Salas M, Speckman JL et al. Persistence with treatment for hypertension in actual practice *CMAJ* 1999;160: 31–7
10. 14. Jackevicius CA, Mamdani M, Tu JV. Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndroms. *JAMA* 2002;288: 462–467
11. 15. Chan YM, Molassiotis A. The relationship between diabetes knowledge and compliance among Chinese with non-insulin dependent diabetes mellitus in Hong Kong. *J Adv Nurs* 1999;30: 431–438
12. 16. O'Connor AM, Stacey D. Should patient decision aids (PtDAs) be introduced in the health care system? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; 2005 <http://www.euro.who.int/Document/E87791.pdf>
13. 17. Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in Bremen. *Gesundheitliche Information und Beratung aus Sicht der Bremer Bevölkerung*. Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Abteilung Gesundheitswesen, Referat Gesundheitsberichterstattung
14. 18. O'Connor AM, Stacey D, Rovner D, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Syst Rev* 2003 1. CD001431
15. 20. Kinmonth A-L, Wareham NJ, Hardeman W et al. Efficacy of a theory-based behavioural intervention to increase physical activity in an at-risk group in primary care (ProActive UK): a randomised trial. *Lancet* 2008; 371: 41–48
16. 21. <http://www.arriba-hausarzt.de/>
17. 23. Hayward RA, Hofer TP, Vijan S. Narrative Review. Lack of evidence for recommended low-density lipoprotein treatment targets: a solvable problem. *Ann Intern Med.* 2006; 145: 520–530
18. 26. Oldrige N, Perkins A, Marchionni N et al. Number needed to treat in cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehab* 2002; 22: 22–30
19. 29. Clark AM, Hartling L, Vandermeer B, McAlister FA. Meta-Analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Ann Intern Med.* 2005;143: 659–672
20. 31. Psaty BM, Lumley T, Furberg CD et al. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents: a network meta-analysis. *JAMA* 2003; 289: 2534–2544
21. 32. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90 056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet* 2005; 366: 1267–1278
22. 33. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002; 324: 71–86
23. 35. <http://www.discern.de> (13.7.2007)
24. 36. Charnock D, Shepperd S, Needham G, Gann R. DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 105–111
25. 37. Redfern J, Ellis E, Briffa T, Freedman SB. Development and testing of innovative patient resources for the management of coronary heart disease (CHD): a descriptive study. *BMC Health Serv Res.* 2006 Aug 6; 6: 95
26. 39. Delamothe T. Quality of websites: kitemarking the west wind. *BMJ* 2000; 321 (7265): 843–4
27. 41. Gurms HS, Litaker DG. Framing procedural risks to patients: is 99% safe the same as a risk of 1 in 100? *Acad. Med.* 2000; 75: 840–842
28. 42. Edwards A, Elwyn G, Mulley A. Explaining risks: turning numerical data into meaningful pictures. *BMJ* 2002; 324: 827–30
29. 43. Edwards A, Elwyn G, Covey J, Matthews E, Pill R. Presenting risk information – a review of the effects of “framing” and other manipulation on patient outcomes. *J Health Commun* 2001; 6: 61–82