

Aus der Abteilung für Allgemeinmedizin,
Präventive und Rehabilitative Medizin, Direktorin:
Frau Prof. Dr. med. Baum

des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität
Marburg

**Akzeptanz von Patienteninformations-
Broschüren zur kardiovaskulären Prävention
in Hausarztpraxen**

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des
Doktorgrades der gesamten Humanmedizin dem
Fachbereich Medizin der Philipps-Universität
Marburg vorgelegt von

Günther Egidi aus Hamburg, Marburg 2008

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg am:

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs.

Dekan:

Referentin: Prof. Dr. Erika Baum

1. Korreferent:

Inhaltsverzeichnis:

1. Glossar

2. Einleitung:

- 2.1. Prävalenz kardiovaskulärer Erkrankungen
- 2.2. Evidenz für verschiedene präventive Interventionen
- 2.3. Vorhandene Patienten-Informationen
- 2.4. Andere Untersuchungen zur Akzeptanz von Patienten-Informationen
- 2.5. Qualitäts-Anforderungen an Patienten-Informationen
- 2.6. Instrumente zur Beurteilung von Patienten-Informationen
- 2.7. DEGAM-Leitlinien-Entwurf zur kardiovaskulären Prävention

3. Material und Methoden

4. Ergebnisse

- 4.1. Praxis-Charakteristika
- 4.2. Rücklauf an Fragebögen
- 4.3. Gesamtauswertung
 - 4.3.1. Testung Hypertonie-Info
 - 4.3.2. Testung ASS-Info
 - 4.3.3. Testung Ernährungs-Info
 - 4.3.4. Testung Bewegungs-Info
 - 4.3.5. Testung Diabetes-Info
 - 4.3.6. Testung Info zur Antikoagulation
- 4.4. Beurteilungen durch die Ärzte
 - 4.4.1 Ärzte-Beurteilung Hypertonie-Info
 - 4.4.2 Ärzte-Beurteilung ASS-Info
 - 4.4.3 Ärzte-Beurteilung Ernährungs-Info
- 4.5. Vergleich Patienten- und Ärzte-Beurteilungen
- 4.6. Auswertung der qualitativen Testung durch die Patienten
- 4.7. Auswertung der qualitativen Testung durch die Ärzte

5. Diskussion

6. Zusammenfassung

6.1. deutsche Zusammenfassung

6.2. English abstract

7. Literaturverzeichnis

8. Tabellarischer Lebenslauf

9. Verzeichnis der akademischen Lehrer

10. Danksagungen und Erklärungen

11. Ehrenwörtliche Erklärung

12. Anhang

- 12.1. Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen
- 12.2. Originaler DISCERN-Fragebogen von 1997 aus Oxford
- 12.3. Modifiziertes und übersetztes DISCERN-Instrument
- 12.4. Beratungs-Instrument ARRIBA der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
- 12.5. 10-Stufen-Plan der DEGAM-Leitlinien-Entwicklung
- 12.6. DEGAM-Patienten-Information zur Hypertonie
- 12.7. DEGAM-Patienten-Information zur Acetylsalicylsäure (ASS)
- 12.8. DEGAM-Patienten-Information zur Bewegung
- 12.9. DEGAM-Patienten-Information zur Ernährung
- 12.10. DEGAM-Patienten-Information zur Antikoagulation
- 12.11. DEGAM-Patienten-Information zum Thema Diabetes
- 12.12. DEGAM-Patienten-Information zum Thema Rauchen
- 12.13. DEGAM-Patienten-Information zu Metformin
- 12.14. Bei der Testung verwendete Version des DISCERN-Fragebogens
- 12.15. Anschreiben an die bayrischen Testpraxen
- 12.16. die Gesamt-Ergebnisse der Testungen

Vorbemerkung: Für Ärzte und Ärztinnen, Patienten und Patientinnen wird der besseren Lesbarkeit wegen die männliche Schreibweise verwendet. Gemeint sind immer beide Geschlechter.

Finanzielle Zuwendungen: Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) unterstützte die Aufwendungen für Druck und Versand der Patienten-Informationen sowie für das Tabellieren der Befragungs-Ergebnisse durch die Helferinnen der Hausarzt-Praxis Egidi und Schelp in Bremen mit 900,- €. Interessenkonflikt: der Autor 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.

1. Glossar

Adipositas – definiert über den Body-mass-Index – BMI > 30 kg/m²

AKdÄ – Arzneimittel-Kommission der deutschen Ärzteschaft

ÄZQ - Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin – Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung

ARRIBA – Absolute und Relative Risiko-Reduktion – individuelle Beratung in der Allgemeinarzt-Praxis – ein Instrument der DEGAM zur Patienten-Beratung in der kardiovaskulären Prävention

ASS – Acetylsalicylsäure – bekanntestes Präparat ist Aspirin – neben einer analgetischen Wirkung wichtig vor allem durch seine Thrombozyten-Aggregationshemmung zur Vorsorge vor Herzinfarkt und Schlaganfall

BGS – Bundes-Gesundheits-Survey - seit 1997 durchgeführte Untersuchungen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung in Deutschland.

Cochrane Collaboration - ein weltweites Netz von Wissenschaftlern und Ärzten mit dem Ziel, systematische Übersichtsarbeiten (Reviews) zur Bewertung von medizinischen Therapien zu erstellen, aktuell zu halten und zu verbreiten.

DEGAM – Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familien-Medizin, wissenschaftliche Fachgesellschaft der Hausärzte

DISCERN – 1997 im britischen Oxford entwickelter Fragebogen zur Bewertung von Patienten-Informationen durch die Patienten

DMP: Disease management Programm: strukturierte Behandlungsprogramme, die mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleiches in der Gesetzlichen Krankenversicherung 2001 Deutschland eingeführt wurden

EbM – Evidenzbasierte Medizin

Evidenz – besser englisch „evidence“ – durch Studien hoher Qualität belegbare Aussage

GKV: gesetzliche Krankenversicherungen

HFA – Health for all database – repräsentative Untersuchungen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung weltweit im Auftrag der Welt-Gesundheits-Organisation

HON – Health on Net Foundation – Qualitätssiegel für medizinische Internet-Seiten

Inzidenz – Auftreten erneuter Krankheitsfälle in einem definierten Zeitraum pro Bevölkerungs-Menge, meist berechnet pro 100.000 Einwohner und Jahr

IQWiG – nach dem Vorbild des britischen NICE in Deutschland gegründetes Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Kardiovaskulär – das Herz-Kreislauf-System betreffend – in erster Linie sind Auswirkungen bezüglich Herzinfarkt und Schlaganfall gemeint

KHK – koronare Herzkrankheit – ischämische Verengung der Koronar-Arterien mit Angina pectoris und Myokardinfarkt

MeSH – Medical SubHeadings – standardisierte Suchbegriffe in der amerikanischen medizinischen Datenbank Pubmed

Metaanalyse - Zusammenfassung von Studien, in der die Einzelergebnisse von Primärstudien mit dem Ziel einer Effektgrößeneinschätzung zusammengefasst werden.

MHH – Medizinische Hochschule Hannover

MW = statistischer Mittelwert

Prävalenz – Vorhandensein einer Erkrankung in Beziehung zur Zahl der untersuchten Gesamt-Bevölkerung

Primärprävention – im Bereich der kardiovaskulären Prävention das Bemühen darum, dass es bei vorliegenden Risikofaktoren gar nicht erst zu Herzinfarkt oder Schlaganfall kommt im Sinne einer Bevölkerungs-, oder einer Individual- (Hoch-Risiko-) Strategie. Letzteres betrifft den Gegenstand dieser Untersuchung.

**Pubmed – große amerikanische Datenbank, in der eine sehr große Zahl medizinischer Aufsätze gelistet ist
(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed>)**

Review – Übersicht über vorhandene wissenschaftliche Arbeiten

SD – standard deviation – Standard-Abweichung – gibt die Streuung von Messwerten um den Mittelwert herum an.

Sekundärprävention – Intervention, die bewirken soll, dass es nach eingetretenem Infarkt oder Insult nicht zu einem erneuten Ereignis kommt.

Shared decision making – Prozess der Einbeziehung der Patienten in Entscheidungen über medizinische Belange

Statine – Substanzklasse, die die Cholesterin-Synthese in der Leber hemmt. Neben ihrer Lipid-senkenden Wirkung haben diese Medikamente offensichtlich auch noch andere, bislang nicht sicher bekannte Schutz-Wirkungen bezüglich Herzkreislauf-Erkrankungen, so genannte pleiotrope Effekte.

UGPD - University Group Diabetes Programme – 1976 veröffentlichte Studie zur Blutzucker-Senkung mit enttäuschenden Ergebnissen

UKPDS – United Kingdom Prospective Diabetes Study – 1998 veröffentlichte nach wie vor die wichtigste Untersuchung zur Schutzwirkung einer Blutzucker und Blutdruck senkenden Behandlung von Typ-2-Diabetikern.

Übergewicht – definiert über den Body-mass-Index – BMI > 25 kg/m²

WHO – World Health Organisation -Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen

z.B. – zum Beispiel

Zerebrovaskuläre Erkrankungen – Erkrankungen der das Gehirn versorgenden Schlagadern – Carotisstenose, reversible (TIA, PRIND) und andauernde zerebrale Ischämien (Apoplektischer Insult)

2. Einleitung:

2.1. Prävalenz kardiovaskulärer Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Krankheiten sind laut Gesundheitsberichtserstattung des Bundes trotz einer deutlich rückläufigen Tendenz (WHO 2005, Borgers 2007) weiterhin die häufigsten Todesursachen bei Frauen und Männern in Deutschland (**Tabelle 1**, Gesundheitsberichterstattung s. Zitat).

Altersgruppen	Männer		Frauen		Männer je Frau	
	Morbidität	Mortalität	Morbidität	Mortalität	Morbidität	Mortalität
	Register 2000/02	Register 2000/02	Register 2000/02	Register 2000/02	Register 2000/02	Register 2000/02
25-29	2	0	2	2	1	-
30-34	22	11	3	0	8,2	-
35-39	45	10	6	0	7,4	-
40-44	120	28	24	7	5,1	4
45-49	247	76	39	8	6,3	9,4
50-54	386	95	93	29	4,1	3,2
55-59	524	189	120	48	4,4	4
60-64	759	368	207	80	3,7	4,6
65-69	1072	500	351	167	3,1	3
70-74	1578	913	667	403	2,4	2,3
75-79	1705	1279	895	671	1,9	1,9
80-84	2744	2195	1714	1371	1,6	1,6
≥ 85	5129	4464	4392	3846	1,2	1,2
Altersstandardisierte Gesamtmortalität	478	291	229	161	2,1	1,8

Herzinfarktmorbidität und koronare Mortalität je 100000 Einwohner nach Alter und Geschlecht für Deutschland 2000/02 auf Grundlage der Daten der Region Augsburg. Quellen: Altersbereich 25 – 74 Jahre: MONICA/KORA Herzinfarktregister Augsburg 2000/02 (Löwel et al 2005); Altersbereich ≥ 75 Jahre unter Verwendung von Daten der Todesursachenstatistik 2002 – Zitat siehe dort).

Zudem führen sie nicht selten durch einen vorzeitigen Tod unter 70-Jähriger zu einem erheblichen Verlust (potenzieller) Lebensjahre. Darüber hinaus verursacht die Gruppe der Herz-Kreislauf-Leiden die insgesamt höchsten Behandlungskosten in unserem Gesundheitssystem, wobei vor allem die so genannte koronare Herzkrankheit (KHK) sowie der Schlaganfall zu Buche schlagen.

Im Jahr 2003 starben in Deutschland laut amtlicher Todesursachenstatistik 29 550 Frauen und 34 679 Männer an einem akuten Herzinfarkt. Das sind bei Frauen 6,5 Prozent und bei Männern 8,7 Prozent aller Todesfälle. Deutschland liegt dabei im Vergleich mit anderen westlichen Ländern bei Männern im oberen, bei Frauen im mittleren Bereich.

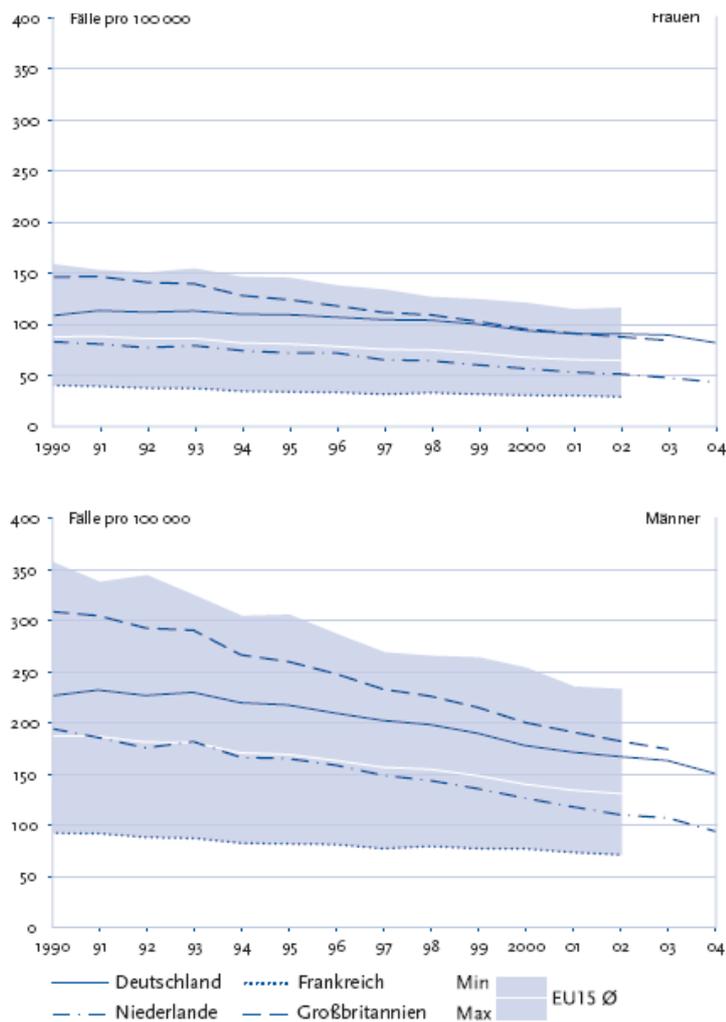


Abbildung 1 Mortalität koronare Herzkrankheiten. Quelle: HFA-Database (Januar 2006), WHO, zitiert nach Gesundheitsberichterstattung s. Zitat.

90 Prozent aller Infarktodesfälle treten vor Erreichen der Klinik oder am ersten Behandlungstag auf. Es ist fraglich, ob sich in der Akut-Versorgung von Infarkt-Patienten bei dieser Situation noch viel verbessern lässt. Umso wichtiger ist die Primär-Prävention sowohl im Sinne einer Bevölkerungs- als auch einer Individualstrategie.

Innerhalb der Herz-Kreislauf-Leiden stehen zerebrovaskuläre Erkrankungen an dritter Stelle der Krankenhausdiagnosestatistik (siehe Zitat). Die Häufigkeit des Schlaganfalls nimmt mit steigendem Alter zu.

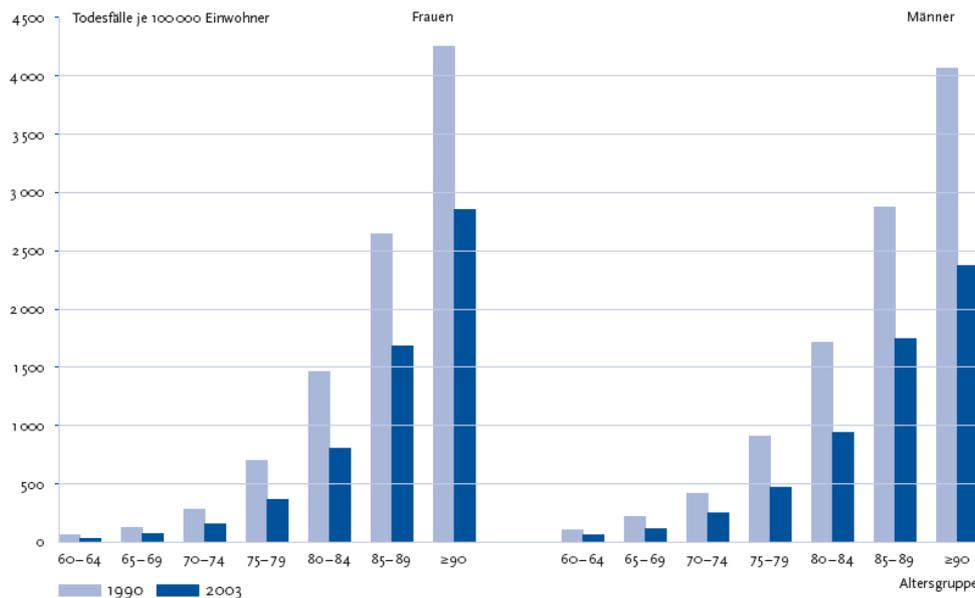


Abbildung 2: Zeitliche Trends der Sterblichkeit an zerebrovaskulären Krankheiten je 100 000 Einwohner bei den über 60-jährigen Frauen und Männern in Deutschland in den Jahren 1990 und 2003. Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt, 1990: ICD-9: 430 – 438; 2003: ICD-10: I60 – I69

So treten fast 85 Prozent aller Schlaganfälle jenseits des 60. Lebensjahres auf. Wegen der demografischen Alterung ist in Deutschland mit einem weiteren Anstieg der Erkrankungshäufigkeit zu rechnen. Die jährliche altersstandardisierte Schlaganfall-Inzidenz liegt bei 182 Erkrankungsfällen pro 100 000 Einwohner (Kolominsky-Rabas und Heuschmann 2002).

Prävalenz von Risiko-Faktoren

Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems werden neben vererbaren Faktoren durch Zigarettenkonsum, Übergewicht und Bewegungsmangel sowie Bluthochdruck, Störungen des Fettstoffwechsels und Diabetes mellitus begünstigt. Diese Risikofaktoren, die sich großteils auf die persönliche Lebensweise zurückführen lassen, zählen zu den häufigsten hausärztlichen Diagnosen.

In Deutschland leben schätzungsweise vier Millionen Menschen mit einem diagnostizierten Diabetes mellitus. 80 bis 90 Prozent von ihnen leiden an einem so genannten Typ-2-Diabetes, der mit steigendem Lebensalter häufiger wird (Hauer et al 1992, Helmert et al 1994, Ratzmann 1991, Thefeld 1999, Rathmann et al 2003, Lehnert et al 2005).

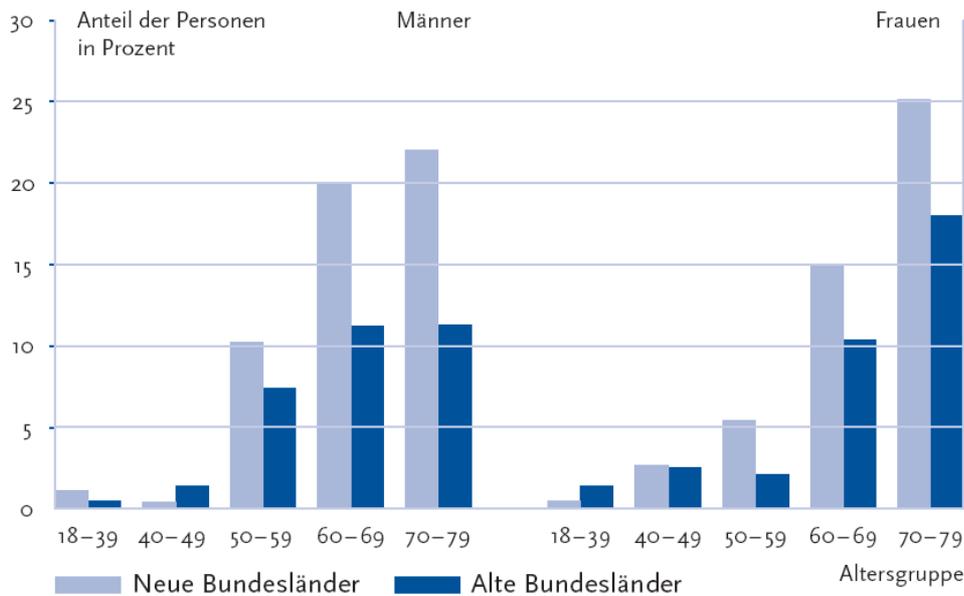


Abbildung 3: Prävalenz des Diabetes mellitus nach Altersgruppen für die 18- bis 79-Jährigen. Quelle: BGS 98, Robert Koch-Institut

Regelmäßige körperliche Aktivität verbessert die Lebensqualität, beugt kardiovaskulären Erkrankungen, Osteoporose und Demenz vor. Sie ist bei vielen Krankheiten Bestandteil von Therapie und Rehabilitation. Hierauf wird ein verstärktes Augenmerk gerichtet, weil in Deutschland eine allgemeine Bewegungsarmut zu beobachten ist (Statistisches Bundesamt 2003, Bickel 2002). So bewegten sich im Jahr 1998 nur 13 Prozent der Erwachsenen an mindestens drei Tagen pro Woche eine halbe Stunde intensiv und erreichten damit das als gesundheitsförderlich empfohlene Pensum. Bemerkenswert sind die gegenläufigen altersspezifischen Trends bei der Sportbeteiligung. So stieg zwischen 1991 und 1998 der Anteil der 25- bis 40-jährigen Frauen und Männer, die überhaupt keinen Sport treiben. Bei den 50- bis 70-Jährigen dagegen verringerte sich die Quote der körperlich Inaktiven.

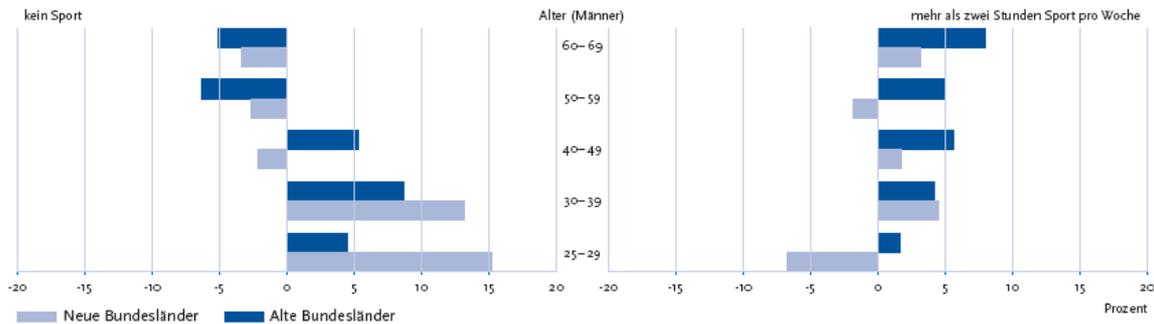


Abbildung 4: Veränderung der sportlichen Aktivität von Frauen zwischen 1991 und 1998.

Quelle: Nationaler Gesundheitssurvey 1990/91, Gesundheitssurvey Ost 1991/92 und Bundesgesundheitsurvey 1998 (s. Zitat Bundesgesundheitsurvey 2003)

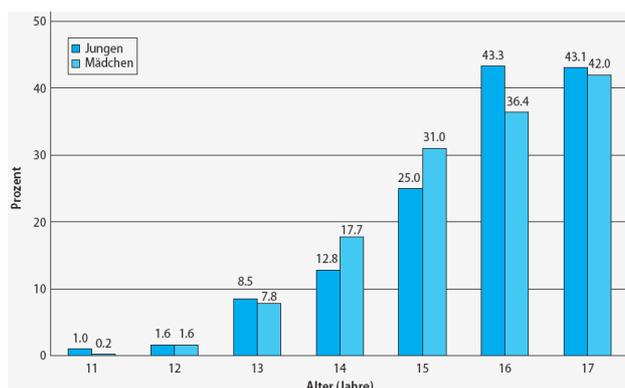
Jeder dritte Erwachsene in Deutschland raucht. Fast jeder Zehnte raucht stark. Zwischen 2001 und 2004 hat sich unter den 12- bis 25-Jährigen die Quote der Raucherinnen und Raucher von 37 auf 35 Prozent und der Anteil der starken Raucherinnen und Raucher von 19 auf 12 Prozent reduziert. Dennoch nehmen deutsche Jugendliche beim Tabakkonsum im europäischen Vergleich den Spitzenplatz ein (Lampert und Burger 2004).

	Frauen					Männer				
	18–29	30–44	45–64	65+	Gesamt	18–29	30–44	45–64	65+	Gesamt
Tägliche Raucher	33,6	29,3	22,0	5,1	21,9	39,3	36,0	26,1	11,8	29,2
Gelegenheitsraucher	11,0	7,4	5,3	2,4	6,1	14,4	8,3	6,9	3,8	8,1
Exraucher	14,6	24,1	25,5	21,2	22,3	14,7	23,9	38,2	52,1	31,8
Nieraucher	40,8	39,2	47,2	71,3	49,7	31,5	31,8	28,8	32,4	30,9

Tabelle 2: Anteil der täglichen Raucher, Gelegenheitsraucher, Exraucher und Nieraucher nach Geschlecht und Alter (in %). Quelle: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (Lampert 2004)

Unter Kindern und Jugendlichen spielt das Tabakrauchen weiterhin eine große Rolle – über 20% der 11-17-Jährigen rauchen (Lampert und Thamm 2007).

Abbildung 5: Rauchen bei 11-17-jährigen Jungen und Mädchen (Lampert und Thamm 2007)



Mehr als die Hälfte der erwachsenen Männer in Deutschland und etwa ein Drittel der Frauen haben Übergewicht (Bergmann und Mensink 1999, Mensink et al 2005, Nationale Verzehrsstudie 2008). Darüber hinaus leiden 17 Prozent der Männer und 20 Prozent der Frauen an Adipositas. In sozial schwachen Bevölkerungsschichten ist der Anteil Übergewichtiger noch höher. Insgesamt hat ihre Zahl in Deutschland seit Mitte der 1980er Jahre zugenommen. Nur 8% der Deutschen können ihren persönlichen Energiebedarf richtig einschätzen (Nat. Verzehrsstudie 2008).

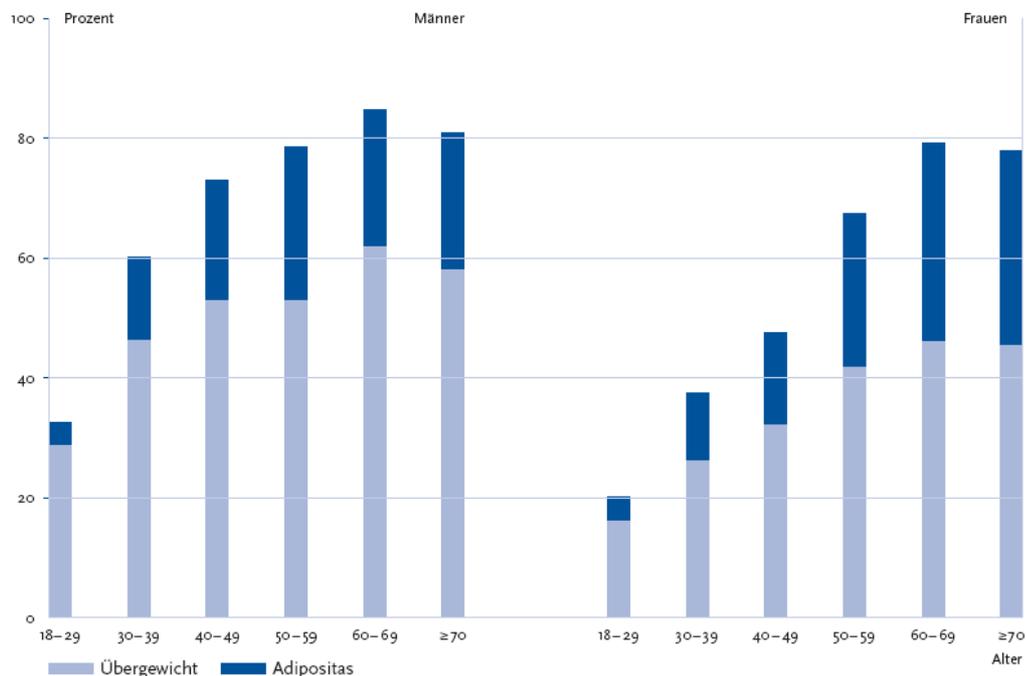


Abbildung 6: Verbreitung von Übergewicht und Adipositas nach Alter und Geschlecht.
Quelle: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (Mensink et al 2003).

Bei rund einem Drittel der Erwachsenen in Deutschland findet sich eine arterielle Hypertonie, bei vielen weiteren Personen sind die Blutdruckwerte grenzwertig erhöht (Thamm 1999). Jeder vierte Hypertoniker wird mit Medikamenten behandelt. Seit Anfang der 1990er Jahre (Daten-Quelle: Gesundheitssurvey Ost-West 1990/92) hat die Prävalenz der Hypertonie bei Frauen um 3,9 auf insgesamt 27,0 Prozent sowie bei Männern um 1,7 auf insgesamt 30,1 Prozent zugenommen. Gleichzeitig hat sich die Verbreitung des Bluthochdrucks in den alten und neuen Bundesländern angeglichen. In Westdeutschland wurde der Hochdruck in den 1990er Jahren bei beiden Geschlechtern häufiger. In Ostdeutschland war die Rate bei Männern rückläufig.

Blutdruckklassen	Frauen			Männer		
	gesamt	alte BL	neue BL	gesamt	alte BL	neue BL
normoton	57,9%	59,1%	53,3%	49,7%	51,5%	42,6%
borderline	9,3%	9,3%	9,1%	15,8%	15,5%	16,8%
hyperton	26,9%	26,1%	30,1%	29,7%	28,5%	34,5%
kontrolliert hyperton	5,9%	5,5%	7,5%	4,8%	4,5%	6,1%

Tabelle 3: BL: Bundesländer; normoton: Systole < 140 mm Hg und Diastole < 90 mm Hg; borderline: grenzwertig hyperton: Systole \geq 140 bis \leq 149 mm Hg und/ oder Diastole \geq 90 bis \leq 94 mm Hg; hyperton: Systole > 149 mm Hg und/oder Diastole > 94 mm Hg; kontrolliert hyperton: Blutdruck senkende Medikation und Systole \leq 149 mm Hg und Diastole \leq 94 mm Hg. Blutdruckprävalenz nach WHO-Klassifikation, 1998 (in Prozent), modifiziert. Quelle: Bundesgesundheitsurvey 1998, RKI

Bluthochdruck ist in Deutschland häufiger als in vielen anderen Ländern (Wolf-Maier et al 2003). In den USA und Kanada leiden nur halb so viele Personen an Hypertonie wie hier zu Lande, gleichzeitig wird dort ein deutlich höherer Anteil der Patienten behandelt.

Land	Prävalenz			antihypertensive Therapie
	gesamt	Frauen	Männer	
Nordamerika	27,6%	24,8%	30,4%	44,4%
USA	27,8%	25,8%	29,8%	52,2%
Kanada	27,4%	23,8%	31,0%	36,3%
Europa	44,2%	38,6%	49,7%	26,8%
Italien	37,7%	30,6%	44,8%	32,0%
Schweden	38,4%	32,0%	44,8%	26,2%
England	41,7%	36,5%	46,9%	24,8%
Spanien	46,8%	44,6%	49,0%	26,8%
Finnland	48,7%	41,6%	55,7%	25,0%
Deutschland	55,3%	50,3%	60,2%	26,0%

Tabelle 4: Vorkommen der Hypertonie und antihypertensiven Therapie im internationalen Vergleich bei Frauen und Männern im Alter von 35 bis 64 Jahren, altersadjustiert. Quelle: (Wolf-Maier 2003)

2.2. Evidenz für verschiedene präventive Interventionen

Die Studien, die den Wert der **Blutdruck-Senkung** belegen, sind mittlerweile Legion. Die vorliegenden Hypertonie-Studien untersuchten mehr als 200.000 Hypertoniker. Die Größenordnung der relativen Reduktion des kardiovaskulären Risikos liegt bei ca. 20% - die absolute Risiko-Senkung hängt natürlich vom

Ausgangs-Risiko ab – woraus sich die Abhängigkeit auch der Indikation für eine antihypertensive Behandlung ergibt (ALLHAT 2000, Wing et al 2003, Tatti et al 1998, Estacio et al 1998, Psaty et al 1997, Psaty et al 2003, UKPDS 39, Hansson et al 1999, Hansson et al 1999, Dahlof et al 1991, Messerli et al 1998, Curb et al 1996, Lindholm et al 2002, HOPE 2000, Yusuf et al 2000, Neal et al 2000, UKPDS 38, PROGRESS, SOLVD, Staessen et al 1997, Hansson et al 2000, Brown et al 2000, Staessen et al 2000, Hansson et al 1998, Dahlöf et al 2005).

Nicht nur die Blutdruck senkende Wirkung **körperlicher Bewegung** (Fagard 1995, Halbert et al 1997, Whelton et al 2002, Cooper et al 2000, Whelton 1992) ist belegt, sondern ebenfalls eine Verbesserung des kardiovaskulären Outcomes dadurch sowohl in der Primär- (Engstrom et al 1999, Stampfer et al 2000, Wannamethee et al 1998, Ashenden et al 1997, Löllgen 2003) als auch in der Sekundärprävention (O'Connor et al 1989, Ornish et al 1990, Ornish et al 1998, Oldrige et al 2002, Darren et al 2006, Hambrecht et al 2004, Löllgen et al 1998, Jolliffe et al 2002, Clark et al 2005). Für die entsprechende Forschung stehen weniger ökonomische Ressourcen bereit als für Studien zu medikamentösen Interventionen. Von einer relativen Risiko-Reduktion bezüglich kardiovaskulärer Erkrankungen in einer Größenordnung zwischen 25 und 35% ist auszugehen.

Ähnlich wie für den schützenden Effekt regelmäßiger körperlicher Bewegung ist die Studienlage auch zum Thema **Ernährung** (Stichwort „mediterrane Kost“) vor allem in Bezug auf randomisierte Interventionsstudien erheblich dünner als für den Einsatz von Medikamenten, was auch hier nicht gegen den Wert der Intervention als solcher spricht, sondern einem Bias durch selektive Finanzierung von Studien entspringt. Trotzdem liegen einige methodisch hochwertige Untersuchungen vor, die nachweisen, dass der Verzehr von viel rohem Obst, Gemüse und Seefisch und wenig tierischem Fett den Blutdruck, aber auch das Infarktisiko senken kann (Burr et al 1989, John et al 2002, Tang et al 1998, Singh et al 2002, Leaf et al 2003, Sacks und Katan 2002, Marchioli et al 2002, Ornish 1990, Trichopoulou et al 2005, de Lorgeril et al 1999). Große Kohortenstudien weisen in die gleiche Richtung (Hooper et al 2001, Trichopoulou et al 2005). (Auf Bevölkerungsebene konnte allerdings in der WHI-Studie (Howard et al 2006) ein Schutz-Effekt einer Diät-Modifikation

bezüglich kardiovaskulärer Krankheiten in der Primärprävention bei Frauen nicht belegt werden).

Eine sehr große Anzahl an Studien belegt den protektiven Effekt der **Statine** in der kardiovaskulären Prävention (Scandinavian Simvastatin 1994, LIPID 1998, Heart Protection Study 2002, Downs et al 1998, Shepherd et al 1995, Shepherd et al 2002, ALLHAT 2002, Sever et al 2003, Sacks et al 1996, Nakamura et al 2006, Wanner et al 2005, Hennekens et al 2004, Studer et al 2005, Thavendiranathan et al 2006, Cholesterol Treatment Trialists 2005). Die Größe dieses Effektes liegt bei ca. 20% rel. Risikoreduktion. Die Evidenzlage ist im Wesentlichen für die Strategie einer festen Statin- Dosis gegeben – in keiner der großen Statin- Studien wurde eine Titrations-Strategie praktiziert. Die in vielen internationalen Leitlinien empfohlenen LDL- Ziele wurden nahezu in keiner Studie erreicht, wobei in Studien noch günstigere Bedingungen als in der täglichen Praxis bestehen. Die DEGAM empfiehlt darum, bei einmal gemeinsam mit den Patienten getroffener Entscheidung für eine Statin-Behandlung diese in fester Dosis und ohne Adaptierung an danach erreichte Cholesterinspiegel durchzuführen (s. link Nationale Versorgungs-Leitlinie).

Der vorbeugende Wert der **Acetylsalicylsäure** ist ebenfalls durch umfangreiche Studien belegt (Peto et al 1998, Steering committee 1998, Hart et al 2000, Sanmuganathan et al 2001, Hayden et al 2002, Antithrombotic Trialists 2002, SALT 1991, Antiplatelet Trialists 1994, Weisman und Graham 2002, Eccles et al 1998). Die Einnahme von ASS führt zu einer relativen Risiko-Reduktion von ca. 15%. Bei einem absoluten Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen über 1,5% /Jahr überwiegen die schützenden Eigenschaften der Thrombozyten-Aggregationshemmung die Wahrscheinlichkeit unerwünschter Effekte.

Vorhofflimmern ist ein wesentlicher Risikofaktor für – v.a. embolische- Hirninfarkte. Eine **orale Antikoagulation** kann dieses Risiko um etwa 60% senken (Liu et al 2002, Benavente et al 2002, Hart et al 1999, van Walraven et al 2002, Segal et al 2000, Ezekovitz und Levine 1999, Koudstaal 2002). Gerade bei dieser sehr nebenwirkungsreichen Therapie ist eine gute Information der Patienten unerlässlich.

Nach den Ergebnissen der UKPDS 34 (United Kingdom prospective...) ist **Metformin** in der Lage, bei übergewichtigen Diabetikern das Infarkt-Risiko um nahezu 40% zu senken. Die Ergebnisse der übrigen Studien waren aber enttäuschend – weder in der UGPD-Studie (University Group 1976) noch in der UKPDS 33 (United Kingdom prospective...) konnte ein signifikanter Einfluss einer intensiven versus einer moderaten Blutzucker senkenden Behandlung auf kardiovaskuläre Endpunkte beobachtet werden. Zwei weitere Endpunkt-Studien sind entweder wegen Unregelmäßigkeiten bei der Datenverwaltung nicht valide (Chiasson et al 2003) beziehungsweise konnten ebenfalls keinen signifikanten Effekt hinsichtlich kardiovaskulärer Endpunkte nachweisen bei gleichzeitig deutlich erhöhtem Risiko für eine kardiale Dekompensation (Dormandy et al 2005).

Als effektiver bezüglich der Senkung des kardiovaskulären Risikos haben sich der Einsatz von Statinen (Pyolara et al 1997, Haffner et al 1999, Goldberg et al 1998, Keech et al 2005, Heart protection study 2003, Colhoun et al 2004, Sever et al 2005, Shepherd et al 2006, Cholesterol Treatment... 2008) und Antihypertensiva (Tuomilehto et al 1999, Fuller et al 1999, Staessen et al 2001, United Kingdom prospective ...38, Blood pressure lowering 2000, Hansson et al 1998, Heart Outcome Prevention 2000) herausgestellt.

Der Beendigung des **Tabakrauchens** bei Nikotinabhängigen ist neben dem körperlichen Training die effektivste Maßnahme in der Primär- wie in der Sekundärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen (Pearson et al 1996, Wilson et al 2000, Quist-Paulsen und Gallefoss 2003, Critchley und Capewell, 2003, Nicolas 2005, Tverdal und Bjartveit 2006).

2.3. Vorhandene Patienten-Informationen

Am 9.7.2007 wurde eine Pubmed-Suche mit den MeSH-Suchbegriffen „patient information“ AND „cardiovascular disease“ AND „evidence“ durchgeführt.

Diese Suche ergab 8 Treffer – alles in englischer Sprache geschriebene Veröffentlichungen aus den Annals of Internal Medicine.

5 von ihnen waren Patienten-Informationen zu den Themen ASS (United States Preventive .. 2002), Lipid-Senkung bei Diabetikern (American College 2004), zum Nutzen von Stents (American College 2003), zur Blutdruck-Senkung bei Diabetikern (American College 2003) und zum Einsatz von Vitamin-Präparaten für die Krebs- und Herzinfarkt-Verhütung (United States Preventive .. 2003).

Alle 5 Patientenratgeber beschränkten sich im Umfang auf eine DIN-A-4-Seite, stellten Vor- und Nachteile der verschiedenen Behandlungen dar und blieben entsprechend dem geringen Umfang der Informationen bezüglich der Darstellung der beschriebenen Effekt-Größe sehr allgemein.

Eine weiter gefasste Pubmed-Suche am 13.7.2007 ausschließlich mit den Suchbegriffen „Patient Self-Determination Act“ OR "Patient Education Handout“ ergab auf Deutsch nur eine Information für Kinder, auf Englisch 604 Treffer, davon 55 aus dem Bereich der kardiovaskulären Prävention, überwiegend aus den Annals of Internal Medicine.

Arbeiten über die Akzeptanz von Patienten-Ratgebern, die der hier vorgelegten ähneln oder gleichen, fanden sich nicht.

Patienten nutzen vorrangig allgemein verfügbare Suchmaschinen. Aus diesem Grund suchte ich in Google. Eine Google-Suche am 4.5.2007 mit den Suchwörtern „Patienten-Information Herz-Kreislauf“ ergab 23.600 Treffer – die ersten 500 habe ich mir angesehen. Ausschluss-Kriterien für die Bewertung:

- Werbung für bestimmte Kliniken bzw. Firmen
- Von Pharma-Unternehmen direkt herausgegebene Informationsblätter
- Nur aus Überschriften ohne weitere Erklärungen bestehende Informationen

Tabelle 5: Synopse über vorhandene Patienten-Ratgeber im deutschsprachigen Internet

Titel	Thema	Herausgeber	Seiten-Zahl	Bewertung
Patienten-Information Blutfette	Cholesterin	„Initiative Arzt und Vernunft“ aus Österreich, gemeinsam herausgegeben von den Sozialversicherungsträgern und der Pharmaindustrie	2 Seiten	eher Angst erzeugend, ohne Bilder, mehr Information zu einer Kampagne
Ernährungs-Information zum Thema Bluthochdruck	Hypertonie	Deutschen Gesellschaft für Ernährung	4	Sehr kurze Darstellung, was Bluthochdruck ist, kombiniert mit Kochrezepten- keine Erwähnung anderer als diätetischer Therapien
Risikofaktoren kennen – Herzinfarkt und Schlaganfall	Allgemeine Information über verschied. Risikofaktoren kardiovask. Krankheiten	KBV	3	Eher verwirrende Bild-lose Übersicht über alle möglichen Risikofaktoren und Interventionen – der Patient bleibt am Ende ratlos, was er denn nun tun soll.
Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorbeugen	Allgemeine Informationen über verschied. Risikofaktoren kardiovask. Krankheiten	KBV	3	allgemeine Ratschläge, v.a. aber Hinweis, regelmäßig zur Vorsorge-Untersuchung „Check-up 35 zu gehen
Informationen zu behandelbaren Risikofaktoren für Schlaganfall	Allgemeine Informationen über verschiedene Insult-Risikofaktoren	Kompetenznetz Schlaganfall	2	Eher verwirrende Bild-lose Übersicht über alle möglichen Risiken – u.a. auch umstrittene Faktoren wie Homozystein
Was Sie über Bluthochdruck wissen sollten	Hypertonie	Mepha-Pharma	13 Flyer-Seiten	Eher Angst erzeugend. Die Möglichkeit einer Nichtbehandlung wird nicht erwähnt
Patienten-Information Bluthochdruck	Hypertonie	1-A-Pharma	8 Seiten	Viele Fremdwörter, wenig Angst auslösend, großer Schwerpunkt auf nicht-med. Therapien
Bewegung, Normal-Gewicht und gesunde Ernährung	Bewegung und Ernährung	Verein Altern mit Zukunft Österreich	7 Seiten DIN-A-4	Bild-los, relativ viele Fremdwörter wie „abdominal“ oder „Adipositas“
Herzinfarkt-Risiko-Check	Allgemeine Informationen über verschied. Risikofaktoren kardiovask. Krankheiten	Bioscientia	3 Seiten	Werbung für eine Berechnung des Risikos auf der Basis der PROCAM-Daten für 70,41 €. Nennung umstrittener Risikofaktoren wie Lipoprotein(a) und Homocystein

Patienten-information HDL- Cholesterin	HDL-Cho- lesterin	Österreichischer Cholesterin- Konsensus – in Zusammenarbeit mit Firma Merck	4 DIN- A-4- Seiten	Nennung von Alters- differenzierten Lipid- Zielwerten, indirekte Werbung für Fibrate
Hypertonie Ratgeber für ein bessere Verständnis	Hypertonie	Gmünder Ersatzkasse, AkdÄ	32 Seiten	Sehr ausführlich, sehr gut bebildert, bespricht auch Spezialprobleme (Kinder, Schwangere, sekundäre Hypertonien). Zu lang für die Mehrzahl der Patienten
Bluthoch- druck	Hypertonie	Qualitätspraxen und Firma Ratiopharm	3 Seiten A 4	Ohne Bilder, relativ viele, wenn auch erklärte Fremdwörter. Überschrift „Kampf dem Hypertonus!“
Patientenleit- linie Bluthoch- druck (link siehe Zitate)	Hypertonie	Med. Wissenswerk „evidence.de“ der Uni Witten-Herdecke	16	Sehr ausführlich, einfach bebildert, gefährliche Situationen werden benannt, sehr/zu viele Untersuchungsmethoden werden vorgestellt, Autoren werden benannt
Fit sein leicht gemacht	Bewegung	KV Baden- Württemberg	6 Seiten	Wenige Bilder, Schwerpunkt darauf, dass Sport Spaß machen soll, KV als Autor wird genannt. Keine Nachteile erwähnt.
Bluthoch- druck	Hypertonie	Techniker Krankenkasse, AKdÄ	31 Seiten	Vergleiche wie der von Arterien mit einem Gartenschlauch, das Wort Stethoskop wird erklärt, fast keine Bilder, einfacher Text, aber sehr lang.
Diabetes mellitus	Diabetes mellitus	Deutscher Diabetiker- Bund	5 Seiten	Recht kompliziert geschrieben – es ist die Rede von Dextrose, Langerhans`schen Zellen, unverständliche Worte wie DCCT-Studie, Familienanamnese. Es wird bei der Behandlung des Typ-2- Diabetikers auf den Diabetologen und nicht auf den Hausarzt verwiesen. Autorin benannt.
Diabetes mellitus Typ 2	Diabetes mellitus	Techniker Krankenkasse, AKdÄ	42 Seiten	Sehr viel Aufmerksamkeit auf Unterscheidung Typ-1-/Typ-2- Diabetes. Verwirrend für Patienten der Hinweis auf das metabolische Syndrom, dessen Komponenten alle behandelt werden müssten. Die Größenordnung des Therapie- Benefits wird nicht benannt, undifferenziert ein HbA1c- Zielwert von <6,5% gefordert, Nebenwirkungen kaum benannt.

Richtige Ernährung bei Fettstoffwechselstörungen	Cholesterin	Lipidliga	3 Seiten	Keine Bilder, unverständliche, wenn auch „übersetzte“ Wörter wie „Modifikation“. Es wird nicht benannt, welchen Stellenwert eine Ernährungsänderung hat.
Fettstoffwechselstörungen	Cholesterin	Techniker Krankenkasse, AKdÄ	32 Seiten	Bildhafter Hintergrund, schwer verstehbare Begriffe wie Hypercholesterinämie und – Triglyceridämie, problematisches Konzept von LDL-Zielwerten. Sehr medizinisch und pathophysiologisch ausgerichtet. Der schützende Effekt verschiedener Interventionen wird nicht quantifiziert, Nebenwirkungen zwar benannt, aber nicht bezüglich ihrer Häufigkeit. Verschiedene Lipidsenker nicht gegeneinander gewichtet.
Ernährung bei Diabetes - Von den alten Ägyptern bis heute	Diabetes mellitus	Deutsches Diabetes-Zentrum	3 Seiten	Keine Bilder, sehr stark ernährungswissenschaftlich ausgerichtet, wenige praktische Ratschläge. Keine Nachteile der Vorschläge benannt.
Wegweiser Diabetes	Diabetes mellitus	Rhein-Kreis Neuß, mit Unterstützung durch Roche, Aventis, Medicoreha und Lifescan, AOK, Deutscher Diabetiker-Bund, Diabetologen	45 Seiten	Stark bebildert, starker Schwerpunkt auf Unterscheidung Typ-1-/Typ-2-Diabetes. Schwierige Worte wie „Strategien“. Direktive Formulierungen wie „jeder Diabetiker muss ... untersuchen lassen“. Mikroalbuminbestimmung „muss regelmäßig erfolgen“. Abkürzungen wie DHA und DSP. Darstellung des DMP Diabetes. Wenige inhaltliche Empfehlungen. Konkrete Adressen von Anbietern.
Typ 2 Diabetes	Diabetes mellitus	Initiative Arzt und Vernunft, Vereinigung pharmazeutischer Unternehmen in Österreich, österreichische Ärztekammer	24 Seiten	Richtet sich an Ärzte.
Weißbuch Prävention. Herzgesund?	Allgemeine Informationen über verschied. Risikofaktoren kardiovask. Krankheiten	Kaufmännische Krankenkasse /Medizinische Hochschule Hannover	238 Seiten	Mit dem Umfang und unerklärten Wörtern wie Morbidität und Mortalität richtet sich die Broschüre offensichtlich nicht an Patienten

Herz-Kreislauf	Allgemeine Informationen über verschieden. Risikofaktoren kardiovask. Krankheiten	Kaufmännische Krankenkasse /Medizinische Hochschule Hannover	32 Seiten	Viele Bilder, einfache Wörter. Aber viele fraglich wichtige Details wie Sinusknoten, , Systole... Verwirrende gleichzeitige Darstellung von Problemen des venösen und des arteriellen Gefäßsystems. Erwähnung von Chlamydien bezüglich KHK. Unvermittelte Darstellung von Normalwerten ohne Beschreibung des Benefits einer Blutdruck- oder Cholesterinsenkung.
Cholesterin-Ratgeber	Cholesterin	Lipidliga	8 Seiten	Sehr starker Schwerpunkt auf pathophysiologischen Erklärungen. Schwierige Worte wie „Atherosklerose-Risiko“. Kein einziges Bild. Keine Darstellung der Größenordnung von Nutzen und Schaden einer bestimmten Ernährung.
Patienten-Information Typ-2-Diabetes	Diabetes mellitus	MMW	2 Seiten	Bild von Zuckerstückchen, Hinweise auf weiter helfende Informationen. Ernährungs- und Bewegungstips. Einfache Sprache. Keine Hilfe bezüglich der eher verwirrenden Normwert-Tabelle.
Bewegung - gesund in Herz, Körper und Geist	Bewegung	Coronary Heart Disease Taskforce (link siehe Zitate)	4 Seiten	Mögliche Alarmsymptome bei Überlastung werden genannt. Nur ein Bild – in allen Infos dasselbe. Schwierige Worte wie kardiovaskulär. Konkrete Tipps z.T. zum Aufwärmen
Bewegungsma ngel – Praktische Tipps um körperlich aktiver zu werden	Bewegung	Coronary Heart Disease Taskforce (link siehe Zitate)	17 Seiten	Bewegung soll Spaß machen, man sollte sich realistische Ziele setzen. Sehr konkrete Empfehlungen. Keine Bilder. Schwierige Worte wie „aerobes Training, Pulsfrequenz“
Tipps für eine gesunde Ernährung bei Diabetes	Diabetes mellitus	Coronary Heart Disease Taskforce (link siehe Zitate)	8 Seiten	Überwiegend einfache Sprache, aber auch Wörter wie „Transfettsäuren, glykämischer Index“. Verwirrende Darstellung verschieden gesättigter Fette. Nur sehr wenige Bilder.
Tipps zur Senkung Ihres erhöhten Blutdrucks	Hypertonie	Coronary Heart Disease Taskforce (link siehe Zitate)	5 Seiten	Nebeneinander von sehr anschaulicher Sprache und Wörtern wie „DASH-Studie“. Sehr konkrete Empfehlungen.
Die wiedergewonnene Gesundheit nach der letzten Zigarette	Rauchen	Coronary Heart Disease Taskforce (link siehe Zitate)	11 Seiten	Auch hier sehr eingängige Formulierungen neben Begriffen wie „epidemiologisch“. Unvermitteltes Bild von Zitronenmelisse. Keine

Tipps zur Raucherentwöhnung!				Wertung zwischen Bupropion und Nikotinersatz
Allgemeine Informationen zum Schlaganfall Warnsignale für einen Schlaganfall Was weiß man über die Risikofaktoren des Schlaganfalls?	Allgemeine Informationen über verschiedene Insult- Risikofaktoren	Coronary Heart Disease Taskforce (link siehe Zitate)	3 Seiten	Griechische Worte werden übersetzt – ist das nötig? Kann man sie nicht einfach vermeiden? Nur ein Bild. Konkrete Darstellung von Alarmzeichen für einen Insult. Keine Darstellung der Größenordnung des Effektes versch. Interventionen.
Koronare Herz-Krankheit (KHK) - eine weltweite "Epidemie" Die Ursachen der koronaren Herz-Krankheit	Allgemeine Informationen über verschied. Risikofaktoren kardiovask Krankheiten	Coronary Heart Disease Taskforce (link siehe Zitate)	5 Seiten	Bilder eines Herzens und verschieden stark verengter Arterien. Unerklärte Wörter wie Inzidenz. Konkrete Beschreibung von Angina-pectoris-Symptomen.
Tipps für Ihre cholesterinsenkende Kost	Cholesterin	Coronary Heart Disease Taskforce (link siehe Zitate)	6 Seiten	Wie bei Tipps für eine gesunde Ernährung bei Diabetes
Patienten-Leitlinie Chronische Koronare Herzkrankheit KHK	Allgemeine Informationen über verschied. Risikofaktoren kardiovask Krankheiten	ÄZQ - , Bundes-Ärztammer, KBV, AWMF in Zusammenarbeit mit Patienten-Organisationen (link zu Versorgungs-Leitlinien.de siehe Zitate)	66 Seiten	Viele Bilder. Sehr einfacher Text. Konkrete Beschreibung stenokardischer Beschwerden. Eingehen auf Erwartungen und Ängste der Patienten. Erklärung sehr/zu vieler Fremdwörter wie „invasive Diagnostik, Thrombozytenaggregationshemmer“, Darstellung von Wirkung und Nebenwirkung der verschiedenen Substanzen. Anweisung, bei welchen Alarmzeichen der Arzt aufgesucht werden soll. Sehr übersichtlich strukturiert. Für lese-schwache Patienten sicherlich viel zu lang.

2.4. Andere Untersuchungen zur Akzeptanz von Patienten-Informationen

Um einschätzen zu können, ob diese Untersuchung überhaupt neue Erkenntnisse zu Tage bringt, wurden am 17.7.2007 zwei gesonderte Pubmed-Recherchen durchgeführt.

Die erste Suche enthielt folgende Suchbegriffe:

("Patient Self-Determination Act"[Mesh] OR "Patient Education Handout "[Publication Type] OR "Popular Works "[Publication Type] OR "Disclosure"[Mesh] OR "Patient Education Handout "[Publication Type] OR "Decision Support Techniques"[Mesh] OR "Decision Making, Organizational"[Mesh] OR "Decision Making"[Mesh])

AND

("health literacy" OR "readability" OR "Comprehension"[Mesh]).

Dabei wurden 4 Arbeiten gefunden: eine zur non-direktiven genetischen Beratung (Bartels et al 1997) eine zur Beratung von Frauen über ihre genetische Brustkrebs-Belastung (Geller et al 1997), eine über Ärzte als Schein-Patienten in der Beratung über verschiedene Therapie-Optionen bei Lungenkrebs (Mackillop et al 1989).

Eine Arbeit (Redfern et al 2006) behandelte eine sehr ähnliche Situation wie die vorliegende: 40 australische Patienten beurteilten u.a. mit dem DISCERN-Fragebogen 4 Patienten-Ratgeber zur kardiovaskulären Prävention, und zwar zu den Themen Blutdruck, Cholesterin, Rauchen und Bewegung. In dieser Untersuchung wurden die 4 Infos gut beurteilt und vorhandenen Materialien vorgezogen.

Die zweite am selben Tag durchgeführte Pubmed-Suche wurde mit den folgenden Suchbegriffen durchgeführt:

Discern OR "Patient Self-Determination Act"[Mesh] OR "Patient Education Handout "[Publication Type] OR "Popular Works "[Publication Type] OR "Disclosure"[Mesh] OR "Patient Education Handout "[Publication Type] OR "Decision Support Techniques"[Mesh] OR "Decision Making, Organizational"[Mesh] OR "Decision Making"[Mesh]

AND

"Comprehension"[Mesh] OR "readability" OR "health literacy".

Dabei wurden 6 Treffer erzielt: neben der erwähnten Arbeit von Redfern (siehe Zitat) fanden sich eine über ein PC-basiertes Tool in der Beratung von Patienten mit Vorhofflimmern (Murtagh et al 2007), eine über die Beratung von Diabetikern über ihr kardiovaskuläres Risiko (Roach und Marrero 2005), eine zu einer PC-basierten Beratung von Hypertonikern (Thomson et al 2006), eine über „Belohnungen“ für KHK-Patienten, die ihren Lebensstil änderten (Kärner et al 2005) und eine über die Rolle von Unsicherheit in der Beratung von Patienten mit Vorhofflimmern (Kang et al 2004).

Per Handsuche wurde nach weiteren Untersuchungen zum Thema recherchiert. Es fand sich eine große Studie (Bhopal et al 1990), in der Informations-Blätter über die Organisation von schottischen Hausarzt-Praxen von 390 der 5.000 Patienten, an die sie ausgeteilt worden waren, bezüglich ihrer Verständlichkeit beurteilt wurde. Dafür wurde der Flesch score (Flesch 1948) benutzt – der DISCERN war noch nicht entwickelt worden.

In einer Studie (Estrada et al 2000) wurden kommerzielle und Infos der American Heart Association zu den Themen Vorhofflimmern und Antikoagulanzen von professionellen Untersuchern einer Testung bezüglich ihrer Lesbarkeit (Flesch score und SMOG grade – McLaughlin 1969) unterzogen. In einer Arbeit (Hill und Bird 2003) wurde ein Informationsblatt zu Penicillamin von 100 Rheumatikern bezüglich seiner Verständlichkeit mit dem Flesch score beurteilt. In einer Studie (Smith et al 1998) untersuchten professionelle Begutachter verschiedene von Hausarzt-Praxen entwickelte Informationsblätter zu Asthma bezüglich ihrer Lesbarkeit und der Korrektheit ihrer Inhalte.

2.5. Qualitäts-Anforderungen an Patienten-Informationen

Ausgangspunkt der Bemühungen, Patienten in die Entwicklung und Evaluation von Patienten-Informationen einzubeziehen, ist die Erkenntnis, dass Ärzte und Patienten unterschiedliche die verschiedenen Krankheiten betreffende Fragen interessieren (Klemperer 2003, Isfort et al 2006, Gillissen und Lecheler 2004, Say und Thomson 2003, Barry et al 2000).

Patienten mit Polyarthritiden wünschten z.B. Untersuchungen zu chirurgischen, physiotherapeutischen oder Ernährungs-bezogenen Interventionen im Gegensatz zu den Ärzten, die im Auftrag industrieller Partner vorrangig Medikamente untersuchten (Tallon et al 2000). Dazu kommen Schwierigkeiten beim Verständnis der erstellten Texte durch Verwendung von Fremdwörtern, Unkenntnis bestimmter Krankheitsbilder (health illiteracy) oder aber durch Angabe von Prozentzahlen, die von vielen Patienten, nicht selten aber auch von den Ärzten (Mühlhauser et al 2006) nicht verstanden werden (innumeracy) (Brent 2004, Herxheimer 2005, Steckelberg et al 2004).

Die Verbesserung des Gesundheits-Verständnisses wird umgekehrt als Schritt zur Verbesserung gesundheitlicher Teilhabe bei bisher benachteiligten Bevölkerungsteilen gesehen (Coulter und Ellins 2007).

In der Vergangenheit entschied meist der Arzt über das Ausmaß der Patienteninformation (Sänger 2001, Schneider et al 2006, Charles et al 1999).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) formulierte 1978 in ihrer Erklärung von Alma Ata (WHO 1978) als eine Art Menschenrecht, dass "die Menschen Rechte und Pflichten hätten, einzeln und als Gemeinschaft teilzuhaben an der Planung und Gestaltung ihrer Gesundheitssysteme (O'Connor und Stacey 2005, Dierks und Schwartz 2001). Die im Jahr 2002 verabschiedete Europäische Charta für Patienten-Rechte (link s. Zitat activecitizenship) formulierte als ethische Norm das Recht der Patienten auf Zugang zu allen notwendigen Informationen, die eine aktive Teilnahme an medizinischen Entscheidungsprozessen ermöglichen. Dies beinhaltet auch das Recht auf freie Auswahl der Behandlung. Den inhaltlichen Aspekten von Patienteninformationen kommt hierbei eine zentrale Bedeutung zu. Die Informationen sollen evidenzbasiert sein.

In einer aktuellen Broschüre der Bundesregierung (Bundesministerium 2005) heißt es: „ Der Arzt hat den Patienten rechtzeitig vor der Behandlung und grundsätzlich in

einem persönlichen Gespräch über Art und Umfang der Maßnahmen und der damit verbundenen gesundheitlichen Risiken aufzuklären und die Einwilligung des Patienten dazu einzuholen. Eine wirksame Einwilligung setzt eine so umfassende und rechtzeitige Aufklärung des Patienten voraus, dass dieser aufgrund seiner persönlichen Fähigkeiten in der Lage ist, Art, Umfang und Tragweite der Maßnahme und der damit verbundenen gesundheitlichen Risiken ohne psychischen Druck zu ermessen und sich entsprechend zu entscheiden. Zu unterrichten ist auch über Art und Wahrscheinlichkeit der verschiedenen Risiken im Verhältnis zu den Heilungschancen und über alternative Behandlungsmöglichkeiten.“

Im Gesundheitswesen-Modernisierungs-Gesetz (GMG – link bei Zitaten siehe Die Gesundheitsreform) ist in § 140.f die Beteiligung von Patienten gesetzlich festgelegt worden.

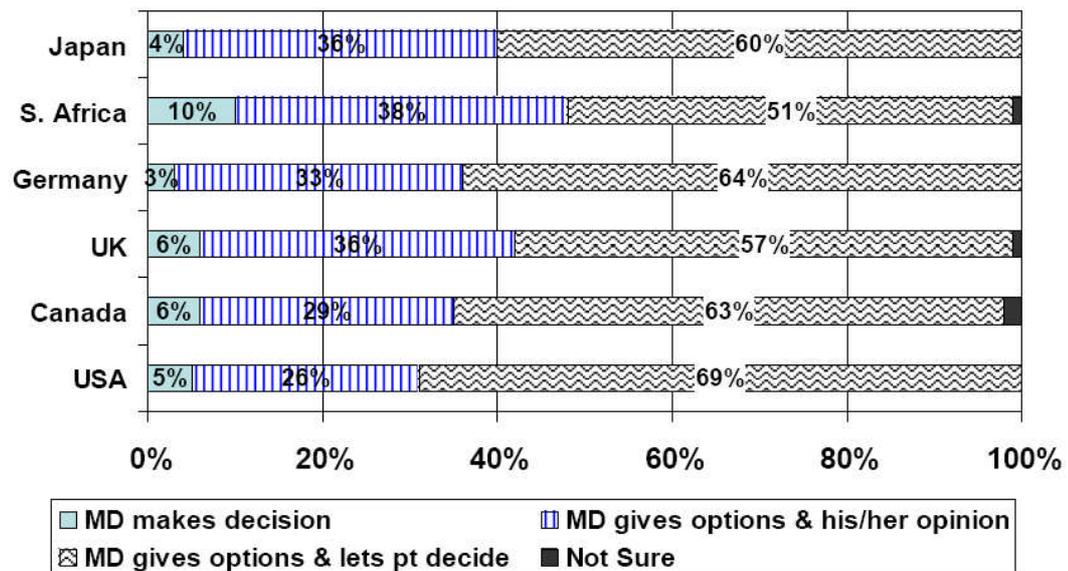
Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat inzwischen die Beteiligung von Patienten als zentralen Bestandteil der Erstellung Nationaler Versorgungs-Leitlinien etabliert (Bundesärztekammer 2006, Weinbrenner et al 2007). Auch in den übrigen Industrie-Ländern wurden vergleichbare Ansätze entwickelt (McCaffery et al 2007, Légaré et al 2007, Moumjid et al 2007, Goss und Renzi 2007, Loh et al 2007, v d Weijden et al 2007, Evans et al 2007, Homes-Rovner et al 2007). Die Cochrane-Collaboration ist inzwischen dazu übergegangen, Patienten an der Entwicklung ihrer Reviews zu beteiligen (Weingart et al 2005, Richter und Bandeira-Echtler 2005).

Neben dieser von politischem Willen und ethischen Vorsätzen getragenen Absichtserklärung hat es sich erwiesen, dass gut informierte Patienten eher eine Therapie mittragen (verbesserte Adhärenz – O’Connor et al 2003, Edwards et al 2006, O’Connor und Stacey 2005), ihre Erkrankung besser verarbeiten können (Coping), dass sie realistischere Erwartungen haben, weniger unentschlossen sind (Kang et al 2004) und letztlich auch ein besseres Behandlungs-Resultat haben (Molenaar et al 2000, Edwards et al 2000, Coulter 1997, Estabrooks et al 2001, Vodermaier et al 2004, Saba et al 2006, Loh et al 2007, Trevena et al 2006). Dabei können dann gemeinsam entwickelte Behandlungspläne sehr hilfreich sein (Bodenheimer et al 2007).

Im Zuge der Gesundheitsreformen der letzten Zeit müssen sich die Patienten mehr als zuvor auch durch Zuzahlungen über ihren Beitrag zur Krankenversicherung

hinaus an Gesundheitsleistungen beteiligen. Damit steigt auch der Anspruch, Entscheidungen, die zu diesen Leistungen führen, mitzugestalten. Im internationalen Vergleich scheinen deutsche Patienten besonderen Wert darauf zu legen, über ärztliche Empfehlungen selbst zu entscheiden (s. Abb. 7).

Abbildung 7: Bevölkerungs-Befragung, wer medizinische Entscheidungen treffen sollte



Quelle: nach O'Connor und Stacey 2005

Zwischen den Begriffen der naturwissenschaftlichen, „evidence-based medicine“ (Sackett 1996) und dem der Patienten-orientierten Medizin entwickelte sich neu der Begriff der „evidenzbasierten Patienteninformation“ (EBPI), der sich inzwischen zunehmender Popularität erfreut (Coulter 1998). Diese Information soll den Patienten eine fundierte Entscheidung, die „evidence based patient choice (EBPC)“ ermöglichen (Elwyn und Edwards 2001, Ford et al 2003).

Viele Hausärzte legen im Wartezimmer zwar Informationsbroschüren aus. Es gibt jedoch Untersuchungen (Linden et al 1999), dass der allergrößte Teil der Informations-Broschüren, die Hausärzte an ihre Patienten weitergeben, von der pharmazeutischen Industrie stammt. Das bedeutet zwar nicht, dass diese Informationen inhaltlich falsch wären, sie sind aber Interessen-geleitet und somit nicht unabhängig.

Bezüglich der Qualität medizinischer Websites war zudem gezeigt worden, dass die Qualität nicht-kommerzieller Websites deutlich über der kommerzieller lag (Kunst und Khan 2002)

In Umfragen auf Bevölkerungsebene (der Senator... s. Zitate, Böcken 2007) wünschte sich über die Hälfte der (potenziellen) Patienten schriftliche Gesundheitsinformationen meistens oder immer – weitere 40% bei neuen Erkrankungen oder Veränderungen. Möglicherweise liegt der Sinn der Informationen nicht nur in ihrer Vollständigkeit, sondern auch darin, etwas mit nach Hause nehmen zu können, weil man sich doch nicht alles merken konnte, was der Arzt sagte.

In seiner Dissertation Nutzung von Qualitätskriterien für Patienten-Informationen in der Patientenberatung schreibt Weingart: „Um die Qualität in der Gesundheitsversorgung positiv zu beeinflussen, sind neben der Schulung von Patienten und ihren Beratern zur Implementierung der EbM auf und von Seiten des Patienten weitere Unterstützungs-Maßnahmen, wie z.B. die zentrale Bereitstellung Evidenzbasierter Patienteninformation erforderlich.“ (Weingart 2006)

Der prinzipielle Wert von Informationsbroschüren und schriftlichen Entscheidungshilfen ist durch gute Evidenz belegt (Man-Son-Hing et al 1999, Trevena et al 2006) – die Ängstlichkeit wird reduziert, die Patienten sind entscheidungsfreudiger und tragen die gemeinsam getroffenen Therapieentscheidungen besser mit (Weymiller et al 2007).

Heutzutage können Patienten und Angehörige, wenn sie über die notwendigen Voraussetzungen verfügen, mit Hilfe des Internets auf dieselben Informationsressourcen zurückgreifen wie ihre Ärzte (Eysenbach 2000).

Die Suche nach zuverlässigen Patienten-Informationen im weltweiten Netz ist aber angesichts immenser Qualitäts-Unterschiede des angebotenen Materials mit großen Unsicherheiten bezüglich der Validität der Aussagen behaftet. Zudem sind viele der im Netz angebotenen Informationen Interessen-geleitet im Sinn einer „Direct-to-consumer“-Werbung (Sachverständigenrat 2000).

Auf der Ebene der den Verbrauchern direkt zugänglichen Informationen weisen die den Medikamenten-Schachteln beigefügten „Bypack-Zettel“ erhebliche Mängel auf bezüglich ihrer Verständlichkeit, aber auch des Abwägens von Vor- und Nachteilen einer Behandlung (Grime et al 2007).

Schon seit geraumer Zeit wurden im englischsprachigen Raum Checklisten entwickelt, um Professionellen wie Patienten einen Hinweis über die Qualität der angebotenen Informationen zu ermöglichen. Viele Webseiten, die Laieninformationen anbieten, weisen inzwischen zugleich auf Instrumentarien hin, mit denen die methodische Qualität dieser Informationen überprüft werden kann. Ausgewählte Beispiele hierfür sind die Qualitätskriterien für Patienten-Informationen der Agency for Health Care Policy and Research (link AHCPR s. Zitate), die Neun-Punkte-Checkliste zur Informationsqualität von Healthfinder (link healthfinder s. Zitate) oder die Checkliste zur Informationsqualität des Health Information Technology Institute (link hitiweb s. Zitate).

Allen diesen Checklisten ist es gemeinsam, dass sie die Unabhängigkeit von Informationen, die Aktualität, die Seriosität sowie die verständliche Aufbereitung der Information für notwendig erachten.

Ob eine Patienten- oder Verbraucherinformation evidenzbasiert ist, kann der medizinische Laie kaum überprüfen – schließlich basiert das entsprechende Wissen auf systematischer Recherche durch die medizinische Literatur, die dem Laien schwerlich möglich sein wird.

Daher wurden in Befragungen von Professionellen wie auch von Patienten-Vertretern Kriterien entwickelt, die den Patienten eine Orientierung zur Qualität einer Patienten-Information an die Hand geben. Unter anderem stehen hierfür die Unabhängigkeit einer Information, die Angabe von Literatur und Quellen, das Aufzeigen von Behandlungs-Alternativen sowie die genaue Beschreibung von Nutzen und Risiken der vorgeschlagenen Behandlungen. Letztlich ist zur Bewertung der Qualität von Patienten-Informationen durch Patienten selbst ein Instrument notwendig, das auf das Vorhandensein evidenzbasierter Informationen schließen lässt und das auch von medizinischen Laien leicht anzuwenden ist.

Das Setzen von Kriterien der Meta-Information an Stelle der Informationen über die Evidenz des dargestellten Inhaltes ist durchaus auf Kritik gestoßen. Köpcke et al schrieben 2005: „Die Instrumente fragen vor allem Strukturaspekte ab. Die Bewertung inhaltlicher Aspekte sowie die Darstellung dieser Inhalte bleiben weitgehend unberücksichtigt. Die Instrumente vernachlässigen somit entscheidende Qualitätsaspekte einer Evidenz-based Patienten-Information.“ (Köpcke et al 2005). Bereits 1998 stellte Coulter fest, dass die Beurteilung von Patienteninformationen in der Regel auf strukturelle Kriterien beschränkt sei (Coulter 1998). Nach Delamothe

gleich der Versuch, Patienteninformationen valide zu bewerten, dem Unterfangen, den Westwind mit Qualitätssiegeln („kitemarks“) beurteilen zu wollen (Delamothe 2000).

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) spricht sich in einem Positionspapier sowohl gegen die Nutzung vorliegender als auch gegen die Entwicklung neuer Instrumente zur Beurteilung von Patienteninformationen aus (Bastian et al 2005, link iqwig s. Zitate).

Ein entscheidendes Problem bei der Beurteilung von Patienteninformationen ist das Fehlen eines Goldstandards für das Konstrukt „Qualität“.

Bei aller berechtigter Kritik an rein formalisierten Entscheidungs-Kriterien zur Beurteilung der Qualität von Patienten-Informationen muss aber festgehalten werden:

- Einerseits besteht dringender Bedarf für solche Informationen – insbesondere auch mit Anwachsen des Angebotes im Internet.
- Auf der anderen Seite können die Patienten selbst die inhaltliche Richtigkeit der Aussagen außer in Form einer Art externer Validität durch Imagination der Auswirkung der vorgeschlagenen Maßnahmen auf sich selbst nicht beurteilen.

Es bleibt hier ein nicht auflösbares Dilemma - letztlich geht es also nicht ohne ein Instrumentarium, das sich weitgehend auf formale Kriterien stützt – und nicht ohne die Schaffung von Qualitäts-Codes oder –Labels, die den Patienten Orientierung geben können.

Solche Labels gibt es in wachsender Anzahl. Während Jadad und Gagliardi 1998 erst 47 Instrumente identifizierten (Jadad und Gagliardi 1998), fanden sie bei einer erneuten Recherche vier Jahre später bereits 98 Instrumente zur Beurteilung von Internetseiten (Gagliardi und Jadad 2002).

Steckelberg et al stellten 2005 nach einer systematischen Recherche Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen auf (Steckelberg et al 2005) (s. Anhang 1).

Sie gliederten diese Kriterien nach den Fragen:

1. Welche Inhalte sollte eine evidenzbasierte Patienteninformation (EBPI) enthalten? und
2. Wie sollten die Inhalte dargestellt werden?

Zu 1. Ergänzend zu den Kriterien des General Medical Councils (GMC, [link zu gmc s. Zitate](#)), die beschreiben, wie Patienten bezüglich therapeutischer, diagnostischer oder Screening-Maßnahmen aufgeklärt werden sollen (Steckelberg et al 2001) und die als internationaler Standard für EBPI angesehen werden (Steckelberg et al 2004, Mühlhauser und Berger 2000, Köpcke et al 2004, Slaytor und Ward 1998, Jørgensen und Gøtsche 2004, Fahey et al 1995, Mühlhauser und Steckelberg 2005), recherchierten und erstellten sie die Forderung nach Transparenzkriterien (Coulter et al 1998), sog. Metainformationen, die die GMC-Kriterien ergänzen.

Häufig wird auch die Darstellung von Evidenzgraden für EBPI gefordert (Coulter et al 1999). Evidenzgrade bzw. -hierarchien versuchen die Stärke der Evidenz mithilfe einer Zahl, eines Buchstabens oder eines Symbols darzustellen (Schünemann et al 2003). Es ist jedoch strittig, ob Evidenzgrade überhaupt geeignet sind, die komplexen Sachverhalte klinischer Evidenz in Patienten-Informationen ausreichend abzubilden. Ein besonderes Problem besteht in der nicht selten durch Interessen geleiteten Ausrichtung der meisten Interventionsstudien auf die Wirksamkeit der untersuchten Intervention. Nebenwirkungen sind in RCTs unzureichend untersucht und erreichen daher einen geringeren Evidenzgrad (Glasziou et al 2001). Nutzen und Schaden können damit kaum adäquat gegenübergestellt werden.

Graduierungssysteme wie die des SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network – Harbour und Miller 2001) sind somit für Patienteninformationen nicht ausreichend. Die SORT-Taxonomie (Strength of Recommendation Taxonomy – Ebell et al 2004) und der Entwurf der GRADE Working Group (Grades of recommendation Assessment, Development and Evaluation – Atkins et al 2004) beziehen sowohl die Nebenwirkungen als auch die Relevanz der Ergebnisse für die Patienten, gemessen an patientenrelevanten Endpunkten, in die Bewertung mit ein. An diesen patientenrelevanten Endpunkten sollen sich Patienten-Informationen orientieren.

Erwünschte und unerwünschte Wirkungen sollen gleichwertig kommuniziert werden. Wenn keine ausreichende Evidenz vorhanden ist, so soll dies angegeben werden (Entwistle et al 1998).

Zu 2. Wichtig ist außerdem die Art und Weise, wie Informationen dargestellt werden, das Framing of Data – sie kann bei Ärzten wie bei Patienten Verständnis

und Entscheidungsverhalten erheblich beeinflussen (Gurms et al 2000, Gigerenzer und Edwards 2003, Burkell 2004, Elmore und Gigerenzer 2005). Darum soll auf die Art der Darstellung besondere Sorgfalt verwendet werden. Risiken sollen nicht allein sprachlich dargestellt werden (Trevena et al 2006) – eine zusätzliche grafische Darstellung kann sinnvoll sein – die entsprechenden Methoden sind aber bislang nur unzureichend untersucht (Edwards et al 2002).

Risikoinformationen, die mögliche negative Folgen einer Erkrankung, den „Verlust“ (z.B. Mortalität) darstellen, können eher die Patienten zu einem bestimmten Verhalten wie der Teilnahme an einem Screening (Edwards et al 2001) überreden, als wenn der Erhalt der Gesundheit, der „Gewinn“ in den Fokus des Interesses gerückt wird. Der Effekt einer Intervention erscheint bei Fokussierung auf das zu vermeidende Ereignis größer. Um hier eine Manipulation zu vermeiden, sollten beide Darstellungsweisen nebeneinander gestellt werden.

Das Layout von Patienteninformationen soll das Lesen erleichtern und das Verständnis unterstützen. Die Harvard School of Public Health (links zur Harvard School s. Zitate) hat wegen der Fülle an Empfehlungen für die Gestaltung von Patienteninformationen eine Übersicht bereitgestellt, die Vorgaben zu den Bereichen Schriftgestaltung, Zeilen und Design gibt.

Die Sprache von Patienten-Informationen soll nicht Angst erregend (non-alarmist) und nicht bevormundend (nonpatronising) sein (Coulter et al 1998, Bartel et al 1997). Zudem bevorzugen Patienten einen aktiven Sprachstil gegenüber einem passiven (Winkelman 2004). Patienten sollen in den Prozess der Informationserstellung einbezogen werden (Coulter et al 1999). Ziel ist die Beachtung von Patientenbedürfnissen und –Präferenzen (Entwistle et al 1998). Der Erstentwurf einer evidenzbasierten Patienteninformation soll sowohl durch Verbraucher als auch Experten geprüft und in einer anschließenden Pilotphase erneut von der Zielgruppe evaluiert werden.

Das Informationsbedürfnis der Patienten unterscheidet sich häufig deutlich von der durch Studien-Evidenz geprägten Sichtweise der Ärzte(O'Connor et al 2003). Die Einbeziehung von Patientenvertretern führt zur Veränderung im Angebot von Patienteninformationen (Crawford et al 2002).

Klare Bewertungskriterien für die Ziele der Beteiligung und für die Evaluation der Einbeziehungsprozesse fehlen jedoch.

Schließlich muss die Sprache der Informationsblätter auch für Menschen mit niedrigerem Bildungsniveau zu verstehen sein – viele vorhandene Informationen erfüllen dieses Kriterium nicht (Smith et al 1998).

Eine Arbeitsgruppe der Universität Witten-Herdecke, die sich seit längerem mit der Erstellung von Patienten-Informationen beschäftigt, schlug den Aufbau des folgenden Schemas für Patienten-Informationen vor (Isfort et al 2006):

Einleitung

1. Definition: „Was ist ...?“
2. Ursachen, Häufigkeit und Risiken „Wer bekommt ...?“
3. Krankheitszeichen „Woran bemerke ich ...?“
4. Beim Arzt „Was tut der Arzt bei ...?“
5. „Was kann ich selber tun?“
6. Besonderheiten (z. B. Asthma bei Kinder)
7. Zusammenfassung
8. Medikamente bei..., Beispielliste
9. Link-, Adressen- und Bücherliste
10. Autoren und Quellen

Hinsichtlich von Wortwahl und Sprachgebung wurden folgende Leitfragen für eine gut lesbare Patienten-Information vorgeschlagen:

- Wird der Patient direkt angesprochen?
- Sind die Überschriften als Fragen formuliert?
- Und werden diese dann im Text beantwortet?
- Sind *alle* Fremdworte erklärt?
- Sind Prozentangaben in absolute Zahlen übersetzt?

Eine internationale Arbeitsgruppe aus 14 Ländern, die International International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration, hat inzwischen in einem aufwändigen Panel-Verfahren unter Einbeziehung von Patienten und Gesundheitspolitikern ähnliche Checklisten erstellt. (link ipdas s. Zitate)

Ein aktueller Cochrane Review zur Einbeziehung von Patienten in die Erstellung von Patienten-Ratgebern (Nilsen et al 2007) fand fünf randomisierte kontrollierte Studien niedriger bis mäßiger methodischer Qualität zu insgesamt 1031 teilnehmenden Patienten. Es gab mäßige Evidenz dafür, dass die Einbeziehung von Patienten in die

Entwicklung von Patienten-Informationen darin resultiere, dass das Material für Patienten relevanter, besser lesbar und verständlicher sei, ohne in ihnen Ängste auszulösen. Solche Materialien könnten die Informiertheit der Patienten verbessern. In einer neuen Untersuchung konnte nachgewiesen werden, dass die einfache Ausgabe einer kurzen Informationsschrift einer aufwändigen Verhaltens-Intervention in Richtung einer Zunahme körperlicher Aktivität nicht unterlegen war (Kinmonth et al 2008).

Weil die Sicht von Patienten auf verschiedene Gesundheitsprobleme sich deutlich von derjenigen der Ärzte unterscheidet und die Patienten möglicherweise nicht unter denselben Interessenkonflikten wie die Ärzte stünden, könne die Einbeziehung von Patienten in die Planung von Gesundheitszielen zur Verbesserung der Gesundheitsdienste im Sinne besserer Akzeptanz und eines besseren Zuganges führen und auf diese Weise Gesundheit und Lebensqualität verbessern (Crawford et al 2002, Goel et al 2001). Außerdem solle sie die Gesundheitsforschung verbessern und zu höherer Relevanz führen (Boote et al 2002, Whitstock 2003).

Die Einbeziehung von Patienten rufe einigen Widerstand hervor. Die meisten im Gesundheitswesen Tätigen seien in Hierarchien sozialisiert und organisierten sich untereinander in autoritärer Weise.

Patienten können eine sehr eigene Sichtweise auf ihre Krankheiten entwickeln, die mit derjenigen der traditionellen universitären Lehre in Konflikt geraten könne. Patienten-Informationen, die unter Einbeziehung von Patienten erstellt wurden, enthielten detailliertere Informationen als solche ohne Patienten-Beteiligung.

2.6. Instrumente zur Beurteilung von Patienten-Informationen

Die Beteiligung an qualitätssichernden Maßnahmen bei der Erstellung und Aktualisierung

medizinischer Laieninformationen stellt ein Qualitätskriterium an sich dar - nur wer bereit ist, seine eigenen Prozesse kritisch zu durchdringen, hat auch mehr Qualität zum Ziel (Sänger 2004).

Etlche Arbeiten beschäftigten sich mit der Qualität von Patienten-Informationen im Internet (Kim et al 1999, Shepperd et al 1999, Risk und Dzenowagis 2001, Eysenbach et al 2002).

Während es sich bei eHealth Code of Ethics, HON (link zu hon s. Zitate, Meric et al 2002, Fallis und Fricke 2002, Eysenbach und Kohler 2002) und AFGIS (link zu afgis s. Zitate) um Verhaltens-Codices für Produzenten web-basierter Informationen handelt und OMNI, MedCIRCLE und MedCERTAIN das Auffinden qualitativ hochwertiger Seiten im Internet erleichtern, ermöglichen DISCERN und CHECK-IN die Beurteilung der Informationen durch die Nutzer.

Eine Forschungsgruppe am Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat inzwischen zu den verschiedenen bereits existierenden Nationalen Versorgungs-Leitlinien Patienten-Informationen erarbeitet, an deren Erstellung Patienten-Vertreter mit beteiligt werden (Sänger et al 2007).

Zur Beurteilung bereits erstellter Informationsblätter entschied sich das ÄZQ im Rahmen eines seit 1999 etablierten Clearingverfahrens für Patienteninformationen für das DISCERN-Instrument zur Beschreibung der methodischen Qualität von Informationen zu Behandlungsalternativen (Sänger et al 2003). Daneben wurden verschiedene Bewertungsinstrumente (zum Beispiel DISCERN, CHECK-IN und Med-Circle) auf ihre externe Validität hin getestet.

Inzwischen hat das ÄZQ auch ein Manual zur Erstellung evidenzbasierter Patienten-Informationen entwickelt (Sänger et al 2006).

DISCERN war von Wissenschaftlern der Universität Oxford entwickelt worden (Charnock et al 1999 - s. Anhang 2). Vom ÄZQ wurde das DISCERN-Instrument in Zusammenarbeit mit der Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover MHH von Mai bis September 1999 übersetzt, angepasst und in deutscher Sprache veröffentlicht

(link zu discern.de s. Zitate - Anhang 3). Der DISCERN-Bogen eignet sich zur Beurteilung von Therapiemaßnahmen. Diagnostische und prognostische Informationen können damit nicht beurteilt werden.

Check-In (link zu patienteninformation.de s. Zitate) ist eine Weiterentwicklung des DISCERN -Instruments, bisher allerdings nicht validiert und publiziert, aber über das Internet verfügbar. DISCERN berücksichtigt einen Teil der Qualitäts- Kriterien zu Inhalten evidenzbasierter Patienten-Informationen (Steckelberg et al 2005), Check-In beinhaltet keine Beurteilung der Inhalte, sondern beschränkt sich auf Metainformationen und formale Kriterien.

Nicht berücksichtigt werden bei DISCERN die Finanzierung/das Sponsoring der Information und bei Check-In der Aspekt weiterer Informationsquellen und Beratungsangebote.

DISCERN überprüft die Ausgewogenheit der Information, es gibt hierfür jedoch keine Kriterien. Bezüglich des Layouts verweist DISCERN auf die Empfehlungen des britischen Center for Health and Quality (Chiq – link zu hfht s. Zitate), die mit den o.a. Kriterien für EBPI vergleichbar sind. Check-In sieht keine Überprüfung von Aspekten der Informationsdarstellung vor. Es werden lediglich Verständlichkeit (Fachbegriffe, Textgliederung) und Nutzerfreundlichkeit von Internetseiten erhoben. Check-In fordert eine verbale Darstellung des Nutzens oder alternativ eine nutzerfreundliche Darstellung von Zahlen, welche aber nicht definiert wird. Aspekte der sprachlichen Darstellung von Zahlen werden nicht berücksichtigt.

Beide Instrumente berücksichtigen die Beteiligung von Zielgruppen: DISCERN fordert Nutzer auf, Probleme und Erfahrungen zu dokumentieren und zurückzumelden, Check-In fordert die Einbeziehung von 4 Verbrauchern in den Erstellungsprozess von Patienteninformationen sowie von 2 Verbrauchern für die Überprüfung vorhandener Informationen.

Check-In ist bisher nicht validiert. Die Validierung des DISCERN -Instruments ergab für die Gesamtbewertung einer Patienteninformation eine mäßige (Experten) bis schwache (Verbraucher) Übereinstimmung (Charnock et al 1999).

Sänger wog in ihrer Promotions-Arbeit 2004 (Sänger 2004) die Vor- und Nachteile der beiden in Deutschland inzwischen etablierten Bewertungs-Instrumente für die Qualität von Patienten-Informationen gegeneinander ab:

Die **Vorteile des DISCERN** liegen insbesondere in:

- der leichten Handhabbarkeit
- der überschaubaren Anzahl an zu prüfenden Qualitätskriterien
- der guten und ausführlichen Beschreibung und Anleitung zur Verwendung in englischer und deutscher Sprache
- dem mittlerweile relativ hohen Bekanntheitsgrad in Deutschland sowohl bei Informationsanbietern als auch bei der Selbsthilfe
- der guten Akzeptanz bei Informationsanbietern und Nutzern

Schwierigkeiten bei der Bewertung von Informationen mit DISCERN:

- Die Antworten zu den einzelnen Fragen von DISCERN werden auf einer Skala von 1 (schlecht) bis 5 (sehr gut) kodiert. Da diese Einteilung entgegengesetzt dem deutschen Schulnotensystem ist, besteht hier die Gefahr der Verwechslung bei der Einschätzung
- Die Interpretation der einzelnen Fragen erfolgt immer in Abhängigkeit mit eigenen Ansprüchen und Sichtweisen
- Die Fragen von DISCERN sind so formuliert, dass Patienten, die mithilfe dieser Fragen eine Informationsbewertung vornehmen, sich in die Lage der gesamten Zielgruppe der Information versetzen müssen. Jeder Patient hat aber individuelle Fragen und Probleme, die dann das Gesamtbewertungsergebnis verfälschen können
- Manche Fragen setzen den „vorgebildeten“ Patienten voraus, der die Prinzipien wissenschaftlicher Arbeit beherrscht. Dies wird insbesondere bei der Frage nach der Angabe von Quellen deutlich. Die Einschätzung dieser Frage kann variieren von irrelevant bis hin zur Forderung nach Angabe eines Evidenzlevels
- Sachverhalte wie die Expertise der Autoren, die Einbeziehung unterschiedlicher Fachdisziplinen und Patientenvertreter in die Erstellung der Publikation, die Verständlichkeit der Publikation und die Besonderheiten von Patienteninformationen im Internet werden nicht bzw. nicht ausreichend abgebildet

Abbildung 8: Vergleich DISCERN und Check-In

	DISCERN-Instrument	Check-In														
Fragen-kategorien	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zuverlässigkeit der Information ■ Qualität der Information zu Behandlungsalternativen ■ Gesamteinschätzung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anwendungsbereich und Zweck ■ Beteiligung von Interessengruppen) ■ Genauigkeit der Entwicklung ■ Redaktionelle Unabhängigkeit ■ Klarheit und Gestaltung ■ Internetpublikationen Fragen ■ kommentierte Gesamteinschätzung 														
Auswerte-kategorien	Umgekehrtes Schulnotensystem: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nein</td> <td colspan="3">Teilweise</td> <td>Ja</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Nein	Teilweise			Ja	Beantwortung der einzelnen Fragen: (Reduktion auf Ja/Nein- Entscheidung) <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nein</td> <td>Unklar</td> <td>(Nicht anwendbar)</td> </tr> </table>	Ja	Nein	Unklar	(Nicht anwendbar)
1	2	3	4	5												
Nein	Teilweise			Ja												
Ja	Nein	Unklar	(Nicht anwendbar)													
Gesamt-bewertung	Umgekehrtes Schulnotensystem <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Niedrige Qualität</td> <td>Mittlere Qualität</td> <td colspan="2">Hohe Qualität</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Niedrige Qualität		Mittlere Qualität	Hohe Qualität		Verbale Bewertung: <ul style="list-style-type: none"> ■ Zu empfehlen als Entscheidungshilfe ■ Zu empfehlen als Hintergrundinformation ■ Nicht zu empfehlen ■ Unsicher 				
1	2	3	4	5												
Niedrige Qualität		Mittlere Qualität	Hohe Qualität													

Das international entwickelte IPDAS-Instrument (International Patient Decision Aid Standards - - - likn ipdas s. Zitate, Coulter et al 2006) zur Beurteilung der Qualität von Patienten-Informationen wurde hier noch nicht berücksichtigt, weil es bei Planung dieser Untersuchung noch nicht zur Verfügung stand.

2.7. DEGAM-Leitlinien-Entwurf zur kardiovaskulären Prävention

Seit 2002 arbeitet eine Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) an der Erstellung einer Leitlinie zur kardiovaskulären Prävention.

Kern dieser Leitlinie soll das ARRIBA-Beratungsmodul (s. Anhang 4) sein, ein Informations-tool, das in der Arzt-Patient-Konsultation beispielsweise im Rahmen einer Gesundheits-Vorsorge-Untersuchung Check-up-35 oder bei der Überlegung, einen Patienten mit arterieller Hypertonie medikamentös zu behandeln, eingesetzt werden kann. Das ARRIBA-Instrument ermöglicht die Darstellung der wissenschaftlichen Evidenz in einer für die Patienten begreifbaren Weise und zielt auf eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung von Arzt und Patient.

Wesentliche Botschaften der ARRIBA-Beratung sind:

1. behandelt werden keine Messwerte, sondern ein Gesamt-Risiko. 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 den von ASS und eines Statins zu behandeln.
2. Bei sehr vielen Patienten ist der Effekt medikamentöser Interventionen beispielsweise zur Cholesterinsenkung sehr begrenzt.
3. Modifikationen des Lebensstils sind meistens bezüglich der Risikosenkung effektiver als der Einsatz von Medikamenten (Khaw et al 2008).
4. Es gibt keinen Automatismus derart, dass der Arzt beim Vorliegen bestimmter Messwerte zum Rezeptblock greift. Vielmehr löst die Beratung über das Risiko einen Diskussions-Prozess aus, an dessen Ende die gemeinsame Entscheidung von Arzt und Patient über die zu ergreifenden Schritte steht.

Dieses ARRIBA-Konzept wurde inzwischen in mehreren Untersuchungen auf seine Akzeptanz bei Ärzten und Patienten sowie auf seine Auswirkungen auf Verhaltensmodifikationen und die Beeinflussung des kardiovaskulären Risikos hin validiert (Krones et al 2006). In einer weiteren Arbeit (Grover et al) konnte nachgewiesen werden, dass durch Beratung von Patienten über ihr kardiovaskuläres Risiko ein Surrogatparameter wie der LDL-Wert signifikant gesenkt werden konnte. In einer weiteren Untersuchung (Weymiller et al) bevorzugten die befragten Typ-2-

Diabetiker eine Beratung über ihr kardiovaskuläres Risiko gegenüber der einfachen Herausgabe einer Informationsschrift.

Die Entwicklung einer evidenzbasierten Leitlinie zu einem so umfangreichen Thema wie der kardiovaskulären Prävention mit all seinen Unterthemen wie Hypertonie, Hyperlipidämie, Thrombozyten-Aggregationshemmung, Antikoagulation, Bewegung, Ernährung usw. erwies sich als ungeheuer aufwändiger und eine ehrenamtlich arbeitende Gruppe an die Grenzen ihrer Leistungs-Fähigkeit bringender Prozess, weshalb sich die Arbeitsgruppe entschloss, sich auf den ARRIBA-Kern der Leitlinie zu konzentrieren und zum besseren Verständnis der Patienten zugeordnete Patienten-Ratgeber zu entwickeln. Dies stellt eine Neuerung und Ergänzung des 1999 verabschiedeten Zehn-Stufen-Planes der DEGAM ([link zu degam.de](http://degam.de) s. Zitate, Fischer et al 2001, Gerlach et al 1998) zur Leitlinien-Entwicklung dar (s. Anhang 5).

Die Patientenratgeber sollten nach Durchführung der ARRIBA-Beratung zur Verfügung stehen, um zur Verfestigung des Ergebnisses der partizipativen Beratung, welches es auch immer sei, beitragen zu können.

Erstellt wurden 8 Patienten-Ratgeber zu den Themenbereichen Antikoagulation, Arterielle Hypertonie, Acetylsalicylsäure (ASS), Bewegung, Diabetes mellitus, Ernährung, Metformin und Rauchen.

Beschlossen wurde in Anlehnung an die Empfehlungen der Arbeitsgruppe aus Witten-Herdecke (Isfort et al 2006) der einfachen Lesbarkeit und des Wiedererkennungswertes halber folgender standardisierter Aufbau der Informations-Blätter:

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Zielgruppe | Wer? |
| 2. Hintergrund-Information | Warum? |
| 3. Spezielles | Was muss noch bedacht werden? |
| 4. Umsetzung | Wie geht das? |
| 5. Risiken | Was kann dabei passieren? |
| 6. Empfehlungen | Was könnte man tun? |
| 7. Hilfen | Wer könnte dabei helfen? |
| 8. Plan | Was will ich tun? |
| 9. Unterschrift Arzt | |

Die Informationen sollten einen Bereich am Ende enthalten, in dem eine gemeinsame Entscheidung von Arzt und Patient durch Unterschrift besiegelt wird und die Patienten

zugleich bestätigen, dass sie die Informationen gelesen haben (im Fall einer Entscheidung für eine Antikoagulation auch aus forensischen Gründen sinnvoll). Eine solche formalisierte Vereinbarung entspricht auch den Empfehlungen der Hessischen hausärztlichen Leitliniengruppe zur Gesprächsführung.

Jede Information sollte mindestens eine Abbildung enthalten und den Umfang einer doppelseitig bedruckten DIN-A-Seite nicht überschreiten.

Jede Info sollte so gestaltet werden, dass es einen geschützten, nicht veränderbaren DEGAM-Bereich gibt und einen veränderbaren, in den beispielsweise lokale Besonderheiten, Angebote, der Praxis-Stempel etc. hineingeschrieben werden können (die 8 Infos befinden sich im Anhang).

Ende 2005 wurden die erstellten Informationsblätter analog der Stufe 4 des Zehn-Stufen-Planes der DEGAM einem Paneltest unterzogen – per e-mail wurden sie nacheinander in den allgemeinmedizinischen Listserver (link zum Listserver s. Zitate) hinein gegeben – die entsprechenden Anregungen wurden eingearbeitet – die Version für die Patienten-Testung wurde im Februar 2006 verabschiedet.

Die Befragung von Patienten hinsichtlich der Akzeptanz einer Patienten-Information ist ein Novum in der Erstellung von DEGAM-Leitlinien inklusive der entsprechenden Patienten-Ratgeber.

Sänger hatte in ihrer Promotions-Arbeit (Sänger 2004) zur Einbeziehung von Patienten in die Erstellung von Patienten-Informationen geschrieben: *Eine Qualitätsbewertung von medizinischen Laieninformationen ist zu verschiedenen Zeitpunkten ihres „Lebenszyklus“ möglich und sinnvoll:*

■ **Während des Entstehungsprozesses der Information**

- Erfassung möglichst vieler inhaltlicher Aspekte
- Korrekte formale Umsetzung

■ **Direkt nach Fertigstellung, aber noch vor Veröffentlichung**

- Prüfung auf Vollständigkeit
- Eignungstest für die Praxis

■ **Nach Veröffentlichung der Information**

- Empfehlung als zuverlässige Entscheidungshilfe

Die Beteiligung an der Bewertung während der Lebenszyklusphase 1 und 2 durch Laien ist relativ leicht umzusetzen und birgt wenig Probleme. Während dieser Phasen geht es hauptsächlich darum, individuelle Sichtweisen, die dem

persönlichen Erfahrungsschatz der Patienten mit ihrer Erkrankung entspringen, in das Qualitätsmanagement der zu erstellenden medizinischen Laieninformation einzubringen. Die Rückmeldung dieser Sichtweisen an die Informationsanbieter sollte allerdings in einer standardisierten Form erfolgen, die sich an den Qualitätskriterien für gute Patienteninformationen orientiert.

Die Beteiligung von medizinischen Laien an der Bewertung von Informationen der Lebenszyklusphase 3 einer medizinischen Laieninformationen hingegen ist wesentlich problematischer. Hier geht es darum, ein „Urteil“ über die Qualität der betreffenden Qualitätsbewertung medizinischer Laieninformationen im Internet abzugeben. Dieses Urteil hängt zum einen von der Objektivität und Anwenderunabhängigkeit des verwendeten Prüfinstruments ab, zum anderen von der Sichtweise und individuellen Erfahrung des Laienbewerter.

Die Qualitätsbewertung medizinischer Laieninformationen steckt hier in einem Dilemma.

Ihre Zielgruppe sind Patienten und Verbraucher, deshalb müssen sie auch Erwartungen und Vorstellungen von Verbrauchern beinhalten, sonst werden sie nicht akzeptiert.

Sie müssen verständlich und einfach geschrieben sein und auch Sachverhalte, mit denen schon Ärzte Mühen haben, wie zum Beispiel die Kommunikation von Risiken und Nutzenkennziffern, vermitteln.

Aus Gründen der eingeschränkten vorhandenen personellen Ressourcen (alle an der Leitlinien-Entwicklung Beteiligten machen ihre Arbeit ehrenamtlich) und weil es sich bei den meisten durch die Informations-Blätter zur kardiovaskulären Prävention beschriebenen Themen weniger um umschriebene Krankheitsbilder geht wie beispielsweise eine MS oder einen Herzinfarkt, sondern um präventive Aktivitäten, also entsprechende Patienten-Organisationen nicht oder, wie bei den Diabetiker-Organisationen, nur mit großer Industrie-Nähe existieren, entschied sich die Leitlinien-Arbeitsgruppe dafür, die Patienten-Beteiligung an der Entwicklung der Ratgeber im Stadium 2 nach Sängler, also nach Erstellung, aber vor der Veröffentlichung durchzuführen.

Der bereits zitierte Cochrane-Review (Nilsen et al 2007) hatte für keine Art der Patientenbeteiligung eine Über- bzw. Unterlegenheit gefunden.

Die Fragestellung dieser Untersuchung war:

Wie gut werden die von der entsprechenden Leitliniengruppe der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) entwickelten Patienten-Informationen zu verschiedenen Aspekten der kardiovaskulären Prävention durch Hausarzt-Patienten verstanden und akzeptiert? Welche Barrieren stehen der Implementierung Industrie-unabhängiger Patienten-Informationen entgegen? Werden sie überhaupt gewünscht?

Gibt es Unterschiede zwischen den verschiedenen Informations-Blättern und zwischen den Praxen bezüglich der Akzeptanz? Welche Eigenschaften der Informationen werden besonders geschätzt, welche am ehesten abgelehnt? Welche zusätzlichen Aspekte ergeben sich aus der Analyse der Freitexte, mit denen einige der zurückgesendeten Fragebögen versehen wurden?

3. Material und Methoden:

Die Leitlinien-Arbeitsgruppe der DEGAM entschied sich wegen dessen Kürze für die Benutzung des von der Hannoveraner Arbeitsgruppe um Dierks modifizierten DISCERN-Instrumentes (Dierks – s. Zitate) mit folgenden Argumenten:

- Der Fragebogen sollte der Handhabbarkeit durch unselektierte Patienten einer Hausarzt-Praxis halber keineswegs den Umfang einer DIN-A-4-Seite überschreiten. Inhaltliche Fragen schienen der Arbeitsgruppe wichtiger zu sein als solche der Überprüfung der benutzten Quellen und Evidenzen, auf die sich Internet-basierte Instrumente wie der Check-in-Fragebogen vorrangig stützen. Bei Sänger (Sänger 2004) heißt es: *„Für Health Professionals wichtige Qualitätsaspekte wie z.B. die Angabe der Autorenschaft, oder die der Publikation zugrunde liegenden Quellen werden von Patienten nicht mit der gleichen Wichtigkeit im Vergleich zur Aktualität gesehen (Lerch 2003).*
- Die Fünf-rangige Gradierung des DISCERN ließ eine quantifizierende Auswertung der Patienten-Rückmeldungen eher möglich erscheinen als die Einteilung des Check-In-Bogens mit den Kategorien „Ja“, „Nein“ und „Unklar“.
- Der DISCERN-Bogen ist anders als der Check-in bereits validiert worden.
- Der Check-In enthält eine Anzahl von Fragen, die sich speziell auf die Verbreitung per Internet beziehen. Dies entspricht vorerst nicht dem Verbreitungs-Konzept für die DEGAM-Patienten-Ratgeber – diese sollen den Patienten durch den Arzt ausgehändigt werden, der die Möglichkeit hat, in einem für die Bearbeitung offenen Bereich des Fragebogens auf Angebote der Praxis oder auf lokale Möglichkeiten wie Selbsthilfegruppen oder Sportvereine aufmerksam zu machen und auf individuelle Präferenzen einzugehen.

Nach einem ersten Feedback seitens der die Patientenbefragung durchführenden Ärzte, der zugesandte Fragebogen würde von ihren Patienten mit Sicherheit nicht verstanden werden, wurden einige Formulierungen des DISCERN im Sinne der Verständlichkeit geändert.

Im Vergleich zeigte sich, dass die hier verwendete Fassung des DISCERN deutlich näher an der englischen Original-Version des DISCERN lag (siehe Anhang 2).

Tabelle 6: Synopse deutsches DISCERN-Instrument nach Dierks und in der Untersuchung verwendete Version

DISCERN-Instrument nach Modifikation durch Dierks et al (s.o.)	Begründung der Änderung	In der Arbeit verwendete Version des DISCERN-Fragebogens
Sind die Ziele der Publikation klar beschrieben?	Wort „Publikation“ möglicherweise nicht verständlich	Sind die Ziele der Information klar?
Wie wurden Sie über die Wirkung einer vorgeschlagenen Untersuchung, Behandlung oder einer anderen Maßnahme informiert?	Text gekürzt – hier geht es ja überwiegend um therapeutische bzw. präventive Maßnahmen	Wird die Wirkung aller Ihnen bekannter Behandlungen beschrieben?
Wie wurden Sie über den Nutzen der vorgeschlagenen Maßnahme informiert?	Gekürzt	Wird der Nutzen der Behandlungen beschrieben?
Wie wurden Sie darüber informiert, ob es bei der vorgeschlagenen Maßnahme noch Bereiche gibt, wo sich die Ärzte und Wissenschaftler selbst noch unsicher sind?	Vereinfacht. In verständlicheres Deutsch übertragen	In manchen Bereichen der Medizin weiß man noch nicht genau Bescheid. Hilft die Information hier weiter?
Wie wurden Sie über mögliche Risiken informiert?	Im Wesentlichen belassen	Werden die Risiken aller Behandlungen beschrieben?
Wie wurden Sie darüber informiert, welche Konsequenzen eine Nichtbehandlung hat?	Sprachlich vereinfacht – das Wort „Konsequenz“ umschrieben	Wird beschrieben, was passiert, wenn man sich gegen eine Behandlung entscheidet?
Wie wurden Sie über Alternativen zu der vorgeschlagenen Maßnahme informiert?	Sprachlich vereinfacht – das Wort „Alternative“ umschrieben	Ist klar dargestellt, dass es mehr als ein mögliches Behandlungsverfahren geben kann?
Wie wurden Sie über weitere Informationsquellen informiert?	Einfacher ausgedrückt	Gibt es genaue Angaben, wo man sonst Hilfen oder Informationen bekommen kann?
Wie beurteilen Sie die Ausgewogenheit der Informationen?	i.w. übernommen	Ist die Information ausgewogen und unbeeinflusst geschrieben?
Wie verständlich war für Sie die Information?	Dieses Item wurde gestrichen, um für die 3 anderen Fragen, die im vorgegebenen DISCERN nicht enthalten waren, Raum zu geben. Durch Umformulierungen implizierten einige neu aufgenommene Fragen die Verständlichkeit bereits klar.	----

Wie wurde begründet, warum gerade diese Maßnahme für Sie die richtige ist	Es werden Optionen aufgezeigt, keine direktiven Anweisungen gegeben, daher passt diese weniger bei Maßnahmen zur kardiovaskulären Prävention als beispielsweise bei einer OP-Aufklärung. Dafür zusätzliche Aufnahme. des Items:=>	Ist die Information eine Hilfe für eine "partnerschaftliche Entscheidungsfindung" von Arzt und Patient?
----	Diese Frage erschien zentral für die Beurteilung durch die Patienten zu sein	
Durch Punkte-Addierung erzeugbar	Entscheidung für eine explizite Gesamtbeurteilung	Bewerten Sie abschließend die Information hinsichtlich ihrer Gesamtqualität
----	Dieser Aspekt erschien sehr wichtig – gerade bezüglich des Aussehens einer Information urteilen Patienten und Ärzte sehr unterschiedlich	Bewerten Sie die grafische Gestaltung der Information
----	Die Wichtigkeit des Themas und speziell der Information für die Patienten schien ein wichtiger Parameter zu sein	Sind die Informationen für Sie bedeutsam?

Die die Leitlinie zur kardiovaskulären Risiko-Prävention entwickelnde DEGAM-Arbeitsgruppe testete den Gebrauch des DISCERN-Fragebogens zunächst mit einigen Patienten aus Praxen von Arbeitsgruppen-Mitgliedern.

Um eine Beeinflussung der Testung durch die Autoren der Patienten-Informationen auszuschließen, wurden nicht an der Leitlinien-Entwicklung beteiligte Hausarzt-Praxen gesucht.

Über persönliche Kontakte zum Koordinator der allgemeinmedizinischen Blockpraktika an der Technischen Universität München wurden 12 bayrische Hausarzt-Praxen angeschrieben. (Anschreiben im Anhang 8).

Den Praxen wurde beginnend mit der Hypertonie-Info jeweils nur ein Informationsblatt für eine separate Erhebungsperiode zugesandt, anfangs per Post, bei denjenigen Praxen, die mit der Zusendung ihrer e-mail-Adresse die Einwilligung zur elektronischen Versendung gaben, im weiteren Verlauf per e-mail.

Nach und nach wurden nach der Hypertonie-Info diejenigen zu ASS, Ernährung, Bewegung, Diabetes, Antikoagulation, Rauchen und Metformin versendet.

Die Verschickung der ersten Aussendung erfolgte durch den Koordinator für die allgemeinmedizinischen Block-Praktika der TU München, Dr. Wolfgang Blank, die folgenden Aussendungen, Mahnschreiben bei ausbleibendem Rücklauf sowie die Auswertung und Tabellierung der zurückgesendeten Fragebögen geschah durch die Helferinnen der Hausarztpraxis Egidi und Schelp in Bremen.

Jede Info sollte den Patienten doppelt ausgehändigt werden – einmal zum Verbleib bei ihnen, einmal zum Kommentieren.

Ab einem bestimmten Stichtag sollten systematisch alle Patienten, für deren gesundheitliche Konstellation die jeweilige Info zutraf, das Informationsblatt bekommen.

Ausgeschlossene Patienten (Blinde, nicht deutsch sprechende, Analphabeten, zu Alte...) und Verweigerer sollten durch Angabe des Ausschluss-Grundes sowie ihres Alters und Geschlechtes pseudonymisiert erfasst werden.

Es sollten sowohl bereits geschulte als auch nicht geschulte, sowohl medikamentös behandelte wie nicht medikalisierte Patienten eingeschlossen werden.

Als Rücklauf wurden mindestens 6 der 10 Infos erwartet.

Dasselbe DISCERN-Instrument wurde den am Test teilnehmenden Ärzten zur eigenen Beantwortung mitgegeben. Die Ärzte wurden zudem ebenfalls um Freitext-Kommentare zu den Patienten-Informationen gebeten.

Im Verlauf wurde angesichts des sehr zögerlichen Rücklaufes von ausgefüllten DISCERN-Fragebögen aus einigen Praxen das Verfahren modifiziert.

Nicht mehr alle zu einem Thema einer Patienten-Information passenden Patienten bekamen Information und Fragebogen – es stellte sich als für die Praxen zu aufwändig heraus, den Patienten die Unterlagen nach Hause mitzugeben und den entsprechenden Rücklauf telefonisch einzufordern.

Auf die Gefahr einer gewissen Selektion hin wurde die Ausgabe der Infos so organisiert, dass sie von den Arzt-Helferinnen gleich an der Anmeldung nur an diejenigen Patienten erfolgte, die zu der Zielgruppe gehörten (z.B. bekannte Hypertonie, Übergewicht, Diabetes) und sich bereit erklärten, die Informationen gleich im Wartezimmer zu lesen und den DISCERN-Fragebogen zu beantworten.

Die Praxen wurden unsystematisch telefonisch nach den Schwierigkeiten bei der Testung der Infos befragt.

Es wurden sowohl die von den Patienten als auch die von den Ärzten zurückgesandten Fragebögen quantitativ und qualitativ analysiert. Die Auswertung der quantitativen Antworten erfolgte mit Excel 10.0 und mit SPSS 14. Dabei wurden die im DISCERN-Fragebogen enthaltenen Antwort-Möglichkeiten

nein	eher nein	teilweise	eher ja	ja
-------------	------------------	------------------	----------------	-----------

entsprechend Schulnoten von 5 bis 1 bewertet – 1 für die beste und 5 für die schlechteste Antwort.

Bei mehreren angekreuzten Antwort-Kästchen pro Frage wurde diese Frage als nicht beantwortet gewertet.

Zusätzlich wurden die auf den doppelt mitgegebenen Patienten-Ratgebern oder auf der Rückseite der Fragebögen eingetragenen Freitext-Kommentare von Patienten und Ärzten qualitativ ausgewertet.

Quantitative Auswertung: Jede Patienten-Info wurde in Bezug auf alle 14 Items der von uns verwendeten Version des DISCERN-Fragebogens ausgewertet.

Bei gleichzeitigem Ankreuzen mehrerer Antwort-Kästchen wurde die entsprechende Antwort als nicht gegeben gewertet.

Zunächst wurden die Durchschnitts-Werte der Antworten berechnet.

Da im Fragebogen nicht direkt nach einer Zahlenbewertung, sondern nach der Zuordnung zu einer kategorischen, ordinalen Skala gefragt worden war und weil die Kurven keine Normalverteilung zeigten, wurde zusätzlich jeweils der Median berechnet.

Die DEGAM Arbeitsgruppe hatte vor der Auswertung und ohne Kenntnis der Ergebnisse festgelegt: Kriterium für die positive Beurteilung einer Patienten-Information war ein Median-Wert ≤ 2 .

Bei Beurteilung eines einzelnen Items mit einem Median-Wert $>2,5$ **sollte**, bei einem Median $>3,0$ **musste** der Patientenratgeber entsprechend überarbeitet werden.

Weiterhin wurde der Bereich der Abweichung vom Median (Range) sowie der 25. und 75. Perzentilenwert berechnet.

Um eine Kontrolle für die Validität der Frage Nr. 13 des DISCERN-Fragebogens nach der Gesamt-Qualität der Information zu haben, wurden die Antworten zu dieser Frage zum Durchschnitt der Antworten zu allen Fragen in Beziehung gesetzt.

Die Abweichungen von Praxis zu Praxis sowie von einer Information zur anderen wurden verglichen.

Weiterhin wurde die Antwort der Patienten zu denen der Ärzte in Beziehung gesetzt.

Qualitative Auswertung: Die auf den extra dafür doppelt ausgedruckten Patienten-Informationen oder auf der Rückseite der Fragebögen vermerkten Kommentare von Ärzten und Patienten wurden in einer Synopse zusammengefasst den Autoren der Informationsblätter zur Verfügung gestellt.

Die Antworten der Autoren wurden ebenfalls in die Synopse eingefügt. Vorschläge zum Umgang mit diesen Kommentaren wurden für die zukünftige Gestaltung der Patientenratgeber entwickelt.

Außerdem erfolgte eine Abschätzung, ob die Freitextkommentare sehr positive oder negative Beurteilungen reflektierten.

Arbeitsplatz: In der Arztpraxis für Allgemeinmedizin Günther Egidi und Holger Schelp in Bremen wurden der Prozess von Druck und Aussendung von Informationsbroschüren, Reminder-Briefen sowie das Sammeln eingehender Beurteilungs-Fragebögen koordiniert. Die Tabellierung der zurückgesandten DISCERN-Fragebögen erfolgte in der Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin der Universität Marburg. Ein Teil der Arbeit wurde vom Antrags-Steller am heimischen Rechner ausgeführt.

4. Ergebnisse:

Von 12 angeschriebenen Praxen beteiligten sich 10 an der Testung der Patienten-Informationen.

Eine der nicht teilnehmenden Praxen äußerte Arbeitsüberlastung als Grund für die Nicht-Teilnahme, die andere sandte trotz wiederholter telefonischer und brieflicher Aufforderungen kommentarlos keine Rückmeldungen.

Die meisten Praxen hatten erhebliche Probleme damit, die Testung in den Praxis-Alltag zu integrieren, besonders zu Beginn, als noch versucht wurde, prinzipiell alle potenziell von der Thematik betroffenen Patienten in die Befragung einzubeziehen. Ursächlich wurden die ohnehin nur mühsam zu bewältigenden Aufgaben einer Hausarzt-Praxis und Schwierigkeiten der Patienten, mit dem DISCERN-Fragebogen zu recht zu kommen, benannt. Als weitere Probleme wurde benannt, dass man sich neben der Teilnahme am Qualitäts-Management nicht noch eine solche Arbeit zumuten wolle. Außerdem wurde häufig geäußert, dass auch der von uns bereits vereinfachte DISCERN-Fragebogen von vielen Patienten nicht verstanden wurde. Schließlich behinderten praktische Probleme wie das, dass Angehörige die Patienten mit dem Wagen zur Praxis gefahren hatten und nicht warten wollte, bis die Info gelesen und der Fragebogen ausgefüllt war, die Durchführung.

In einigen Praxen hatten sich zudem die Helferinnen den Sinn der Befragung nicht zueigen gemacht, obwohl sie in zunehmendem Maß direkt angeschrieben worden waren.

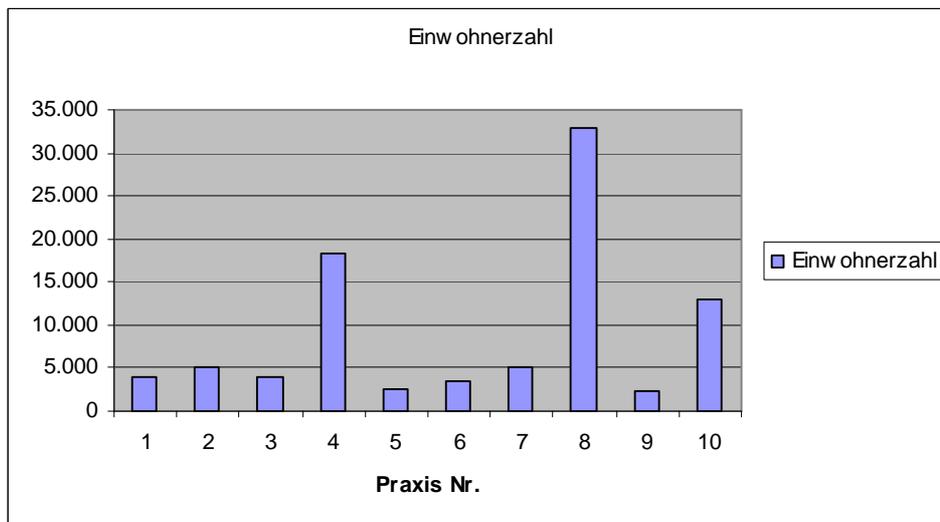
4.1. Praxis-Charakteristika

Die testenden Praxen befanden sich alle in Ober- und Niederbayern – überwiegend im ländlichen Raum.

Größe der Ortschaften

Die Orte, in denen die Testung stattfand, haben zwischen 2.300 und 33.000 Einwohner, im Durchschnitt 9.040 Einwohner (SD 9.872).

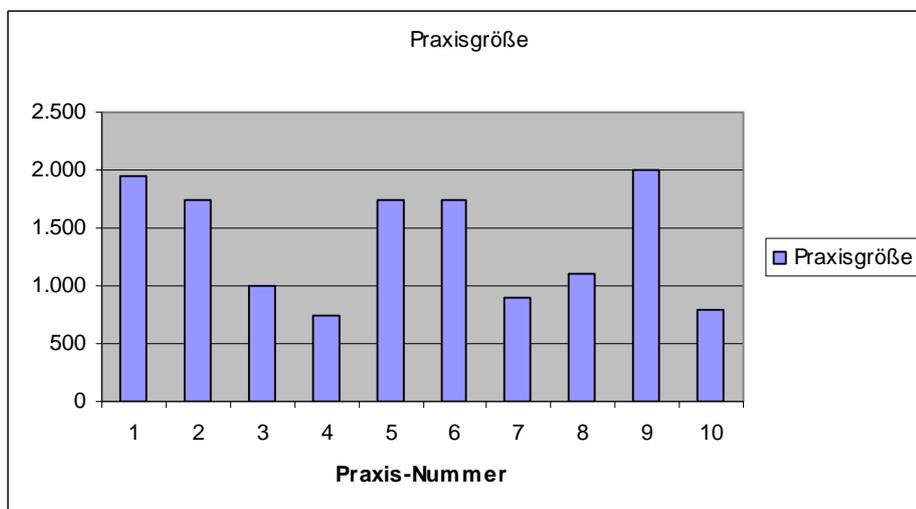
Abbildung 9: Größe der Ortschaften, in denen die Testung stattfand



Größe der Praxen

Die testenden Hausarzt-Praxen versorgen im Quartal zwischen 750 und 2.000 Patienten, im Durchschnitt 1.375 (SD 506).

Abbildung 10: Größe der testenden Praxen



4.2. Rücklauf an Fragebögen

Eine Praxis sandte einen kompletten Satz Fragebögen zur Hypertonie-Info, sah sich aber wegen Arbeits-Überlastung nicht in der Lage, an weiteren Testungen teilzunehmen.

Die Geschwindigkeit, in der die Praxen die Testungen durchführten, divergierte erheblich.

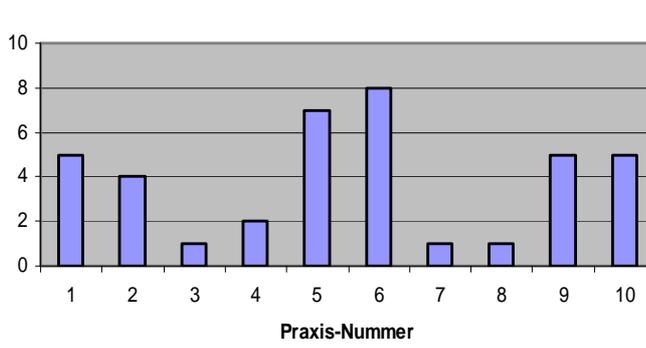
Eine Praxis testete alle 8 vorhandenen Patienten-Ratgeber innerhalb von 3 Monaten komplett durch – eine andere Praxis brauchte für die komplette Testung nur der Bluthochdruck-Info 7 Monate.

Eine ansonsten eher schnell testende Praxis musste die Testung der Diabetes-Info nach 2 Monaten abbrechen – es konnte nur ein Diabetiker gewonnen werden – die meisten Diabetiker aus dieser Praxis werden gar nicht von ihr selbst, sondern von einem Diabetologen am Ort versorgt.

Im Durchschnitt brauchten die Praxen 53,4 Tage bis zur Rücksendung der Informationen (SD 33,2 Tage).

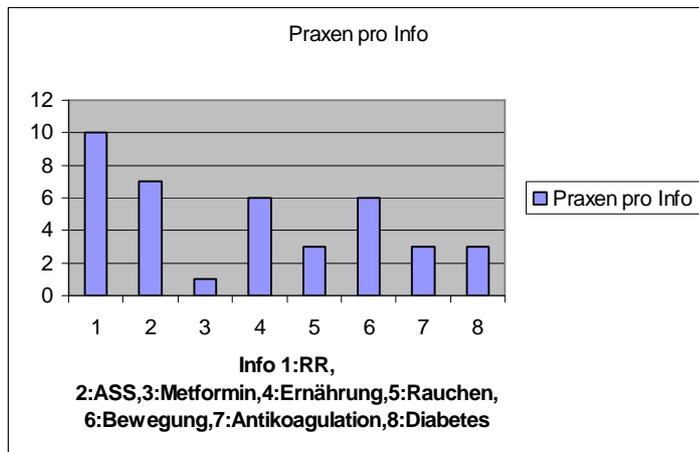
Die Praxen testeten zwischen 1 und 8 Patienten-Informationen, im Durchschnitt Infos zu 3,9 (SD 2,56) Themen.

Abbildung 11: Anzahl der pro Praxis getesteten verschiedenen Infos



Als bis Ende April 2007 nur zu vier Informationen (Hypertonie, ASS, Bewegung und Ernährung) mindestens 40 Fragebögen vorlagen, entschied die Leitlinien-Arbeitsgruppe, die Auswertung im Wesentlichen auf diese 4 Patienten-Informationen zu beschränken.

Abbildung 12: Zahlen der Test-Praxen pro Info



Die Hypertonie-Info wurde von 10 Praxen getestet, die zur ASS von 7 Praxen, die zur Ernährung und zur Bewegung von 6 Praxen, diejenigen zu Antikoagulation, Rauchen und Diabetes von je 3 Praxen und die zu Metformin nur von der einen Praxis, die problemlos alle 8 Informations-Blätter durchtestete. Im Durchschnitt wurden die Infos von 4,9 Praxen getestet (SD 2,9).

Insgesamt wurden 376 Fragebögen zurückgesandt.

Tabelle 7: Zahl der zurückgesandten Infos

Hypertonie	101
ASS	64
Bewegung	68
Ernährung	56
Diabetes	29
Antikoagulation	26
Rauchen	22
Metformin	10
Gesamt	376

4.3.0 Gesamt-Auswertung

Bei allen Infos lag der Durchschnitt der Mediane der Antworten auf alle 14 Fragen besser als „eher ja“ respektive unter 2.

Die Mediane der Antworten auf Frage 13 (Gesamtqualität) lagen bei allen 8 Infos bei „eher hoch“ resp. 2.

Gemittelt über alle 14 Items fielen die Mittelwerte teils deutlich schlechter aus als die Mediane.

Abbildung 13: Mediane und Mittelwerte in der Gesamtauswertung

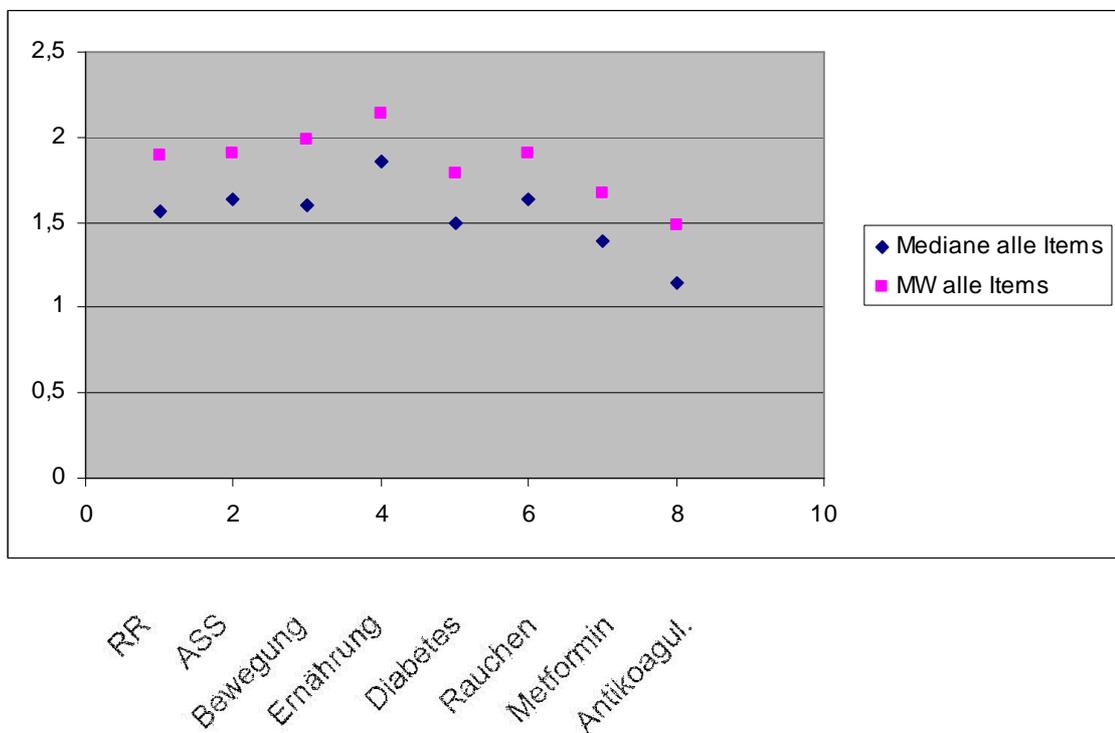


Tabelle 8: Mediane und Mittelwerte in der Gesamtauswertung

	Mediane alle Items	Median Item 13	MW alle Items	MW Frage 13
Hypertonie	1,57	2	1,89	2,31
ASS	1,64	2	1,91	2,08
Bewegung	1,60	2	1,99	2,14
Ernährung	1,86	2	2,14	2,23
Diabetes	1,50	2	1,79	2,00
Rauchen	1,64	2	1,91	1,86
Metformin	1,39	1	1,67	1,40
Antikoagulation	1,14	2	1,48	1,73

Der Anteil pro Item fehlender Angaben divergierte erheblich – er lag zwischen 5 (entspr. 1,3 %) und 48 (entspr. 13 %). Die meisten Angaben fehlten zu den Items „Ausgewogenheit“ (19 fehlende Angaben), „Nichtbehandlung“ (23 fehlende Angaben), Behandlungs-Alternativen (20 fehlende Angaben) „Hilfe für eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung“ (17 fehlende Angaben), Beurteilung der Gesamtqualität (23 fehlende Angaben) und „Grafische Gestaltung“ (49 fehlende Angaben).

Die einzelnen Ergebnisse der Testung sind im Anhang 12.16 komplett einsehbar

4.3.1. Testung Hypertonie-Info

Die Hypertonie-Info wurde in 10 Praxen getestet – 101 Patienten gaben den entsprechenden Fragebogen zurück. Besonders gut wurde diese Info in den Items Klarheit, Wichtigkeit, Ausgewogenheit, Beschreibung der Wirkung und des Nutzens der Behandlung sowie der Nicht-Behandlung, der Beeinflussung der Lebensqualität durch die Behandlung, von Behandlungs-Alternativen und der Unterstützung einer partnerschaftlichen Entscheidungsfindung bewertet.

Weniger gut wurde es in Bezug auf die Angabe von Hilfsmöglichkeiten, die Hilfe in Feldern von Unsicherheit, auf die Gesamtqualität sowie auf die Hilfe in Bereichen unsicheren Wissens beurteilt. Besonders die grafische Gestaltung erscheint bei einer eher mäßigen Beurteilung (Median 2, Mittelwert 2,53) überarbeitungsbedürftig. Bei der Hypertonie-Info wichen die Mittelwerte der Antworten nur beim Item „Hilfe in Bereichen, über die man bisher nicht so genau Bescheid weiß“ mit einer Standardabweichung von 0,57 von Praxis zu Praxis etwas deutlicher voneinander ab, im Ganzen waren sie sehr ähnlich verteilt.

Abb. 14 Beurteilung von Frage 13 zur Gesamt-Qualität

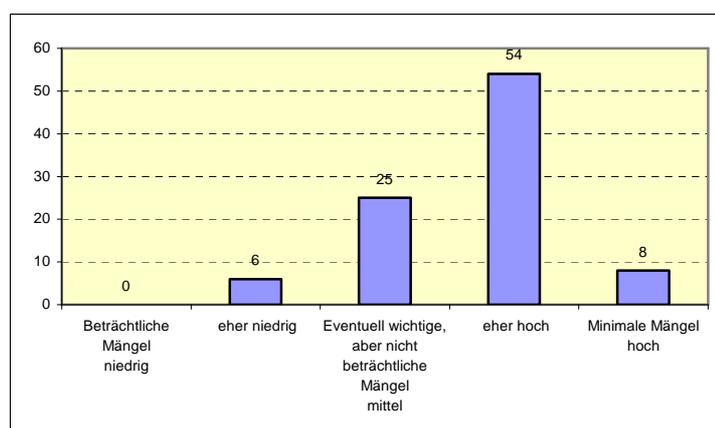


Tabelle 9: Auswertung der Hypertonie-Info	ja	eher ja	Teil- weise	eher nein	nein	MW	Median	Unterschiede zwischen den Praxen (SD der Mittelwerte)	Fehlende Angaben
Item									
Ziele der Information klar?	65	23	12	1	0	1,50	1	0,43	0
Information für Sie bedeutsam?	60	20	17	3	0	1,63	1	0,38	1
Information ausgewogen und unbeeinflusst geschrieben?	41	42	13	1	0	1,73	1	0,31	4
Angaben über Hilfen oder Informationen?	30	33	27	4	4	2,17	2	0,35	3
Hilfe in Bereichen, über die man noch nicht Bescheid weiß?	30	32	20	8	7	2,28	2	0,57	4
Wirkung Behandlung beschrieben?	45	27	22	4	1	1,88	2	0,41	2
Nutzen der Behandlung beschrieben?	49	31	17	4	0	1,76	1	0,27	0
Risiken beschrieben?	41	13	16	7	5	2,04	2	0,47	2
beschrieben, was passiert, wenn man sich gegen eine Behandlung entscheidet?	58	23	11	1	3	1,65	1	0,30	5
beschrieben, wie die Behandlung die Lebensqualität beeinflusst?	52	29	10	4	1	1,68	1	0,27	5
dargestellt, dass es mehr als ein mögliches Behandlungsver- fahren geben kann?	51	35	4	7	0	1,64	1	0,31	4
Hilfe für partnerschaft- liche Entscheidungs- findung?	58	24	12	4	1	1,65	1	0,35	2
Gesamtqualität?	8	54	25	6	0	2,31	2	0,22	8
Grafische Gestaltung	5	52	23	8	5	2,53	2	0,32	7

4.3.2. Testung der ASS-Infos

Die ASS-Info wurde von 64 Patienten beurteilt. Besonders in den Items Klarheit, Wichtigkeit, Ausgewogenheit, Beschreibung von Nutzen und Risiken der Behandlung sowie als Hilfe für eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung wurde sie sehr positiv beurteilt.

Die Gesamtqualität wurde im Median mit „eher ja“ resp. 2 gut beurteilt. Die Fragen nach zusätzlichen Hilfen oder Informationen (MW 2,31), Hilfe in Bereichen von Ungewissheit (MW 2,21), Nichtbehandlung (MW 2,19), Beeinflussung der Lebensqualität (MW 2,30), Behandlungsalternativen (MW 2,11) und Grafik (MW 2,11) werden als leicht verbesserungswürdig eingeschätzt.

Die Mittelwerte zu den einzelnen Items wiesen von Praxis zu Praxis Schwankungen mit einer Standardabweichung zwischen 0,12 und 0,68 auf. Am weitesten lagen die Antworten zu Hilfen in Feldern von Nichtwissen, der Beeinflussung der Lebensqualität, von Behandlungsalternativen, der Hilfe für eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung sowie der Gesamtqualität auseinander.

Abb. 15 Beurteilung von Frage 13 zur Gesamt-Qualität

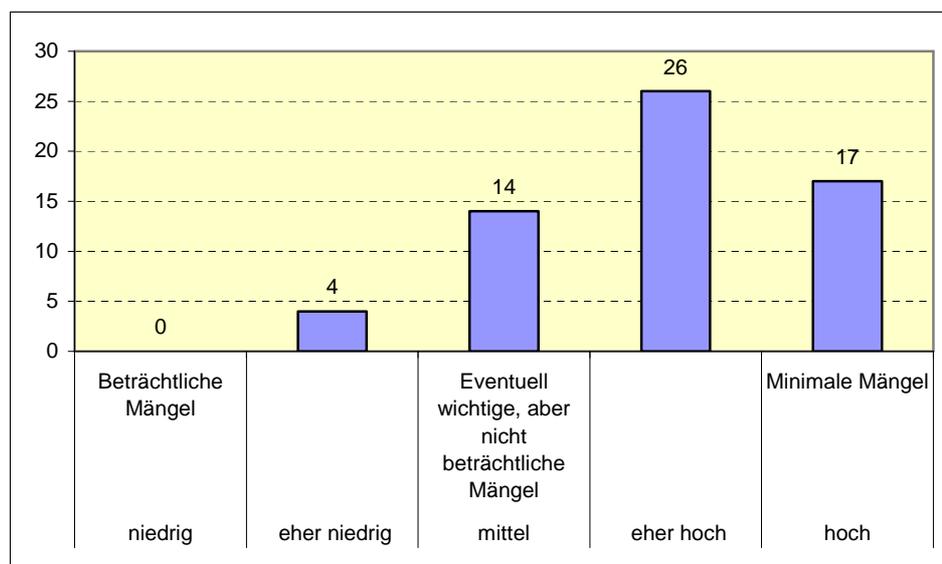


Tabelle 10: Auswertung der ASS-Info	ja	eher ja	Teil- weise	eher nein	nein	MW	Median	Unterschiede zwischen den Praxen (SD der Mittelwerte)	Fehlende Angaben
Item									
Ziele der Information klar?	42	15	6	0	0	1,43	1	0,34	1
Information für Sie bedeutsam?	40	15	6	3	0	1,56	1	0,37	0
Information ausgewogen und unbeeinflusst geschrieben?	38	15	4	2	0	1,49	1	0,26	5
Angaben über Hilfen oder Informationen?	21	14	14	8	3	2,30	2,5	0,32	5
Hilfe in Bereichen, über die man noch nicht Bescheid weiß?	23	14	18	3	4	2,21	2	0,68	2
Wirkung Behandlung beschrieben?	30	18	13	2	0	1,79	2	0,37	1
Nutzen der Behandlung beschrieben?	34	20	8	2	0	1,66	1	0,28	0
Risiken beschrieben?	36	16	8	3	0	1,65	1	0,12	1
beschrieben, was passiert, wenn man sich gegen eine Behandlung entscheidet?	29	8	15	7	4	2,19	2	0,49	1
beschrieben, wie die Behandlung die Lebensqualität beeinflusst?	26	10	15	9	4	2,30	2	0,53	0
dargestellt, dass es mehr als ein mögliches Behandlungsver- fahren geben kann?	25	15	11	9	1	2,11	2	0,50	3
Hilfe für partnerschaft- liche Entscheidungs- findung?	28	19	4	7	0	1,83	2	0,68	6
Gesamtqualität?	17	26	14	4	0	2,08	2	0,51	3
Grafische Gestaltung	6	35	12	0	0	2,11	2	0,27	11 ¹

¹ Zehn Bögen enthielten versehentlich nicht die Frage nach der grafischen Gestaltung

4.3.3. Testung der Ernährungs-Info

Die Ernährungs-Info wurde von 56 Patienten beurteilt. Sie hatte insgesamt die meisten Negativ-Bewertungen.

Zwar wurde auch diese Info bezüglich der Items Klarheit, Wichtigkeit, Ausgewogenheit sehr positiv beurteilt, zusätzlich auch bezüglich der Möglichkeit, weitere Informationen zu finden.

Bezüglich der Fragen nach Hilfe in Bereichen der Unsicherheit und der Beschreibung von Wirkung und Risiken der empfohlenen Verhaltens-Änderung wurde so deutliche Kritik geäußert, dass hier eine Überarbeitung geboten erscheint.

Beim Ernährungs-Info gab es zu den Items Klarheit, Ausgewogenheit und grafische Gestaltung der Information zwischen den verschiedenen Praxen weitgehende Übereinstimmung (Standardabweichung der Mittelwerte 0,19 bzw. 0,27), während die Antworten bei den Items Wirkung, Nutzen der Behandlung, Beschreibung der Risiken, Auswirkung einer Nichtbehandlung und Hilfe für eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung ganz erheblich voneinander abwichen (Standardabweichungen der Mittelwerte von Praxis zu Praxis 0,66-0,82).

Abb. 16 Beurteilung von Frage 13 zur Gesamt-Qualität

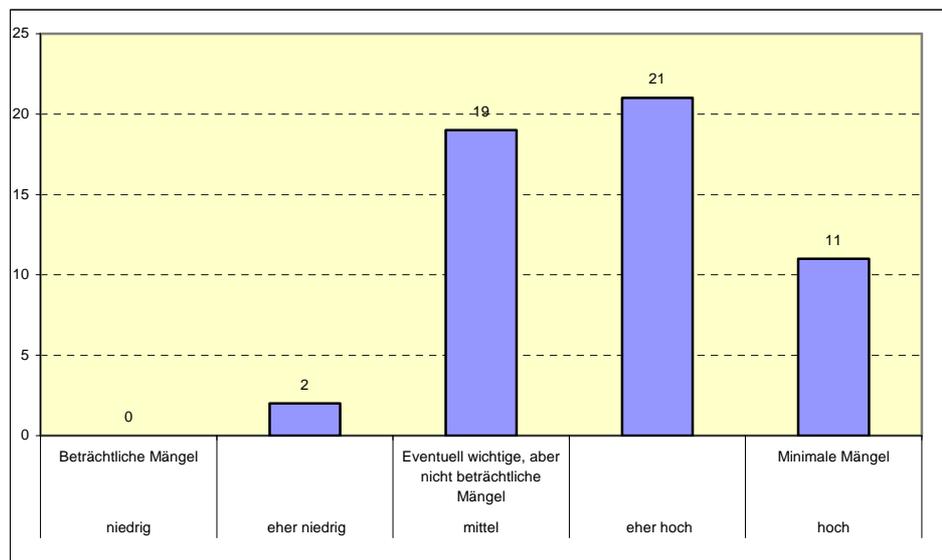


Tabelle 12: Auswertung der Ernährungs-Info	ja	eher ja	Teilweise	eher nein	nein	MW	Median	Unterschiede zwischen den Praxen (SD der Mittelwerte)	Fehlende Angaben
Item									
Ziele der Information klar?	41	10	3	0	0	1,30	1	0,19	2
Information für Sie bedeutsam?	37	7	7	2	2	1,64	1	0,51	1
Information ausgewogen und unbeeinflusst geschrieben?	45	15	6	1	0	1,51	1	0,27	0
Angaben über Hilfen oder Informationen?	31	8	9	5	0	1,77	1	0,41	3
Hilfe in Bereichen, über die man noch nicht Bescheid weiß?	14	8	12	9	8	2,78	3	0,67	5
Wirkung Behandlung beschrieben?	18	7	14	8	5	2,52	3	0,82	4
Nutzen der Behandlung beschrieben?	23	9	11	7	4	2,26	2	0,72	2
Risiken beschrieben?	15	9	14	8	7	2,68	3	0,78	3
beschrieben, was passiert, wenn man sich gegen eine Behandlung entscheidet?	18	13	6	7	5	2,35	2	0,66	7
beschrieben, wie die Behandlung die Lebensqualität beeinflusst?	26	9	10	4	3	2,02	2	0,73	3
dargestellt, dass es mehr als ein mögliches Behandlungsverfahren geben kann?	19	4	9	7	4	2,30	2	0,54	3
Hilfe für partnerschaftliche Entscheidungsfindung?	24	9	10	2	9	2,31	2	0,76	2
Gesamtqualität?	11	21	19	2	0	2,23	2	0,55	3
Grafische Gestaltung	2	25	4	3	0	2,24	2	0,27	22

4.3.4. Testung der Bewegungs-Info

Die Bewegungs-Info wurde von 68 Patienten gelesen und kommentiert. Sie erhielt zu den Items Klarheit, Ausgewogenheit, Nutzen der Intervention, Angaben zu weiteren Hilfen, Beeinflussung der Lebensqualität und zur Behandlungs-Alternativen eine sehr gute Beurteilung. Bei den Items Klarheit, Ausgewogenheit, Nutzen der Intervention, Angaben zu weiteren Hilfen und Beeinflussung der Lebensqualität lag der Median der Antworten bei 1, bei der Frage nach Behandlungs-Alternativen bei 1,5. Wie bei der Ernährungs-Info wurden auch hier Informationen zu in Fällen von Unsicherheit (MW 2,52), zur Wirkung (Mittelwert 2,19), zu Risiken der empfohlenen Verhaltensänderung (MW 2,14), zu Konsequenzen einer Nichtbehandlung (MW 2,59) vermisst. Mit einem Mittelwert von 2,45 wurde die grafische Qualität der Info nur mäßig beurteilt. In jedem Fall sollten die Aussagen zu m Verhalten in Fällen von Unsicherheit und zu den Folgen einer Nicht-Behandlung überarbeitet werden.

Zwischen den Praxen gab es keine sehr großen Unterschiede. Die Standardabweichungen der Mittelwerte von Praxis zu Praxis waren mit 0,19 bis 0,51 gering. Am ehesten wichen die Mittelwerte ab bei den Items Hilfe in Bereichen von Nichtwissen (SD 0,5) und Folgen einer Nichtbehandlung (SD 0,51) voneinander ab, ansonsten stimmten die Antworten größtenteils überein.

Abb. 17. Beurteilung von Frage 13 zur Gesamt-Qualität

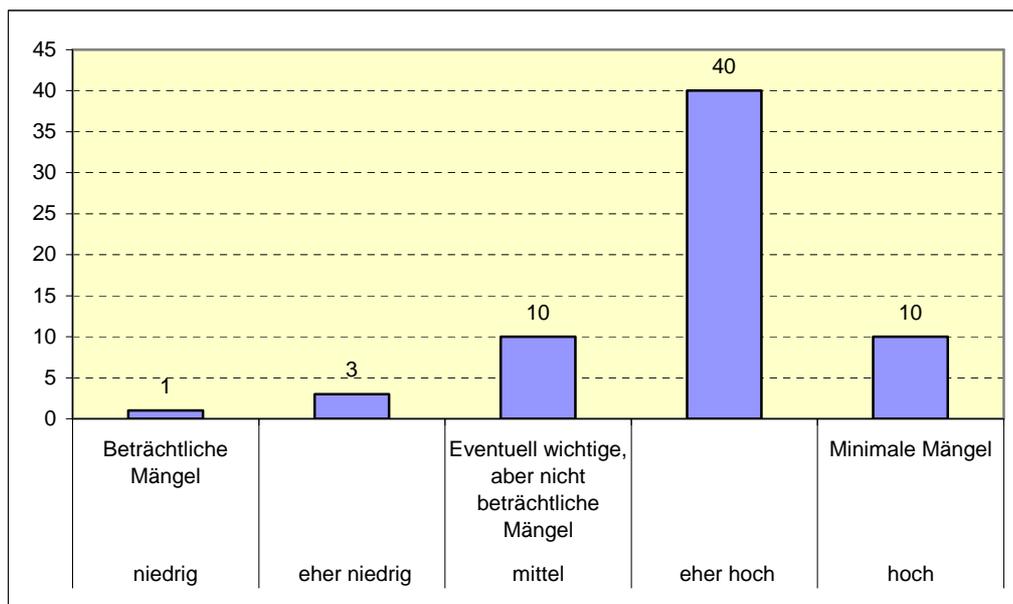


Tabelle 12: Auswertung der Bewegungs-Info	ja	eher ja	Teil- weise	eher nein	nein	MW	Median	Unterschiede zwischen den Praxen (SD der Mittelwerte)	Fehlende Angaben
Item									
Ziele der Information klar?	48	15	3	0	1	1,37	1	0,19	1
Information für Sie bedeutsam?	31	14	14	5	1	1,91	2	0,30	3
Information ausgewogen und unbeeinflusst geschrieben?	34	19	10	0	1	1,67	1	0,34	4
Angaben über Hilfen oder Informationen?	38	12	11	2	3	1,79	1	0,29	1
Hilfe in Bereichen, über die man noch nicht Bescheid weiß?	16	18	19	8	5	2,52	2	0,5	2
Wirkung Behandlung beschrieben?	21	21	13	7	2	2,19	2	0,40	4
Nutzen der Behandlung beschrieben?	36	21	6	1	3	1,72	1	0,29	1
Risiken beschrieben?	26	14	16	5	3	2,14	2	0,40	4
beschrieben, was passiert, wenn man sich gegen eine Behandlung entscheidet?	15	17	14	13	4	2,59	2	0,51	5
beschrieben, wie die Behandlung die Lebensqualität beeinflusst?	32	19	5	5	3	1,88	1,5	0,32	4
dargestellt, dass es mehr als ein mögliches Behandlungsver- fahren geben kann?	19	4	9	7	4	2,30	2	0,54	3
Hilfe für partnerschaft- liche Entscheidungs- findung?	29	18	14	2	1	1,88	2	0,24	4
Gesamtqualität?	10	40	10	3	1	2,14	2	0,22	4
Grafische Gestaltung	5	35	18	5	2	2,45	2	0,44	3

4.3.5. Testung der Diabetes-Info

Die Diabetes-Info wurde von 29 Patienten beurteilt. Sie bekam zu nahezu allen Items eine sehr gute Beurteilung, der Median der Antworten zu den Fragen nach Klarheit, Bedeutsamkeit, Ausgewogenheit, Angaben zu weiteren Informationen, Hilfe in Fällen von Unsicherheit, Beschreibung des Nutzens, Hilfe zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung lag bei 1. Zu keinem Item fielen Mittelwert und Median der Antworten schlechter als 2 resp. „gut“ aus.

Zum Item Ausgewogenheit gab es zwischen den Praxen mit einer Standardabweichung von 0,22 nur eine geringe Abweichung in den Antworten, ansonsten divergierten die Mittelwerte von Praxis zu Praxis erheblich (SD 0,39-0,85 bei allerdings der geringen Zahl von nur 3 testenden Praxen).

Abb. 18. Beurteilung von Frage 13 zur Gesamt-Qualität

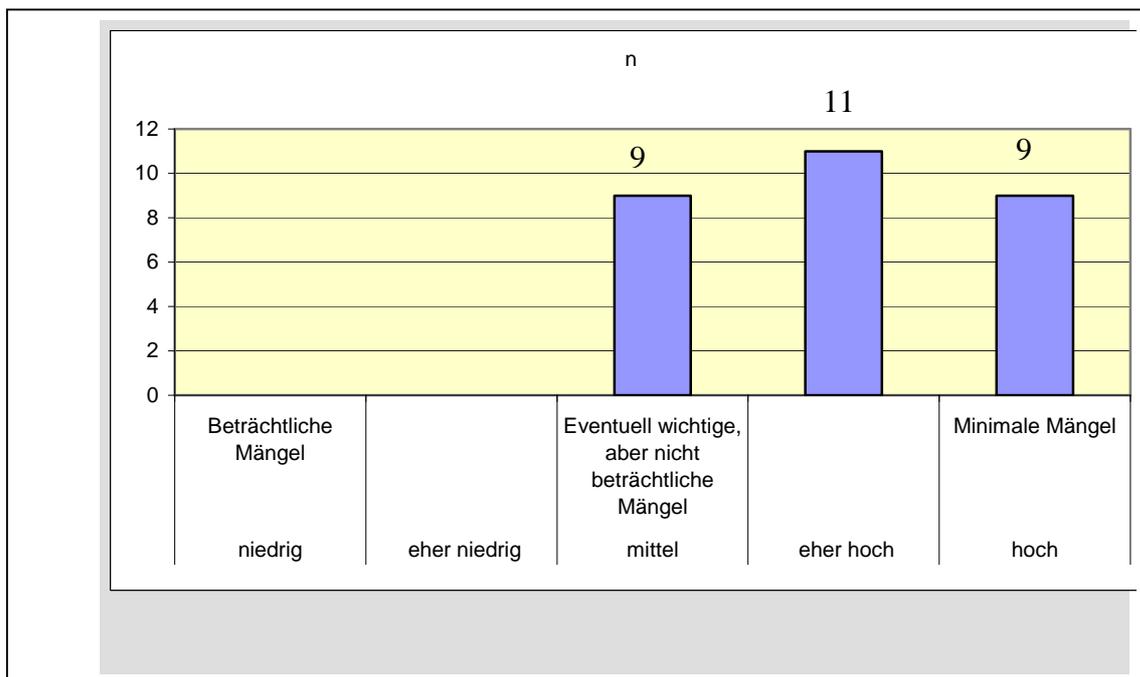


Tabelle 13: Auswertung der Diabetes-Info	ja	eher ja	Teil- weise	eher nein	nein	MW	Median	Unterschiede zwischen den Praxen (SD der Mittelwerte)	Fehlende Angaben
Item									
Ziele der Information klar?	22	5	1	1	0	1,34	1	0,39	0
Information für Sie bedeutsam?	18	7	1	1	0	1,44	1	0,40	2
Information ausgewogen und unbeeinflusst geschrieben?	18	6	2	1	1	1,61	1	0,22	1
Angaben über Hilfen oder Informationen?	20	4	3	1	1	1,59	1	0,49	0
Hilfe in Bereichen, über die man noch nicht Bescheid weiß?	17	5	4	2	1	1,79	1	0,84	0
Wirkung Behandlung beschrieben?	13	10	5	1	0	1,79	2	0,78	0
Nutzen der Behandlung beschrieben?	14	7	4	2	0	1,78	1	0,60	2
Risiken beschrieben?	13	7	6	3	0	1,97	2	0,67	0
beschrieben, was passiert, wenn man sich gegen eine Behandlung entscheidet?	11	9	3	4	0	2,00	2	0,51	2
beschrieben, wie die Behandlung die Lebensqualität beeinflusst?	12	7	7	1	1	2,00	2	0,67	1
dargestellt, dass es mehr als ein mögliches Behandlungsver- fahren geben kann?	12	10	6	0	0	1,79	2	0,39	2
Hilfe für partnerschaftlich e Entscheidungsfi- ndung?	16	6	3	3	0	1,75	1	0,85	1
Gesamtqualität?	9	11	9	0	0	2,00	2	0,62	0
Grafische Gestaltung	8	14	4	2	0	2,00	2	0,60	1

4.3.6. Testung der Info zur Antikoagulation

Die Info zur Antikoagulation wurde von 26 Patienten beurteilt. Sie bekam in allen Items sehr gute Beurteilungen (Median zu allen Items bei 1 bis auf die Fragen nach der Gesamtqualität und der grafischen Gestaltung mit einem Median von 2; Mittelwerte zu allen Items besser als 2 resp. „gut“). Offensichtlich wurde bei diesem am ehesten Entscheidungs-relevanten Informationsblatt kein wesentlicher Verbesserungsbedarf gesehen.

Die Antworten zu dieser Info zeigten von Praxis zu Praxis einen hohen Grad an Übereinstimmung. Nur bezüglich des Items „Angaben über Hilfen und Informationen“ (SD der Mittelwerte von Praxis zu Praxis 0,78) wichen die Antworten aus den unterschiedlichen Praxen deutlich voneinander ab.

Abbildung 19.: Beurteilung von Frage 13 zur Gesamt-Qualität

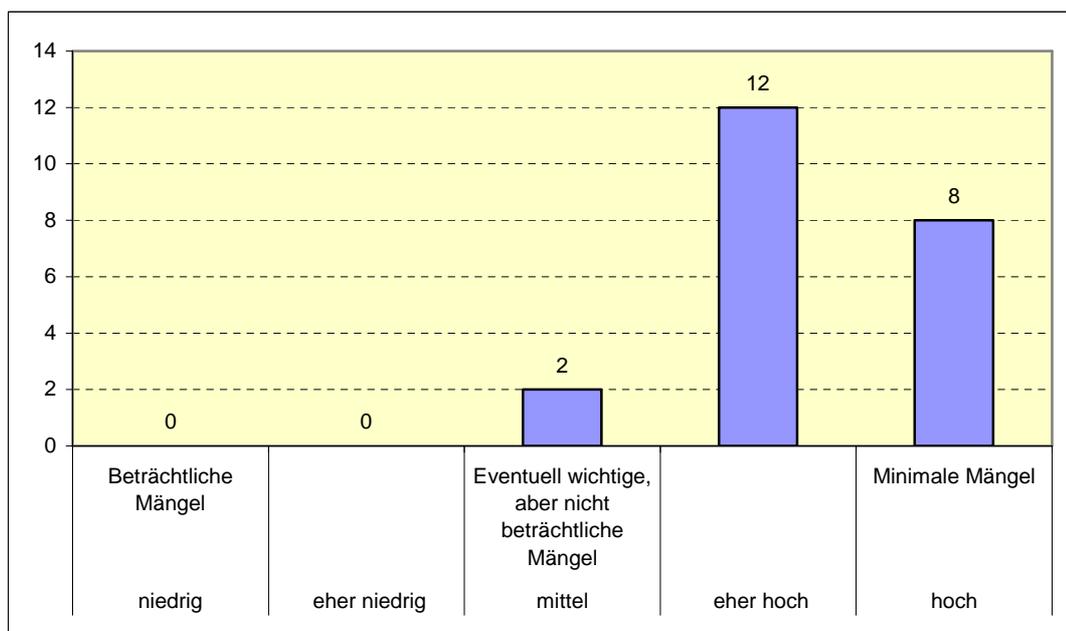


Tabelle 14: Auswertung der Info zur Antikoagulation	ja	eher ja	Teil- weise	eher nein	nein	MW	Median	Unterschiede zwischen den Praxen (SD der Mittelwerte)	Fehlende Angaben
Item									
Ziele der Information klar?	22	1	2	0	0	1,20	1	0,19	1
Information für Sie bedeutsam?	22	3	0	0	0	1,12	1	0,07	1
Information ausgewogen und unbeeinflusst geschrieben?	17	4	0	0	0	1,19	1	0,08	5
Angaben über Hilfen oder Informationen?	14	4	1	5	0	1,88	1	0,78	2
Hilfe in Bereichen, über die man noch nicht Bescheid weiß?	18	3	3	0	1	1,52	1	0,24	1
Wirkung Behandlung beschrieben?	19	3	2	0	0	1,29	1	0,22	2
Nutzen der Behandlung beschrieben?	17	4	1	1	0	1,39	1	0,27	3
Risiken beschrieben?	18	2	3	0	0	1,35	1	0,18	3
beschrieben, was passiert, wenn man sich gegen eine Behandlung entscheidet?	17	2	3	1	1	1,63	1	0,33	2
beschrieben, wie die Behandlung die Lebensqualität beeinflusst?	16	4	3	1	1	1,68	1	0,19	1
dargestellt, dass es mehr als ein mögliches Behandlungsverfa hren geben kann?	14	4	1	2	1	1,73	1	0,43	4
Hilfe für partnerschaftliche Entscheidungsfind ung?	20	2	1	1	0	1,29	1	0,28	2
Gesamtqualität?	8	12	2	0	0	1,73	2	0,16	4
Grafische Gestaltung	10	13	0	0	1	1,71	2	0,30	2

4.4. Beurteilung durch die Ärzte

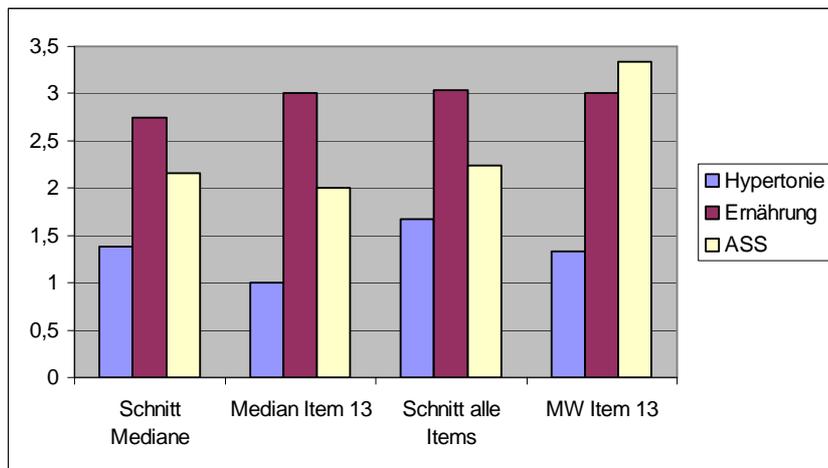
Dargestellt werden hier die durch die Ärzte ausgefüllten Beurteilungsbögen zu jeder Patienten-Info

4 Ärzte füllten ebenfalls die DISCERN-Fragebögen aus, zu den Themen Hypertonie und ASS insgesamt 3, zur Ernährung 2, zu Bewegung, Antikoagulation und Diabetes nur einen. Wegen der entsprechend schmalen Datengrundlage wurden diese drei nicht weiter ausgewertet wurden.

Bei den Rückmeldungen zu den Infos zu den Themen Hypertonie, Ernährung und ASS ergaben sich folgende Beurteilungen:

	Schnitt Mediane	Median Item 13	Schnitt alle Items	MW Item 13
Hypertonie	1,38	1	1,67	1,33
Ernährung	2,75	3	3,04	3,00
ASS	2,16	2	2,24	3,33

Abbildung 20: Beurteilung der Gesamtqualität durch die Ärzte



4.4.1 Ärzte-Beurteilung Hypertonie-Info

Die Hypertonie-Info wurde von den 3 Ärzten sehr gut beurteilt.

Nur in den Items Darstellung der Risiken der Behandlung und grafische Qualität wurde die Info eher negativ bewertet

Tabelle 15: Auswertung der Hypertonie-Info durch die Ärzte Item	ja	eher ja	Teilweise	eher nein	nein	MW	Median	Fehlende Angaben
Ziele der Information klar?	2	0	0	1	0	2,0	1	0
Information für Sie bedeutsam?	3	0	0	0	0	1,0	1	0
Information ausgewogen und unbeeinflusst geschrieben?	3	0	0	0	0	1,0	1	0
Angaben über Hilfen oder Informationen?	1	1	1	0	0	2,0	2	0
Hilfe in Bereichen, über die man noch nicht Bescheid weiß?	1	1	0	1	0	2,33	2	0
Wirkung Behandlung beschrieben?	0	3	0	0	0	2,0	2	0
Nutzen der Behandlung beschrieben?	3	0	0	0	0	1,0	1	0
Risiken beschrieben?	0	2	0	1	0	2,67	2	0
beschrieben, was passiert, wenn man sich gegen eine Behandlung entscheidet?	1	2	0	0	0	1,67	2	0
beschrieben, wie die Behandlung die Lebensqualität beeinflusst?	3	0	0	0	0	1,0	1	0
dargestellt, dass es mehr als ein mögliches Behandlungsverfahren geben kann?	2	0	0	0	0	1,0	1	1
Hilfe für partnerschaftliche Entscheidungsfindung?	2	0	0	0	0	1,0	1	1
Gesamtqualität?	2	1	0	0	0	1,33	1	0
Grafische Gestaltung	0	1	0	2	0	3,33	4	0

4.4.2 Ärzte-Beurteilung ASS-Info

Die ASS-Info wurde von den 3 Ärzten eher mäßig beurteilt. Die Darstellung der Wichtigkeit der Behandlung, der Beeinflussung der Lebensqualität und der Auswirkungen auf eine partnerschaftliche Entscheidung zwischen Arzt und Patient wurden mäßig, die der Auswirkungen einer Nicht-Behandlung sowie die grafische Gestaltung eher schlechter beurteilt.

Tabelle 16: Auswertung der ASS-Info durch die Ärzte Item	ja	eher ja	Teilweise	eher nein	nein	MW	Median	Fehlende Angaben
Ziele der Information klar?	1	1	1	0	0	2,0	2	0
Information für Sie bedeutsam?	1	0	2	0	0	2,33	3	0
Information ausgewogen und unbeeinflusst geschrieben?	1	2	0	0	0	1,67	2	0
Angaben über Hilfen oder Informationen?	1	2	0	0	0	1,67	2	0
Hilfe in Bereichen, über die man noch nicht Bescheid weiß?	1	2	0	0	0	1,67	2	0
Wirkung Behandlung beschrieben?	1	2	0	0	0	1,67	2	0
Nutzen der Behandlung beschrieben?	2	1	0	0	0	1,33	1	0
Risiken beschrieben?	2	1	0	0	0	1,33	1	0
beschrieben, was passiert, wenn man sich gegen eine Behandlung entscheidet?	1	0	0	1	1	3,33	4	0
beschrieben, wie die Behandlung die Lebensqualität beeinflusst?	0	2	0	1	0	2,67	2	0
dargestellt, dass es mehr als ein mögliches Behandlungsverfahren geben kann?	1	0	0	1	1	3,33	4	0
Hilfe für partnerschaftliche Entscheidungsfindung?	1	0	1	1	0	2,67	3	0
Gesamtqualität?	1	1	0	1	0	2,33	2	0
Grafische Gestaltung	1	0	0	1	1	3,33	4	0

4.4.3 Ärzte-Beurteilung Ernährungs-Info

Wie bei den Patienten-Fragebögen fiel auch bei den beiden rückmeldenden Ärzten das Urteil zur Ernährungs-Info am schlechtesten aus.

Nur zu den Items Klarheit, Ausgewogenheit und Angaben zu Hilfen und Informationen gab es eindeutige Zustimmung.

Bezüglich der Items Hilfe bei Unsicherheit, Darstellung der Risiken einer Ernährungs-Behandlung, der Folgen einer Nicht-Behandlung und der Möglichkeit verschiedener Behandlungs-Möglichkeiten sowie der grafischen Qualität war das Urteil der Ärzte eindeutig ablehnend.

Tabelle 17: Auswertung der Ernährungs-Info durch die Ärzte Item	ja	eher ja	Teilweise	eher nein	nein	MW	Median	Fehlende Angaben
Ziele der Information klar?	1	1	0	0	0	1,5	1,5	0
Information für Sie bedeutsam?	0	1	1	0	0	2,5	2,5	0
Information ausgewogen und unbeeinflusst geschrieben?	1	1	0	0	0	1,5	1,5	0
Angaben über Hilfen oder Informationen?	1	1	0	0	0	1,5	1,5	0
Hilfe in Bereichen, über die man noch nicht Bescheid weiß?	0	0	0	1	1	4,5	4,5	0
Wirkung Behandlung beschrieben?	0	1	1	0	0	2,5	2,5	0
Nutzen der Behandlung beschrieben?	1	0	1	0	0	2,0	2,0	0
Risiken beschrieben?	0	0	0	0	5	5,0	5,0	0
beschrieben, was passiert, wenn man sich gegen eine Behandlung entscheidet?	0	0	1	0	1	4,0	4,0	0
beschrieben, wie die Behandlung die Lebensqualität beeinflusst?	0	1	0	1	0	3,0	3,0	0
dargestellt, dass es mehr als ein mögliches Behandlungsverfahren geben kann?	0	0	1	0	1	4,0	4,0	0
Hilfe für partnerschaftliche Entscheidungsfindung?	0	1	1	0	0	2,5	2,5	0
Gesamtqualität?	0	0	2	0	0	3,0	3,0	0
Grafische Gestaltung	0	0	0	0	1	5,0	5,0	1

4.5 Vergleich Patienten- und Ärzte-Beurteilung

Die Ärzte beurteilten die Hypertonie-Info etwas positiver als ihre Patienten, die ASS-Info etwas und die Ernährungs-Info erheblich negativer.

Generell wurde die grafische Gestaltung aller Infos bis auf die zum Diabetes von den Ärzten sehr schlecht beurteilt, während die Patienten die Aufmachung der Infos im Median mit „gefällt mir gut“ bzw. sehr gut (Raucher-Info“) bewerteten.

	Mediane alle Items
Hypertonie	
Ärzte	1,38
Patienten	1,57
SD zwischen Beurteilung Ärzte und Beurteilung Patienten	0,13
Ernährung	
Ärzte	2,75
Patienten	1,86
SD	0,63
ASS	
Ärzte	2,16
Patienten	1,64
SD	0,37

4.6. Auswertung der Qualitativen Testung durch die Patienten

Insgesamt 62 Patienten und Ärzte äußerten sich in Freitext-Antworten auf den extra zu diesem Zweck doppelt zugestellten Patienten-Informationen.

Manche Patienten nutzten auch die Rückseite der DISCERN-Fragebögen für ihre Kommentare. Es ist möglich, dass einige solche Kommentare bei der Rücksendung der Fragebögen per Fax verloren gingen.

Die Freitexte wurden, getrennt nach Ärzten und Patienten, jeweils den verschiedenen Infos zugeordnet und bezüglich möglicher Konsequenzen für die Überarbeitung der Infos tabelliert.

4.6.1. Hypertonie-Info

Freitext-Kommentar	Mögliche Schluss-Folgerung für die Überarbeitung der Info
Bin mit der Behandlung meines Arztes zufrieden. Möchte mich (?) weiterhin bei ihm behandelt werden. Ich vertraue Ihnen und verbleibe hochachtungsvoll Ihre Patientin	Hier wurde offensichtlich vermutet, es ginge um eine Überprüfung des Vertrauens zum Hausarzt und nicht um eine kritische Wertung der zu prüfenden Info
Es werden keine Informationen gegeben, wenn gesunde Lebensführung überwiegend eingehalten wird und trotzdem keine Besserung eintritt.	Eine berechtigte Kritik – die Info stellt nicht deutlich genug klar, dass eine antihypertensive Behandlung keinen absoluten Schutz vor kardiovaskulären Folgekrankheiten darstellt
Evtl. erbliche Vorbelastung? Nervliche Belastung innerhalb der Familie?	Würde den Rahmen einer 2-Seiten-Information sprengen. Konsequenz allenfalls: entlastende Aussage, dass eine Hypertonie nichts Schuldhaftes ist. Der Stressaspekt muss evtl. noch einmal hervorgehoben werden
Lebensqualität: da ich keine Beschwerden hatte, wurde der Hochdruck eher zufällig entdeckt. Dabei ist eine unmittelbare Änderung/Verbesserung der Lebensqualität nicht offensichtlich, allenfalls das zukünftige Ausbleiben von Schädigungen.	Hier hatte die DISCERN-Frage nach der Lebensqualität irritiert

Nutzen der Behandlung: Allenfalls das Ausbleiben der auf S.1. beschriebenen Schäden und etwas allgemein auf der letzten Seite.	Es ist sehr schwierig, gleichzeitig die Patienten nicht durch detaillierte Schilderung möglicher Hypertonie-Komplikationen zu ängstigen und den Nutzen der Behandlung, nämlich die Verhinderung dieser Komplikationen zu verdeutlichen
Wirkung: für mich wären mehr Hintergrundinfos zu den Medikamenten interessant, gehen aber wahrscheinlich über den Rahmen eines Infoblattes hinaus.	Das ist sicherlich so. Speziell zu den Betablockern existiert eine weitere Info-
Als Kurzinfo ist die Information in Ordnung, ich nehme aber an, dass die Hypertonie-Aufklärung sich seit 2005 geändert hat; nicht im Ganzen, aber in bestimmten Aussagen.	Das ist sicherlich so – beispielsweise in der Bewertung der Betablocker. Hier ging es aber prinzipiell um Wissen zum Bluthochdruck
Danke! Grafisch unübersichtlich (Mehrfachnennungen)	Die für jeweils 2 A-5-Seiten gedachte Information war DIN A 4 gedruckt und nicht gefaltet worden – diese Kritik wurde im Weiteren nicht wieder geäußert (Anfangs-Schwierigkeit)
Lebensveränderung werden nicht konkret dargelegt (Änderung im Essverhalten schon, ist aber bei Bluthochdruck logisch)	Das ist in den weitere Infos enthalten
M.E. sind homöopathische Behandlungsformen auch wirksam (u. unschädlicher)	Hierfür existiert keine Evidenz
Der link www.evidence.de ist unübersichtlich	Müsste evtl. die genauere URL angegeben oder der Link konkretisiert werden
Die Frage „In manchen Bereichen der Medizin...“ verunsichert und wird nicht ausreichend in der Info darüber aufgeklärt.	Damit werden wir leben müssen – die Formulierung der bestehenden Unsicherheit entspricht häufig der Realität
Zu allgemein – mehr Präventionsmöglichkeiten als mit Tabletten u.a. Medikamenten (mit Nebenwirkungen) alles einstellen zu wollen. Längerfristig müsste Vorbeugung doch billiger und für den Patienten lebenswerter sein	Siehe auch hier die übrigen Infos zu Ernährung und Bewegung
Anzeichen für Bluthochdruck „Ich leide unter <u>sehr starken</u> Kopfschmerzen“	Kopfschmerzen sind in der Info erwähnt
Verbesserungsvorschlag: Statt „Warum? Schaden an Herz und Blutgefäßen vermeiden“ besser <u>Ziel:</u> ...	Soll wegen der gewünschten Redundanz der Fragen „Wer? Warum? Welche Risiken,...“ nicht umgesetzt werden

Was ist DMP KHK?	Das muss erklärt werden
Ein Pat. konnte Text und Fragebogen nicht ohne Hilfe verstehen. Ein Pat. weigerte sich, den Fragebogen auszufüllen. Das sei zu kompliziert.	

4.6.2. ASS-Info

Freitext-Kommentar	Mögliche Schluss-Folgerung für die Überarbeitung der Info
Warum Ausnahmefälle so klein geschrieben – ist doch wichtig	Der Einwand sollte aufgenommen, die Ausnahmeindikationen für ASS sollten größer dargestellt werden
Etwas Farbe braucht der Mensch	Die Info war versehentlich nur schwarz-weiß gedruckt worden
Partnerschaftliche Entscheidungsfindung ist Träumerei	
Es geht ja auch ohne Fachchinesisch	
Vorsicht/ärztliche Kontrolle: andere Mittel? „Freifahrtschein?“	Empfehlungen sind klar genug ausgedrückt worden
„Kardiovaskuläre Prävention“ – o je!	Muss wirklich „eingedeutscht“ oder zumindest übersetzt werden
Danke schön!	
Risiken zumindest nicht vollständig beschrieben	Das wäre in dem Rahmen auch nicht möglich – Blutungen und Unverträglichkeiten wurden benannt
Sehr gut!	
„Das verstehe ich überhaupt nicht“ bezieht sich auf „In Ausnahmefällen bestehen folgende Gründe für eine Einnahme von ASS...“	Das muss in der Tat verständlicher formuliert werden (s.o.)
Am Anfang sollte die Hauptwirkung beschrieben werden – z.B. Acetylsalicylsäure wird zur Hemmung der Blutgerinnung eingenommen	die Leitlinien-Gruppe entschied sich der Redundanz halber für das Schema mit den Fragen "Wer? Warum? Wie wirkt?"
Wie hängt ASS mit Blutgerinnung zusammen?	ist im Text erklärt
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!	

Ja – bekomme ich immer volle Auskunft nach meiner Fragen!	
Frage: gibt es Risikomindernde Medikamente?	
Info über Herstellung von ASS ist interessant. Warum ist ASS-magenfreundlich teurer? Warum stellt man nicht gleich das Bessere her? Evtl. spätere Folgeschäden zu behandeln ist doch teurer.	Die Magenfreundlichkeit anderer Darreichungsformen ist nicht belegt.
Vorder- und Rückseite der Information seitenverkehrt bedruckt.	War eine Panne seitens der versendenden Praxis
Die Information war für mich nichts Neues. ASS wurde vor über einem Jahr ersatzlos abgesetzt. Als an Asthma Leidender hatte ich aber auch bei der Einnahme keine Probleme.	

4.6.3. Bewegungs-Info

Freitext-Kommentar	Mögliche Schluss-Folgerung für die Überarbeitung der Info
Oft habe ich mich nicht ausgekannt.	
Der leere Platz auf Seite 3 sieht nicht gut aus. Vielleicht kann man auch nur bei „Information für Patienten“ die Zeilen etwas nach unten verschieben.	Sollte umgesetzt werden
Die Information bringt zum Nachdenken. Danach handeln muss jeder für sich entscheiden ohne Zwang	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Das gilt nur für bestimmte Gruppen, zum Beispiel Arbeitskräfte, die viel sitzen, und die Jugend, die den halben Tag schlafen, zur Schule und zu den Sportvereinen gefahren werden. Sogar Sportunterricht in Schulen fallen oft aus. 2. Hausfrauen haben den ganzen Tag Bewegung. Vor allem die ältere Generation, die am Wochenende auch noch für die Enkelkinder da sind. 3. Regelmäßiges Training ist gut. Aber auf dem Lande gibt es zu wenig Angebote. 4. Training alleine macht keinen Spaß und die Vorsätze werden oft wieder über Bord geworfen 	<p>Zu 3.) das ist sicherlich so – es ist in der Info extra ein Hinweis auf lokale Angebote vorgesehen – wurde jetzt vermutlich von den testenden Praxen nicht ausgefüllt</p> <p>Zu 4.) in der Info wurde ausführlich darauf eingegangen, wie wichtig es ist, dass die Bewegung Freude macht</p>

Für mich über 50 ist wichtig Regelmäßigen Tagesablauf – Gesund leben (ohne Alkohol und Nikotin) – Meine Wochenendeinkäufe erledige ich zu Fuß – Zeit für Familie und Spaziergänge – Harmonisches Familienleben – Ansonsten mache ich mir keinen Stress.	
Vorschläge für weitere Ausdauer-Sportarten	
Bringt zum Nachdenken, aber nicht alle sind betroffen	
Sehr gut beschrieben. Wie soll man es umsetzen?	Dafür ist der Platz mit der Zielabsprache auf der Info gedacht
Problematisch für Leute ohne PC und Interneterfahrung	Es sind zwar 3 Homepages angegeben, aber durchaus auch Postadressen, um an Informationen zu kommen
Es gefällt mir gut, dass diese Broschüre Anstöße gibt, sich über das Thema weiter gehende Gedanken zu machen. Konzept/Idee => sehr gut	
Ich finde, wenn man älter ist, ist geistige Entspannung wichtiger – musisches!	- wobei im Sinn der Sturzprävention das Training auch in einem höheren Alter nicht enden sollte
Der wichtigste Satz: Spaß geht vor Leistung!	

4.6.4. Diabetes-Info

Freitext-Kommentar	Mögliche Schluss-Folgerung für die Überarbeitung der Info
Hilfe zur partnerschaftlichen Entscheidung – sehr!	
Bin langjährige Diabetikerin - sehr gut!	
„Was tun? Persönliche Ziele“ – das ist Spitze	

4.6.5. Metformin-Info

Freitext-Kommentar	Mögliche Schluss-Folgerung für die Überarbeitung der Info
Die Nebenwirkungen sind einfach, aber treffend geschrieben	
Die Nebenwirkungen sind gut beschrieben – ich nehme Metformin nicht mehr	
Prima!	
Jetzt weiß ich besser, warum der Dr. das Metformin abgesetzt hat – wegen der Niere – auf diesem Infoblatt steht mehr das wichtige drauf!	

Ein Hinweis auf Stillende und Schwangere (betrifft mich zwar nicht) fehlt völlig im neuen Beipackzettel, ebenso das Verfahren bei Kindern und Jugendlichen, obwohl diese bestimmt auch zu diesem Patientenkreis gehören.	Beide Angaben sollten mit aufgenommen werden, wenn es der Platz erlaubt. Ansonsten ist das nicht die Zielgruppe für Metformin
Ansonsten; gut gemacht und ein „Lichtblick“ gegenüber dem „alten“ Beipackzettel	
Die präzise Kurzbeschreibung und Aufgliederung der neuen Beipackinformation hebt sich sehr positiv gegenüber dem alten, langatmigen und teilweise vor Fachausdrücken starrenden Beipackzettel ab, Die graphische Darstellung des Medikaments könnte etwas ansprechender sein. Bei bevorstehenden Operationen und Einnahme von Kontrastmittel gehen die gemachten Angaben von 12 bis 48 Stunden Einnahmestop oder Wiedereinnahme von Metformin auseinander. Welche Angabe stimmt denn nun?	Die Kritik an dem Medikamenten-Bild kann ich annehmen – ich habe bislang keine besser Idee. Die Angaben zur Einnahme-Karenz vor OPs/Rö-Kontrastmittel werden präzisiert
Ebenso fehlt eine Information bezüglich Verkehrstüchtigkeit und Maschinenbedienbarkeit, obwohl ein großer Kreis der Patienten bestimmt noch im Berufsleben steht.	Muss kurz erwähnt werden

4.6.6. Raucher-Info

Freitext-Kommentar	Mögliche Schluss-Folgerung für die Überarbeitung der Info
Danke!	
Hier ist wirklich alles beschrieben	

4.6.7. Info zur Antikoagulation

Freitext-Kommentar	Mögliche Schluss-Folgerung für die Überarbeitung der Info
Vitamin-K-Tabelle Spitze!!!!!!!!!!	
Danke!	
Alles bestens!	

4.6.8. Ernährungs-Info

Freitext-Kommentar	Mögliche Schluss-Folgerung für die Überarbeitung der Info
Schräger Druck bzw. komische Worttrennung Ü-ber-gewicht...	-> korrigieren
Zu dünnes Papier für bds. Druck	Darauf muss geachtet werden
Verhältnis 1:5 bei Omega-FS -> was soll das einem sagen? Sonst immer % des Bedarfs	Ein zentraler Kritikpunkt: es werden Erkenntnisse aus der Ernährungswissenschaft nicht genügend mit der alltäglichen Ernährung verbunden. Sollte entsprechende geändert werden.
Gleiche Höhe der grauen Überschriftbalken	Darauf sollte geachtet werden
Dies ist für mich eine Information. Ich sehe darin keinen Behandlungsplan. Mich stören die Angaben in „g“ und „%“.	s. Anmerkung oben
Meine Nahrung habe ich selten gewogen	Idem
Wenn das ein Behandlungsplan für Herzranke sein sollte, den würde ich evtl. anders aufstellen.	Hier fehlt tatsächlich in der Info ein Hinweis darauf, dass auch in der Sekundärprävention die Ernährungstherapie die Prognose entscheidend verbessern kann
Fragebogen sehr unverständlich -Mehrfach-Nennung	versehentlich war die Originalversion des deutschen DISCERN-Fragebogen ausgedruckt worden
Zu „Hauptnährstoffe“: Die Angabe z.B. „30% der Gesamtenergieaufnahme“ ist für einen Laien schwer nachvollziehbar. Die Angabe in „Gramm“ (s. Tagesplan) ist eindeutiger.	Siehe oben
„Tagesplan“ – die Unterteilung Kohlehydrate – Eiweiß – Fett in abgegrenzten Rubriken wäre eindeutiger	
Sehr störend war für mich die Bezeichnung „Behandlungsverfahren“	Einerseits Problem mit der Terminologie des DISCERN, andererseits spricht die Info selbst auch zu wenig von Ernährung als einer Form medizinischer Behandlung
Es müsste genauer auf die Wirkungsweise eingegangen werden (z.B. Ablagerungen in den Gefäßen usw.)	Ist in der Info erwähnt
Gemüse wirken „entzündungshemmend“. Es fehlt die Erklärung, welche Entzündungen gehemmt werden sollen.	Das steht in der Info tatsächlich etwas unvermittelt und unerklärt -
Ich sehe es eher etwas kritisch, Verzehrempfehlungen zu pauschalisieren.	

Ich werde mir wünschen viel mehr Beispiele. Was genau ist Kohlenhydrate/Eiweiß?	Das sollte unbedingt erklärt werden, sprengt aber den vorgegebenen Rahmen
Wann (Uhrzeit) und was, wie viel soll ich essen?	
Z.B. morgens – was ist am besten in der Zeit zu essen? Vormittag? Mittag? Abend? Bis wann ist gesund essen?	
Es fehlt ausreichend Sport. Die Entscheidung im Kopf ist ausschlaggebend.	Siehe Info Bewegung
Leider sind in der heutigen Zeit zu wenige informiert über die Nahrung, die wir zu uns nehmen bezüglich Reinheit und Nährgehalt. Gute es wird immer darauf hingewiesen viel Obst zu essen sehr gut, aber wie gesund ist unser Obst sowie alle unsere Lebensmittel? An Information fehlt es uns älteren Menschen vor allem die kein Internet besitzen. Eine ausgewogene Ernährung schön und gut aber wenn man die Konservierungsstoffe alle beachtet vergeht einem fast der Appetit.	
Mit Ihrer Empfehlung „optimaler Ernährungs-Tagesplan“ kommen Sie <u>nie</u> auf 30 g Ballaststoffe pro Tag! Man muss Vollkorngetreide (Vollkornreis) einplanen und <u>ausreichend</u> Hülsenfrüchte (Bohnen, Erbsen, Linsen) => nur so kommen Sie auf einen hohen Ballaststoffanteil. Viele Patienten wissen nicht, wie sie einen hohen Ballaststoffanteil erreichen können!	Ein wichtiger Hinweis – hier eher mehr Konkretisierung in die Info und weniger Angaben in % und Gramm
Energiearme Getränke, darunter verstehen auch manche „Diätgetränke“ und das ist sicher nicht das Richtige! => Empfehlung Leitungswasser, abwechselnd Tees, in Maßen Säfte mit H2O gemischt!	Auch dies ein wichtiger Hinweis
Milch => u.U. empfiehlt man wieder Milch mit normalem Fettgehalt (wegen der fettlöslichen Vit) + neue Studie Frauen, die extrem fettarm sich ernähren => bei Kinderwunsch => Empfängnis?!	Das würde den Rahmen sprengen. Die Empfehlung für fettarme Milch muss in diesem Zusammenhang aber noch einmal überprüft werden.

4.7. Auswertung der qualitativen Testung durch die Ärzte

4.7.1 Hypertonie-Info

Freitext-Kommentar	Mögliche Schluss-Folgerung für die Überarbeitung der Info
Inhalt und Aufteilung <u>sehr gut</u>	
Grafische Gestaltung evtl. etwas aufdringlicher. Im Stil der „Bild-Zeitung“. Kommt evtl. dem Wunsch der Patienten entgegen, möglichst die Information mit wenig Mühe aufzunehmen. Dadurch sollte aber die Seriosität nicht verloren gehen.	Sollte erwogen werden, ob in der Richtung eine Änderung möglich ist.
Dauerhaft erhöhter Blutdruck führt zu.. Dadurch und Herzinfarktgefahr Hirnleistungsstörungen	Sollte umgesetzt werden

4.7.2 ASS

Freitext-Kommentar	Mögliche Schluss-Folgerung für die Überarbeitung der Info
In Ausnahmefällen bestehen folgende Gründe (z.B. Sturzgefahr des älteren Patienten) für die Einnahme... Ich denke, dass eine beispielhafte Erläuterung wie Sturzgefahr den Ausnahmefall besser begreifen lässt.	Sollte eingebaut werden
In die Überschrift gehört neben Herzinfarkt und Schlaganfall die pAVK erwähnt	Sollte ergänzt werden
Vielleicht erläutern, dass Marcumar ähnlich wie ASS wirkt.	Ein kurzer Querverweis ist sicherlich sinnvoll
Der Grund für ASS-Einnahme an Stelle Marcumar ist ja nicht die künstliche Herzklappe etc., sondern z.B. Sturzgefahr oder bereits bestehende Gerinnungsstörungen	s.o.
Eine ansprechende Form, dass auch die einfachen Landpatienten wissen, wo der Flyer anfängt und aufhört, werden sie schon finden. Das Thema ist sehr gut und gezielt ausgewählt. Nicht zu viel und nicht zu wenig.	
Information insgesamt zu unübersichtlich, wenig einprägsam. Die Hintergrund-Information erscheint eher überflüssig. Die Gesamtform spricht mich wenig an.	
... das individuelle Risiko und Behandlungs-Wege besprechen	Das Wort Optionen sollte in einer Patienten-Info nicht vorkommen
Bei „Welche Risiken?“ Einfach zu textlastig: Spiegelstriche!!!	Kritik umsetzen!

„Wer sollte keine Acetylsalicylsäure erhalten?“ – Bild rein setzen!	Das würde den Rahmen sprengen
„Wer sollte nur mit Vorsicht...“ – Bild! Netter-Atlas?	Überlegen, ob das möglich wäre
„Wie wirkt Acetylsalicylsäure?“ Hier kann man die Übersicht verlieren. So viel eng bedruckter Text.	Der Text muss gekürzt und aufgelockert werden
„Wie? Dosierung“ – für mich nicht wichtig	Das sollte schon erwähnt werden. Die Kritik etlicher Studien zu Aggrenox® basiert wesentlich auf der ASS-Dosierung
Statt „Verengungen der Atemwege“ besser: Atemnot. Dann sofort Arzt kontaktieren!	Umsetzen
ASS-Einnahme-Pause vor OP/Zahnarzt-Eingriff – stimmt das noch nach der Listserver-Diskussion von 2/2007?	Die Aussage sollte in der Tat wesentlich entschärft werden
„melden Sie sich in jedem Fall beim ärztlichen Notdienst“ => Ehepartner aufklären	Text eher entdramatisieren
„Kontaktieren Sie uns, wenn Sie Hauterscheinungen bekommen“ – welche?	Ganz kurze Beispiele aufnehmen
Darstellung Interaktionen wichtig!	Wird auf der kurzen Info kaum möglich sein
Zu viel Text. Zu dichte Information. Man verliert die Lust, weiterzulesen. Keine reißerischen Überschriften.	s.o.
Für ältere Patienten zu theoretisch.	s.o.
<u>Als Arzt:</u> Inhalte gut und wichtig Meine Patienten haben es gelesen und hatten m.E. dann nur zu einem Fall eine Meinung.	

4.7.3 Bewegungs-Info

Freitext-Kommentar	Mögliche Schluss-Folgerung für die Überarbeitung der Info
Welche Empfehlungen?: kürzer, knapper und Stichworte	Versuchen, umzusetzen
„Auch wenn wir heute mit Überschall fliegen...“ => kürzer	Umsetzen
„Nach der Anspannungsphase“ => unverständlich	Muss besser erklärt werden
Foto: Albert Einstein war da 80 Jahre alt!	Spricht m.E. in einer gewissen Ironie nicht gegen die Verwendung
Vor „Bewegung ist der natürliche Weg“ „Fazit“ setzen	Würde etwas mit dem Schema „Wer..., warum..., wie...“ interferieren

Regelmäßige Bewegung bringt viele Vorteile.	Besser als „birgt“
Bewegung „bringt mehr Lebensqualität, körperliches Wohlfühl und Sexualität“ – echt??	Modifizieren oder erklären
„Mehr Beweglichkeit, Stresstoleranz, Aktivität und Leistungsfähigkeit“ – was ist der Unterschied zwischen Beweglichkeit und Leistungsfähigkeit? Ausdruck Stresstoleranz nicht verständlich	Stresstoleranz weglassen oder erklären
„Spaß statt Leistungsstress: Akzeptieren...“	„Akzeptieren“ sollte groß geschrieben werden
„Berücksichtigen Sie die verringerte Belastbarkeit bei grippalen Infekten und anderen akuten Erkrankungen.“	Das Wort „anderen“ einfügen
„Gestalten Sie diesen deswegen so, dass Sie daran Freude daran haben...“	Das Wort „deswegen“ sollte gestrichen werden
„nach ... günstigsten Trainingsbereiche herauszufinden). „Kaufen Sie unseren Laktat! 85 € Sonderpreis.	Gemeint ist in der Info nicht, dass zu Lasten des Patienten die IGe-Leistung Ergometrie möglichst oft verkauft werden soll, sondern im Einzelfall einen Trainings-Bereich herauszufinden.
„Achten Sie auf ... ausreichende Trinkmengen“ vorher, nachher, dabei?	Muss nicht spezifiziert werden – der Platz ist begrenzt. Es soll nur generell genug getrunken werden
„Zügiges Gehen oder Fahrrad radfahren statt Auto fahren“ Gymnastik statt Rückenschmerzen Freiheit statt Sozialismus	Es soll doch möglichst einfach und eingängig sein – die dichotomen Angaben können so bleiben
„Informationen für Patienten“ nach Alter sortieren?	Das würde den Rahmen sprengen
„Für Übergewichtige und bei Problemen mit Gelenken“ – Ausdruck!!	Reihenfolge der Nennung umstellen, ansonsten gut verständlich
„Ein zusätzlicher „Sportcheck“...“ da hängt ihr die Latte eher hoch. Wie wäre es mit langsam anfangen und sich dabei beobachten?	Das hohe Risiko sollte besser definiert werden – beispielsweise nach Herzinfarkt oder bei bekannter stenosierender KHK – dann muss der Inhalt des Checks nicht so ausführlich benannt werden, um wieder Text einzusparen.

4.7.4 Diabetes-Info

Freitext-Kommentar	Mögliche Schluss-Folgerung für die Überarbeitung der Info
Im ersten Satz auch das erhöhte Amputationsrisiko erwähnen- z.B.: Genauso ist das Risiko für die Beinamputation oder sogar die Amputation beider Beine sowie eine Dialyse (Blutwäsche) deutlich erhöht. Ansonsten sehr gut und nach den neuesten diabetischen Strategien einschließlich der Bemerkung, dass es keine Diabetes-Diät gibt, sondern eine Umstellung auf gesunde Ernährung. Hervorragend!	Amputation und Blutwäsche mit aufnehmen

4.7.5 Metformin-Info

Freitext-Kommentar	Mögliche Schluss-Folgerung für die Überarbeitung der Info
Metformin nicht nehmen bei Diabetes Typ 1	Mit aufnehmen in Kontraindikationen bzw. „Nicht-Indikationen“

4.7.6 Raucher-Info

Freitext-Kommentar	Mögliche Schluss-Folgerung für die Überarbeitung der Info
Der Fragebogen motiviert, weiterhin ohne Nikotin zu leben!	

4.7.7 Info zur Antikoagulation

Freitext-Kommentar	Mögliche Schluss-Folgerung für die Überarbeitung der Info
Mir gefällt die DIN-A-4-Version besser – sie passt besser zur Vitamin-K-Tabelle – und kommt auch sehr gut an bei den Patienten.	
„Wer braucht Tabletten zur Hemmung der Blutgerinnung? _ wer es nimmt, weiß es eh.“	Die Info ist gerade dazu gedacht, dass man es austeiht, bevor man eine Antikoagulation beginnt
„Bei Vorhofflimmern und an künstlichen Herzklappen“ – Verknüpfung?	Vielleicht besser: „Bei künstlichen Herzklappen und wenn das Herz unregelmäßig schlägt“

„Besonders viel Vitamin K ist enthalten in..“ – ganz wichtig! Das interessiert!	
„an wichtigen Organen“ – Ross und Reiter nennen: Hirn und Lunge	Der Schlaganfall ist benannt
„noch besser als ASS“ – Pat. nimmt es, warum als ASS erklären?	s.o.
„Embolien“ - Embolie kennt man nicht. Lungenembolie dagegen schon, aber nicht den Pathomechanismus.	Das Wort „Lungenembolie“ übernehmen
Überdosierungen... vermieden – die Dosis wird angepasst“	Formulierung übernehmen
„droht bei Vorhofflimmern ein Schlaganfall“- aber nur bei einem von 12-32!	Ist im Text gesagt. Allerdings: bei INR unter 1,9 steigt besonders bei Schwankungen das Risiko für Insulte bei Vorhofflimmern stark an und liegt möglicherweise über dieser Zahl
„Verstärkte Blutungsneigung“ – Interesse!	
„bei Nasen- oder Zahnfleischbluten...“ – und Vit. K nehmen?	Sollte kurz erwähnt werden
„bei Sonnenbestrahlung Hautveränderungen...“ – welche?	Kurze Nennung!
„bei Zahnziehen kurzzeitige Reduzierung der Tablettendosis“ – gab es da nicht etwas in der ZfA?	Neue Erkenntnis seit Erstellung der Info! Der Halbsatz „– besser ist aber die kurzzeitige kontrollierte Reduzierung der Tablettendosis unter ärztlicher Anleitung und Kontrolle“ sollte gestrichen werden.
„Notfall-Karte in der Brieftasche – im Notfall“ – Wiederholung	Trotz der Wiederholung sollte der Notfall benannt werden – es geht ja nur um diesen Ausnahmefall
„Möglichkeit zur INR-Selbstmessung“ – erklären!	Das überschreitet die Möglichkeiten einer Info auf einer DIN-A-4-Seite – die Information über die INR-Selbstmessung soll ja gerade beim Arzt erfragt werden.
„unter massiven Nackenschmerzen oder Sehstörungen leiden“ – warum denn?	Hier gibt es ein Dilemma: einerseits sollen die Patienten möglichst gut aufgeklärt werden. Dann soll die Information möglichst kurz sein. Und schließlich soll die Information keine Angst erzeugen. Evtl. Aufnahme der Begründung „...die auf eine Gehirnkomplikation hinweisen können“
„halten Sie den Termin ... streng ein“ – etwas hart	Das Wort streng streichen, ersetzen durch zuverlässig
„Ziel-INR“ finde ich gut	
warum Info-Verständnis unterschreiben?	Evtl. aus forensischen Gründen zur Dokumentation, dass der Patient gut informiert wurde

4.7.8 Info zur Ernährung

Freitext-Kommentar	Mögliche Schluss-Folgerung für die Überarbeitung der Info
Gut gefallen: Erläuterung der verschiedenen Fettarten	
Etwas unübersichtlich: Ernährungs-Tagesplan	
Ganz gut der Ernährungskreis mit Erläuterung – ein gut rückkoppelungsfähiges einfaches Merkprinzip.	
„Es lohnt sich zu jeder Zeit besser als“ „Es ist nie zu spät“- leichter umzusetzen, in den Alltag einzubauen.	Ersetzung erwägen
„30 g Ballaststoff am Tag“ – wie viel ist das anschaulicher?	Muss unbedingt veranschaulicht werden
Sehr gut die Internetadressen. Wir legen noch unsere einfachen Beispiele (Prävention der Arteriosklerose und Ballaststoff-reiche Nahrungsmittel) dazu und werden erwähnen, dass das für alle Organe Folgen hat, die „am Gefäß hängen“.	
„Ü“ steht alleine – ist das eine Krankheit.	Übergewicht zusammen schreiben
Ernährung für gesünderes Leben? – wirklich?	Dafür gibt es tatsächlich Evidenz
„Kohlenhydrate sollten den Hauptanteil ausmachen“ – Zusammenhang?	Muss erläutert werden
Übersicht verschiedene Fettsäuren – etwas zu hoch für meine Patienten!	Sollte vereinfacht werden
„Gemüse entzündungshemmend“ – Zusammenhang?	Erklären oder weglassen
„Eine gesunde Ernährung wie ein Medikament...“ – super!	
„Fettarme Milch“- 1,5%? 0,3?	Konkretisieren
„Fleisch und Wurst“- lieber: => meiden!	Umsetzen – ist einfacher und kürzer
„10 Regeln – 4. Regel: „Fleisch, vor allem Wurstwaren	Fraglich – es wird außer Wurst auch viel Fleisch in anderer Form (zu viel) gegessen
7. „reichlich Flüssigkeit“, z.B. Mineralwasser	Umsetzen, wenn das noch den DGE-Empfehlungen entspricht
8. „schmackhaft und schonend (Kräuter, dünsten)	Umsetzen, wenn das noch den DGE-Empfehlungen entspricht

5. Diskussion

Ziel dieser Untersuchung war, festzustellen, ob und wie die von einer DEGAM-Arbeitsgruppe erstellten Patienten-Informationen zur kardiovaskulären Prävention angenommen wurden und welche Änderungs-Vorschläge aus der qualitativen Auswertung der Befragung in die Überarbeitung der Informations-Blätter übernommen werden können.

Es ist mittlerweile belegt, dass gut informierte Patienten medizinische Entscheidungen besser mit tragen, weniger unter Angst leiden und auch bezüglich klinischer Parameter besser abschneiden (Nilsen 2007).

Die Patienten wünschen sich schriftliche Informationen, und seitens der Gesundheitspolitik werden solche Informationen national wie international gefordert.

Der epidemiologische Hintergrund bezüglich kardiovaskulärer Erkrankungen, die Evidenz über therapeutische Interventionen sowie über den generell möglichen Effekt evidenzbasierter Patienteninformationen wurde im Einleitungs-Kapitel 2 ausführlich erläutert.

Die Leitlinien-Arbeitsgruppe entschied sich für eine abgewandelte Version der deutschen Übersetzung des DISCERN-Fragebogens. Die Auswahl-Entscheidung zu Gunsten dieser DISCERN-Version wurde in Kapitel 3 zu Material und Methoden ausführlich diskutiert.

Die Befragung wurde in Bayrischen Landarzt-Praxen durchgeführt.

Verwendet wurde der international validierte, ins Deutsche übersetzte und sprachlich vereinfachte DISCERN-Fragebogen.

Weiterhin wurden Freitext-Antworten von Ärzten und Patienten ausgewertet.

Eine Pubmed-Recherche ergab, dass es sich hierbei um eine der größten Arbeiten dieser Art handelt.

Eine australische Studie (Redfern 2006) untersuchte 4 Patienten-Infos zum selben Thema an jeweils 40 Patienten – in der vorliegenden Arbeit gaben zwischen 10 und 101 Patienten-Antworten, im Durchschnitt 47 Patienten.

In der australischen Arbeit wurde die originale 16-Item-Fassung des DISCERN verwendet. Eine große Ähnlichkeit des dort benutzten Ansatzes liegt im dort ebenfalls verwendeten DIN-A-5-Format mit Schriftgröße 12.

Ansonsten können bei unterschiedlichen Inhalten der untersuchten Informations-Schriften sowie unterschiedlichem soziokulturellem Hintergrund die beiden Evaluationen nicht direkt miteinander verglichen werden.

Gemessen an 376 zurückgegeben DISCERN-Fragebögen erscheint die Anzahl von 63 qualitativen Rückmeldungen zunächst gering. Es handelt sich aber um einen für qualitative Meldungen hohen Rücklauf. Zudem kommt es hierbei anders als bei der quantitativen Auswertung weniger auf Repräsentativität an.

Umfang und Format mit redundanten sich in allen Infos wieder findenden Fragen „Wer? Warum? Wie? Welche Risiken? Was tun?“ waren von der Leitlinien-Arbeitsgruppe willkürlich, aber begründet festgelegt worden.

Ziel war, auch wenig lesegewandten Patienten die Info geben zu können – mit dem zwangsläufigen Nachteil, dass eher interessierte Patienten viele ihrer Fragen nicht beantwortet bekommen würden. Auch war der Umfang bewusst auf eine Din-A 4-Seite limitiert worden, da ein solches Format ohne großen Aufwand hergestellt werden kann und kurze Infos wesentlich eher die Chance haben, zeitnah durchgelesen zu werden als längere Broschüren.

Eine Besonderheit dieser Untersuchung ist die Testung an normalen Praxis-Patienten.

Die zitierte Promotions-Arbeit von Sängler hatte Patienten-Informationen der Arzneikommission der deutschen Ärzteschaft und der Universität Witten-Herdecke von 44 bzw. 50 mehr oder weniger „professionellen“ Patienten aus Selbsthilfe-Organisationen testen lassen.

Die Übertragbarkeit solcher Daten auf durchschnittliche Patienten ist unklar.

Im vorliegenden Fall wurde in Hausarzt-Praxen in bayrischen Dörfern und Kleinstädten getestet. Viele Patienten entstammen dem bäuerlichen Bereich – nicht wenige sprechen kaum Hochdeutsch. Insofern war die Testung für die DEGAM-Informationen-Blätter sicher keine ganz leichte Hürde.

Ob diese Ergebnisse beispielsweise auf großstädtische Patienten und vor allem solche mit Migrations-Hintergrund übertragbar sind, ist mit den hier vorliegenden Daten nicht zu beantworten.

Weiterhin kann die vorliegende Untersuchung nicht die Frage klären, ob die hier nachgewiesene Akzeptanz tatsächlich zu einer Einsetzbarkeit der Patienten-Infos im Alltag einer Hausarztpraxis führen kann.

Eine wesentliche Hürde kann dabei auch die Bereitschaft der Hausärzte darstellen, die Patienten-Infos aus dem Internet herunterzuladen, auszudrucken und zum angemessenen Zeitpunkt an diejenigen Patienten zu verteilen, die diese Informationen erhalten sollten.

In diesem Zusammenhang spielt möglicherweise einschränkend für eine weitere Verbreitung der Infos eine Rolle, dass die Hausärzte die Infos tendenziell schlechter beurteilten, als ihre Patienten dies taten.

Primär war geplant worden, grundsätzlich alle konsekutiven für das jeweilige Informationsblatt in Frage kommenden Patienten in die Testung einzubeziehen, um Selektions-Effekte zu vermeiden.

Es ließ sich im streckenweise turbulenten Betrieb der beteiligten Hausarzt-Praxen aber nicht realisieren, alle Patienten anzurufen, die eine Info mit bekommen hatten und auf die Rückgabe der Fragebögen zu drängen.

Es wurde daher dazu übergegangen, Info und DISCERN-Fragebogen all denjenigen Patienten auszuhändigen, die sich bereit erklärten, die Info gleich im Wartezimmer zu lesen und den Fragebogen unmittelbar auszufüllen.

Hierdurch kam es mit Sicherheit zu einer Selektion eher engagierterer und aufgeschlossenerer Patienten. Auch kann nicht ausgeschlossen werden, dass durch Nicht-Erreichen der ursprünglich intendierten Zahl von 10 Infos zu jedem Item in jeder der beteiligten Praxen die Ergebnisse eher zu positiven Beurteilungen hin verschoben wurden. Ein Hinweis in diese Richtung ist die Tatsache, dass die Infos mit dem geringsten Rücklauf die besten Bewertungen erhielten.

Die direkten Rückmeldungen der beteiligten Helferinnen und Ärzte der bayrischen Praxen ergaben, dass die Durchführung der Testung als teilweise erhebliche Störung des normalen häufig ohnehin angespannten Praxis-Ablaufes empfunden wurde – zumal eine Honorierung der Praxen bis auf ein kleines Abschluss-Präsent und die Überlassung der Patienten-Infos nicht erfolgen konnte.

Der an der Medizinischen Hochschule Hannover übersetzte DISCERN-Fragebogen ließ sich gar nicht erst einsetzen – die ersten Rückmeldungen zeigten, dass zu viele schlecht verständliche Begriffe und Redewendungen enthalten waren.

Aber auch die vom Autor vereinfachte Form des DISCERN stieß auf etliche Schwierigkeiten:

Vielen Patienten war die Vorstellung beispielsweise fremd, in der Intervention Änderung des Lebensstils (Ernährungs-Änderung, Bewegung, Rauchverzicht) eine durch den DISCERN beurteilbare medizinische Handlung zu erkennen.

Eine weitere bereits von Sänger (Sänger 2004) benannte Schwierigkeit bestand in der Kategorisierung der Antworten im DISCERN – meist ist man gewöhnt, am linken Rand einer Skala die guten Ergebnisse zu vermuten – hier begann die Skala links mit der Antwort „nein“.

Ein Problem bei der von uns verwendeten Version der DISCERN besteht möglicherweise darin, dass sie vor ihrer Verwendung nicht gesondert validiert worden war.

Möglicherweise ist dies aber weniger gravierend, weil die hier vorliegende Version näher an der britischen sehr gut validierten Urversion liegt als die Hannoveraner Übersetzung.

Einen gewissen Fehler stellt möglicherweise die Ersetzung des Items

- *„Does it refer to areas of uncertainty?“* aus dem Oxforder Original-DISCERN bereits mit der Hannoveraner DISCERN-Version durch die eingesetzte Frage:
- *„Wie wurden Sie darüber informiert, ob es bei der vorgeschlagenen Maßnahme noch Bereiche gibt, wo sich die Ärzte und Wissenschaftler selbst noch unsicher sind?“* sowie durch die von uns benutzte Vereinfachung
- *„In manchen Bereichen der Medizin weiß man noch nicht genau Bescheid. Hilft die Information hier weiter?“*

insofern dar, als eine Unsicherheit nicht mit einem Nicht-Wissen gleich zu setzen ist. Einigen qualitativen Rückmeldungen war zu entnehmen, dass diese Formulierung einige Patienten offensichtlich verunsicherte. Wenn auch hier nicht ganz identische Tatbestände abgefragt wurden, ändert dies aber nichts an der Grundaussage des Test-Ergebnisses.

Die unterschiedliche Häufigkeit fehlender Angaben zu den verschiedenen Items hat verschiedene Gründe.

Zum einen waren versehentlich vom Team der organisierenden Praxis 31 Fragebögen ohne die Frage nach der grafischen Qualität versendet worden, so dass ein Großteil der 49 fehlenden Angaben allein hierdurch erklärt ist.

Die Häufung nicht beantworteter Items im unteren Teil des Bogens ist vermutlich Ausdruck dessen, dass einige Patienten darin ermüdeten, sich durch den Fragebogen hindurch zu arbeiten oder an dieser Stelle ins Sprechzimmer gebeten wurden und anschließend den Fragebogen nicht mehr komplettierten.

Das Fehlen von 24 Antworten auf die Frage nach den Folgen einer Nicht-Behandlung erklärt sich möglicherweise damit, dass bei den hauptsächlich betroffenen Infos zu Ernährung und Bewegung einige Patienten Mühe damit hatten, in den empfohlenen Lebensstil-Veränderungen überhaupt eine Behandlung zu erkennen.

Wie auch sonst häufig in der Befragung von Patienten hatte ich es in dieser Untersuchung mit ausgeprägten Deckeneffekten zu tun: die Patienten schätzten ganz offensichtlich das Engagement, ihnen frei von kommerziellen Interessen eine möglichst gut lesbare Information anzubieten und antworteten darum eher höflich positiv – von einem Bias sozialer Erwünschtheit ist auszugehen.

Da es sich um eine kategorische, ordinale Skala und nicht um natürliche Zahlen handelte und die Ergebnisse nicht normal verteilt waren, wurden primär die Mediane berechnet.

Weil zu erwarten war, dass diese eher positiv ausfallen würden, entschied die Leitlinien-Arbeitsgruppe noch in Unkenntnis der vorliegenden Ergebnisse, einen cut-off-point für die Akzeptanz der Infos bei einem Median von 2,0 in jedem einzelnen Item der Infos festzulegen.

Dieser Grenzwert der Akzeptanz wurde in der Ernährungs-, der Raucher- und der Metformin-Info nicht in allen Items erreicht.

Um den Maßstab an die Qualität der Informationen zu erhöhen, wurden zusätzlich die meist schlechter ausfallenden Mittelwerte zusätzlich hinzugezogen, um in den entsprechenden Bereichen eine Überarbeitung der Infos herbeizuführen.

Die teils auf doppelt ausgegebenen Exemplaren der Infos, teils auf der Rückseite der DISCERN-Fragebögen vermerkten Freitext-Kommentare von Patienten wie von Ärzten sorgten für eine sehr detaillierte Korrektur der Infos, die in einer rein quantitativen Befragung nicht zu erreichen gewesen wäre. Hier zeigte sich auch eine gute Übereinstimmung zwischen Antworten im DISCERN- Fragebogen und den Kommentaren: sehr gut beurteilte Infos waren oft mit entsprechend positiven Freitext- Äußerungen versehen, und umgekehrt gab es bei relativ schlechten Noten auch konkrete Hinweise, was verbessert werden sollte. Dies ist als klarer Hinweis auf die Validität des eingesetzten Befragungsinstrumentes zu werten.

Dass gerade die Ernährungs-Info vergleichsweise schlechter in der Beurteilung von Patienten wie von Ärzten abschnitt, hat möglicherweise mit den recht apodiktischen, zugleich einschlägig aus vielen Publikationen der Laienpresse bekannten Ernährungsvorschriften der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) zu tun, die in der Info verarbeitet wurden. Außerdem ist dieses Thema realistischerweise nicht auf einer DIN-A-4-Seite für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen darstellbar. Hier muss in der Arbeitsgruppe noch einmal der Fokus diskutiert werden, wobei diese Untersuchung gute Hilfestellungen bietet. Ein Informationsblatt kann z.B. auch genutzt werden, um Patienten für eine vertiefte Beratung zu motivieren. Entsprechende Angebote sind im GKV-Leistungskatalog vorhanden, z.B. über die strukturierten Gruppenschulungen für Diabetiker und in DMP-Programmen sowie im Bereich präventiver Maßnahmen nach § 20 SGB V (Gesetz zur Reform 2001 – s. Zitate).

Dass die Info zur Antikoagulation in der Testung am besten abschnitt, liegt möglicherweise darin begründet, dass diese Info am ehesten den Charakter einer Entscheidungshilfe hat.

Für die Interventionen Ernährungs-Änderung oder Bewegung Vor- und Nachteile abzuwägen ist sicherlich schwieriger als für eine medikamentöse Behandlung.

Insgesamt gab es nur wenige Rückmeldungen seitens der Ärzte, so dass deren Auswertung nur sehr eingeschränkt möglich war. Hier fällt auf, dass die Ansprüche und Erwartungen an die grafische Gestaltung der Informationsblätter höher waren als die der Patienten. Bisher waren es Ärzte in unserem Land gewohnt,

professionell bearbeitete Broschüren kostenlos von industriellen Anbietern zu erhalten. Da diese Akteure nicht selbstlos handeln, steckt hinter den Botschaften dieser Broschüren fast immer der Wunsch, neue Kunden für das eigene Produkt zu gewinnen bzw. sie an dieses zu binden. Die DEGAM geht hier ganz bewusst den Weg, eigene Patienten-Informationsmaterialien zu entwickeln, die frei von solchen kommerziellen Interessen sind. Damit entfällt natürlich eine potente Finanzierungsquelle, so dass weder professionelles Know-how für die optische Gestaltung noch erhebliche Kosten für die Herstellung der Informationen realisierbar waren.

Ein wesentlicher Mangel der vorliegenden Infos ist sicherlich, dass die Patienten nicht wie bei denjenigen von ÄZQ und Cochrane Collaboration bereits bei ihrer Erstellung beteiligt worden waren. Dies ist bei einer rein ehrenamtlichen Erstellung von Leitlinie und Patienten-Information schlicht nicht realisierbar, wenngleich es prinzipiell zu wünschen wäre.

Allerdings liegt eine Gefahr im teilweise auch bezahlten Engagement semi-professioneller Patienten, wie sie zunehmend im Rahmen der vom Gesetzgeber vorgesehenen Beteiligung als Patienten-Vertreter in den verschiedenen Gremien der Selbstverwaltung zum Einsatz kommen, darin, dass sie mit zunehmender Professionalisierung die originäre Patienten-Perspektive aus dem Blickfeld verlieren, wie sie die von uns befragten bayrischen Patienten mit Sicherheit hatten.

Die Leitlinien-Gruppe entschied sich für Informationen in Papierform.

Möglicherweise liegt die Zukunft vermehrt in elektronischen Informations-Medien mit unmittelbarer online- Bewertung dieser Informationen, wie sie Säger in ihrer Arbeit untersucht hat (Säger 2004) und wie sie beim ÄZQ zunehmend unter Einsatz des Check-In-Instrumentes erfolgt.

Bei der Suche nach vorhandenen Patienten-Informationen konzentrierte ich mich wesentlich auf die Google-Suchmaschine. Patienten benutzen diese Suchmaschine vorrangig. Auf diese Weise konnte ich mich wesentlich auf diejenigen vorhandenen Infos beziehen, die seitens der Patienten primär angeschaut und zu Rate gezogen werden.

Neuere Patienten-Informationen vom IQWiG und dem Institut für evidenzbasierte Medizin in Zusammenarbeit mit der AOK konnten in dieser Auswertung nicht mehr berücksichtigt werden, weil sie erst später auf den Markt gelangten.

Ebenfalls konnte nicht näher auf das in einem internationalen Prozess entwickelte neue Bewertungs-Instrument IPDAS (link zu ipdas siehe Zitate) eingegangen werden. Dieses Instrument wurde andererseits bislang auch nur von Professionellen aus 104 Beratungs-Stellen validiert (Coulter 2006) – eine Validierung im Einsatz mit Patienten steht aus. Zudem stellt es mit 39 Items noch erheblich höhere Anforderungen an die Tester als der DISCERN-Fragebogen.

Ausblick:

Die Testung ergab eine gute Akzeptanz der erstellten Patienten-Informationen. Zusammen mit den Bewertungen der einzelnen Items und den Freitext-Angaben konnten die Info-Blätter weiter verbessert werden:

- in die Metformin-Info wurden stärker mögliche Behandlungs-Alternativen aufgenommen.
- Aus der Ernährungs-Info wurden Angaben in Gramm und Prozent weitgehend entfernt. Zugleich wurden mögliche Nachteile einer Beschäftigung mit dem Thema Ernährung wie die gedankliche Fixierung auf einen eigentlich physiologischen potenziell genussvollen Vorgang neu erwähnt.
- Ähnlich wurden in der Raucher-Info mögliche Risiken einer Nikotinentwöhnung sowie mögliche Behandlungs-Alternativen stärker betont.

Aber auch schon vor dieser Überarbeitung haben die Infos - mit leichten Abstrichen - den Nachweis ihrer Praxistauglichkeit erbracht.

Eine gemischte quantitative und qualitative Auswertung erbringt hierbei wertvolle und für den weiteren Entwicklungsprozess hilfreiche Informationen und ist somit einer rein quantitativen Analyse deutlich überlegen.

Ein möglicher **Interessenkonflikt** liegt darin, dass der Autor zugleich 3 der untersuchten Patienten-Ratgeber erstellt hat (Diabetes, Metformin und Antikoagulation).

Die Tabellierung erfolgte unabhängig vom Autor durch eine Mitarbeiterin der Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin der Universität Marburg.

Die Diskussion in der Leitlinien-Arbeitsgruppe über Bestehensgrenzen erfolgte ohne ein eigenes Votum des Autors, der die Studien-Zwischenergebnisse kannte und ohne Kenntnis dieser Ergebnisse seitens der entscheidenden Mitglieder der Leitlinien-Gruppe.

Die Durchführung der Studie wurde durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) mit 900,- € unterstützt.

Eine inhaltliche Beeinflussung fand nicht statt.

Seitens Verbindungen außerhalb der eigenen Fachgesellschaft oder öffentlicher Forschungsförderung bestehen keinerlei Interessens-Konflikte. Dies trifft auch auf die übrigen Mitglieder der Leitliniengruppe zu.

6. Zusammenfassung

6.1. deutsche Zusammenfassung:

Kardiovaskuläre Krankheiten sind die Ursache für den größten Teil der Todesfälle in Deutschland. Zugleich handelt es sich bei diesem Krankheits-Spektrum um einen der am besten im Sinn evidenzbasierter Medizin erforschten Bereiche der Medizin. Neben der geforderten Evidenzbasierung sind im Sinn einer erhöhten Therapietreue (Adhärenz) und einer Verbesserung des therapeutischen Verhältnisses in der Hausarztpraxis Aspekte partizipativer Entscheidungs-Findung von zunehmender Bedeutung. Ziel ist hierbei, den Patienten die notwendigen Informationen in einer für sie verständlichen und akzeptablen Form nahe zu bringen, damit sie in der Lage sind, gemeinsam mit den Hausarzt zu einer von beiden Seiten getragenen Vereinbarung im informed consent zu kommen.

Meine Fragestellung war: Wie gut werden die von der entsprechenden Leitliniengruppe der DEGAM entwickelten Patienten-Informationen zu verschiedenen Aspekten der kardiovaskulären Prävention durch Hausarzt-Patienten verstanden und akzeptiert? Welche Barrieren stehen der Implementierung Industrie-unabhängiger Patienten-Informationen entgegen? Werden sie überhaupt gewünscht?

Untersucht wurden 6 Informations-Broschüren (Info/s) zu den Themen Arterielle Hypertonie, Acetylsalicylsäure (ASS), Bewegung, Ernährung, Antikoagulation und Diabetes mellitus. Zusätzlich konnten - wenn von der Praxis gewünscht - Broschüren zu Metformin und Rauchen ausgeteilt und nach dem gleichen Schema bewertet werden.

Jede dieser Broschüren wurde in 12 bayrischen Landarzt-Praxen an jeweils 10 konsekutive Patienten mit dem entsprechenden Beratungsanlass ausgeteilt.

Die Beurteilung erfolgte mit der auf Deutsch übersetzten Kurzform des DISCERN-Fragebogens, außerdem gab es die Möglichkeit zu freien Kommentaren. Eine Info wurde als akzeptiert gewertet, wenn die Mediane der Antworten in sämtlichen Items bei „eher ja“ oder besser lagen. Die Ergebnisse der quantitativen Befragung innerhalb der Praxen und die von Ärzten und Patienten wurden zueinander in Beziehung gesetzt.

Weiterhin wurden Freitext-Kommentare von Ärzten und Patienten qualitativ ausgewertet. Die Ergebnisse wurden in einer Synopse zu Aussagen der Infos in Beziehung gesetzt.

Die Durchführung gestaltete sich in den verschiedenen Praxen sehr unterschiedlich. Während eine Praxis alle 8 Patientenratgeber problemlos in 3 Monaten durchtestete, waren andere Praxen damit überfordert, mehr als eine Info zu testen, zwei schickten überhaupt keine Fragebögen zurück. Hauptgründe waren Zeitnot im Alltag einer Hausarzt-Praxis, aber auch Schwierigkeiten der Patienten, den Untersuchungskontext zu verstehen.

.

376 Patienten-Fragebögen konnten ausgewertet werden.

Im Durchschnitt aller Fragen lagen die Mediane bei einem zustimmenden „eher ja“. Die Mediane der Antworten zur Frage nach der Gesamtqualität lagen für alle 8 Informationen bei „eher ja“.

Bei der Wertung der einzelnen Items wiesen die Infos zu den Themen Ernährung, Rauchen und Metformin Mängel auf, die einer Überarbeitung bedürfen. Die Auswertung der Mittelwerte zu den einzelnen Items ließ zusätzlichen Änderungsbedarf bei den Infos zu Hypertonie, ASS und Bewegung erkennen. Die 11 zurückgesandten Arzt-Fragebögen beurteilten die Infos teilweise deutlich kritischer.

In der qualitativen Auswertung ergaben sich zusätzlich viele interessante und vor allem detaillierte Kritikpunkte und Änderungs-Vorschläge für die Gestaltung der Informationsblätter.

Schlussfolgerung: Die Patienten-Informationen wurden gut akzeptiert. In der Testung ergaben sich bezüglich einzelner Aspekte Verbesserungs-Potenziale, die in die Informationsblätter vor dem nächsten Schritt in der Leitlinienentwicklung und deren weiterer Verbreitung eingearbeitet werden.

Diese Untersuchung ist zumindest in Deutschland eine der umfangreichsten zum Thema Akzeptanz von schriftlichen Patienteninformationen.

6.1. English abstract:

Abstract

Cardiovascular diseases are one of the main reasons for mortality in Germany. At the same time this is one of the most researched areas in sense of evidence based medicine. Elements of shared decision making are of growing importance for the improvement of the therapeutic relation in General Practice. The aim should be to inform the patients in an understandable and acceptable way to enable them to decide commonly with their family doctor in an informed consent.

The aim of this study was to evaluate whether DEGAM patient informations concerning cardiovascular prevention are understood by the patients and accepted. Which barriers are there to the implementation of independent patient informations? Are they wished by the patients? There were 6 leaflets evaluated covering the themes hypertension, aspirine, movement, nutrition, anticoagulation and diabetes. Additionally there were two leaflets to metformin and smoking the GP surgeries could give out for evaluation. Each of the patient information was given out in Bavarian rural GP offices to 10 consecutive patientes with the correspondent conditions.

For the quantitative judgement we used a German translation of the DISCERN questionnaire short form – and there was an opportunity to give free commentaries. As cut-off-point for the acceptance of a leaflet we choose a median of at least “rather yes” in each of the 14 DISCERN items. The results of the quantitative evaluations between the praxisis and between doctors and patients were set in relation to each other. In addition we evaluated the qualitative commentaries of doctors and patients. The results were set into relation to sentences of the leaflets using a synopsis.

The realisation of the evaluation differed in a considerable way between the GP surgeries: while one surgery was able to test all 8 different patient leaflets within 3 months, other practices hadn't the capacity to test more than one information. 2 practices didn't answer at all. As main reasons were declared stress in the every day work in the practice, but also difficulties of patients to understand the context of this investigation.

376 questionnaires could be evaluated.

The mean value of the medians about all different items was an accepting “rather yes”. The medians of answers about the question 13 (overall quality of the information) were “rather yes”. The medians of answers to the single items showed a need to improvement of the leaflets regarding the topics nutrition, smoking and metformin. The evaluation of the mean values to the different items showed partly worse results and leads to a further correction of the informations to hypertension, aspirine and movement.

The 11 doctor’s questionnaires sent back were partly quite more critical.

The qualitative evaluation showed additionally many interesting and detailed critical points and correction proposals for the improvement of the leaflets.

Conclusion: the DEGAM patient information leaflets regarding cardiovascular prevention were well accepted.

The evaluation regarding single aspects showed potentials for a revision of the leaflets that led to an improvement of the informations before the correspondent guideline will be produced and implemented.

With 376 questionnaires this is one of the largest studies concerning the topic of acceptance of written patient information at least in Germany.

7. Literaturverzeichnis

http://www.activecitizenship.net/health/european_charter.pdf - Zugriff am 15.10.2007

<http://www.afgis.de>. Zugriff am 20.5.2007

AHCPR; www.ahrq.gov/data/infoqual.htm

ALLHAT Collaborative Research Group: Major cardiovascular events in hypertensive patients randomized to doxazosin vs chlorthalidone: the antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial (ALLHAT).: JAMA 2000; 283: 1967-1975

The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group: JAMA 2002; 288: 2998-3007

American College of Physicians: Summaries for patients. Control of lipids in patients with type 2 diabetes. [Ann Intern Med.](#) 2004 Apr 20;140(8):I85

American College of Physicians: Summaries for patients. Benefits of coronary stents. [Ann Intern Med.](#) 2003 May 20;138(10):I15

American College of Physicians: Summaries for patients. Blood pressure control in people with type 2 diabetes mellitus. [Ann Intern Med.](#) 2003 Apr 1;138(7):I70

American College of Physicians: Summaries for patients. Taking vitamin supplements to prevent cardiovascular disease and cancer: recommendations from the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2003 Jul 1;139(1):I-76

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 Jan 12;324(7329):71-86

Antiplatelet Trialists' Collaboration. Collaborative overview of randomised trials of antiplatelet therapy-I: Prevention of death, myocardial infarction, and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients. *BMJ* 1994; 308: 81-106

Ashenden R, Silagy C, Weller D. A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Family Practice* 1997, 14(2), 160-175

Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2004;328: 1490–6

Bartels DM, LeRoy BS, McCarthy P, Caplan AL: Nondirectiveness in genetic counseling: a survey of practitioners. *Am J Med Genet.* 1997 Oct 17;72(2):172-9

- Bastian H, Kaiser T, Matschewsky S: Förderung allgemeiner Gesundheits- und Wissenschaftskenntnisse mittels Bürger- und Patienteninformation: Die Rolle des IQWiG. *ZaeFQ* 2005;99:379-385
- Benavente O, Hart R, Koudstaal P, Laupacis A, McBride R Oral anticoagulants for preventing stroke in patients with non-valvular atrial fibrillation and no previous history of stroke or transient ischemic attacks (Cochrane Review)) The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford
- Bergmann E, Mensink G Körpermaße und Übergewicht. *Das Gesundheitswesen* 1999;61 (Sonderheft 2): S115 – S120
- Bhopal RS, Gilmour GH, Fallon CW et al: Evaluation of a practice information leaflet. *Fam Practice* 1990; 7:132-137
- Bickel H Stand der Epidemiologie. In: Hallauer J, Kurz A (Hrsg) *Weißbuch Demenz 2002. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland*, Thieme Stuttgart, S 10–14
- Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration: Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomised trials. *Lancet* 2000;356: 1955-1964
- Barry CA, Bradley, CP, Britten N et al: consultations: qualitative study. Patients' unvoiced agendas in general practice *BMJ* 2000;320:1246-1250
- Bodenheimer T, Davis C , Holman H: Helping Patients Adopt Healthier Behaviors. *Clin Diab* 2007;25:66-69
- Böcken J, Braun B, Amhof R: *Gesundheitsmonitor 2007*, Verlag Bertelsmann Stiftung Gütersloh
- Boote J, Telford R, Cooper C. Consumer involvement in health research: a review and research agenda. *Health Policy* 2002;61:213–36
- Borgers D: Eine neue Auffassung des kardiovaskulären Risikos und ihre Folgen für die Medizin *Z Allg Med* 2007; 83: 365– 372
- Brent R: Intuition and innumeracy – *Cell Biol Educ* 2004;3:88-90
- Brown MJ, Palmer CR, Castaigne A et al.: Morbidity and mortality in patients randomised to double-blind treatment with a long-acting calcium-channel blocker or diuretic in the International Nifedipine GITS study: Intervention as a Goal in Hypertension Treatment (INSIGHT). *Lancet* 2000;356: 366-372
- Bundesärztekammer (BÄK): Patienteneinbeziehung in das Programm für Nationale Versorgungsleitlinien. 2006.
www.versorgungsleitlinien.de/methodik/pdf/nv1_pat_methode.pdf

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung Referat Information, Publikation, Redaktion: Patientenrechte in Deutschland. Leitfaden für Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte. 3. Auflage, August 2005. www.bmgs.bund.de

Burkell J. What are the chances? Evaluating risk and benefit information in consumer health materials. *J Med Libr Assoc* 2004;92:200–8

Burr ML, Fehly AM, Gilbert JF, et al: Effects of changes in fat, fish, and fibre intakes on death and myocardial reinfarction: diet and friedman reinfarction trial (Dart). *Lancet* 1989; 2 (8666): 757–761

Charles W, Whelan T, Amiram G: What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ* 1999;319:780–2

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
<http://www.chd-taskforce.de/herzgesund/> besucht am 18.5.2007

Chiasson JL, Josse RG, Gomis R et al: Acarbose treatment and the risk of cardiovascular disease and hypertension in patients with impaired glucose tolerance. The STOP-NIDDM-Trial. *JAMA* 2003;290:486-494

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: 1267–78

Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18'686 people with diabetes in 14 randomized trials of statins: a meta-analysis. *Lancet* 2008; 371:117-25

Clark A. et al.: Meta-Analysis: Secondary Prevention Programs for Patients with Coronary Artery Disease. *Ann Intern Med.* 2005;143:659-672

Colhoun HM, Betteridge DJ, Durrington PN, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): Multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet.* 2004;364:685-696

Cooper AR, Moore LA, McKenna J, Riddoch CJ: What is the magnitude of blood pressure response to a programme of moderate intensity exercise? Randomised controlled trial among sedentary adults with unmedicated hypertension. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 958-962

Coulter A. Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision making. *Journal of Health Services Research and Policy* 1997;2:112–21

Coulter A: Evidence based patient information - *BMJ* 1998;317:225-226

Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Informing Patients: an assessment of the quality of patient information materials. London: King's Fund;1998 – zitiert nach Gagliardi

Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Sharing decisions with patients: is the information good enough? *BMJ* 1999;318:318–22

Coulter A, Ellis J, Swain D et al: Assessing the quality of information to support people in making decisions about their health and healthcare. Picker Institute Europe, Oxford +Public Health Resource Unit, Oxford November 2006

Coulter A, Ellins J: Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ* 2007;335:24-27

Crawford MJ, Rutter D, Manley C, Weaver T, Bhui K, Fulop N,et al. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ* 2002;325:1263–7

Critchley JA, Capewell S: Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA*. 2003; 290: 86-97

Curb JD, Pressel SL, Cutler JA et al.: Effect of diuretic-based antihypertensive treatment on cardiovascular disease risk in older diabetic patients with isolated systolic hypertension. Systolic Hypertension in the Elderly Program Cooperative Research Group. *JAMA* 1996; 276: 1886-1892

Dahlof B, Lindholm LH, Hansson L et al.: Morbidity and mortality in the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension (STOP-Hypertension). *Lancet* 1991; 338: 1281-1285

Dahlöf B, Sever PS, Poulter NR et al for the ASCOT investigators: revention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomised controlled trial *Lancet* 2005; 366: 895–906

Darren E.R. Warburton, Crystal Whitney Nicol, Shannon S.D. Bredin Health benefits of physical activity: the evidence *CMAJ* 2006;174(6):801-9
<http://www.degam.de/leitlinien/konzept.html> - besucht am 18.5.2007

Delamothe T. Quality of websites: kitemarking the west wind. *BMJ* 2000; 321(7265):843–4

Dierks M-L, Schwartz FW: Rollenveränderungen durch New Public Health Vom Patienten zum Konsumenten und Bewerter von Gesundheitsdienstleistungen Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2001 · 44:796–803

Dierks Dr. Marie-Luise Arbeitsschwerpunkt Patienten und Konsumenten Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung Medizinische Hochschule Hannover Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
<http://www.discern.de>. Zugriff am 13.7.2007

Dormandy JA, Charbonnel B, Eckland DJ et al: Secondary prevention of macrovascular events in patients with type 2 diabetes in the PROactive Study. *Lancet* 2005; 366: 1279–89

DOWNS, J R, Clearfield M, Weis S et al.: Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels. AFCAPS/TexCAPS *JAMA* 1998; 279: 1615-22

Ebell MH, Siwek J, Barry D. Strength of recommendation taxonomy (SORT): A patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *J Am Board Fam Pract* 2004;17:59–67

Eccles M, Freemantle N, Mason J. North of England evidence based guideline development project: guideline on the use of aspirin as secondary prophylaxis for vascular disease in primary care. North of England Aspirin Guideline Development Group. *BMJ* 1998 Apr 25;316(7140):1303-9

Edwards A, Hood K, Matthews E et al: The Effectiveness of One-to-one Risk-communication Interventions in Health Care: A Systematic Review. *Med Decis Making* 2000; 20; 290

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

Edwards A, Elwyn G, Mulley A. Explaining risks: turning numerical data into meaningful pictures. *BMJ* 2002;324:827–30

Edwards AGK, Evans R, Dundon J et al: Personalised risk communication for informed decision making about taking screening tests *The Cochrane Collaboration* 21 July 2006

Elmore JG, Gigerenzer G: Benign Breast Disease — The Risks of Communicating Risk. *N Engl J Med* 2005;353: 297-99

Elwyn G, Edwards A. Evidence-based patient choice? In: Edwards A, Elwyn G, editors. *Evidence-based patient choice*. Oxford: University press 2001;3–18. zitiert nach Gagliardi

Engstrom G, Hedblad B, Janzon L: Hypertensive men who exercise regularly have lower rate of cardiovascular mortality. *J Hypertens* 1999; 17: 737-742

Entwistle VA, Sheldon TA, Sowden A, Watt IS. Evidence-informed patient choice. *Int J Technol Assess Health Care* 1998;14:212–25

Entwistle VA, Watt IS, Davis H (1998) Developing information materials to present the findings of technology assessments to consumers. *Int J Technol Assess Health Care* 1998;14:47–70

Estabrooks C, Goel V, Thiel E et al: Decision aids: are they worth it? A systematic review *Journal of Health Services Research & Policy* Vol 6 No 3, 2001: 170–182

Estacio RO, Jeffers BW, Hiatt WR et al.: The effect of nisoldipine as compared with enalapril on cardiovascular outcomes in patients with non-insulin-dependent diabetes and hypertension. *N Engl J Med* 1998; 338:645-652

Estrada CA, Hryniewicz M, Higgs VB et al: Levels Anticoagulant Patient Information Material Is Written at High Readability *Stroke* 2000;31;2966-2970

Evans R, Edwards A, Coulter A, Elwyn G: Prominent strategy but rare in practice: shared decision-making and patient decision support technologies in the UK. *ZaeFQ* 2007;101:247-253

Eysenbach: Recent advances: Consumer health informatics. *BMJ* 2000;320;1713-1716

Eysenbach G, Powell J, Kuss O, Sa ER. Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web: a systematic review. *JAMA* 2002;287(20):2691–700

Eysenbach G, Kohler C. How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. *BMJ* 2002;324(7337):573–7

Ezekowitz MD, Levine JA. Preventing stroke in patients with atrial fibrillation. *JAMA* 1999 May 19;281(19):1830-5

Fagard R H. Prescription and results of physical activity. *Journal of Cardiovascular Pharmacology* 1995, 25(Suppl 1), S20-S27

Fahey T, Griffiths S, Peters TJ. Evidence based purchasing: understanding results of clinical trials and systematic reviews. *BMJ* 1995;311:1056–9

Fallis D, Fricke M. Indicators of accuracy of consumer health information on the Internet: a study of indicators relating to information for managing fever in children in the home. *J Am Med Inform Assoc* 2002;9(1):73–9

Fischer G, Beyer M, Gerlach FM, Rohde-Kampmann R: Bedeutung und Möglichkeiten von allgemeinen Leitlinien für hausärztliche Versorgungsstrategien – Brauchen wir ‚Basisleitlinien‘ in der Allgemeinmedizin? *ZaeFQ* 2001;95:435-442

Flesch RR: A new readability yardstick. *J Appl Psychol* 1948, 32:221-223. zitiert nach Mackillop WJ

Ford S, Schofield T, Hope T. What are the ingredients for a successful evidence-based patient choice consultation? A qualitative study. *Social Science & Medicine* 2003;56:589–602

Fuller J, Stevens LK, Chaturvedi N, et al.: Antihypertensive therapy for preventing cardiovascular complications in people with diabetes mellitus. *The Cochrane Library* (Oxford) XX 1999 issue 2 (15 p) (13 ref 15 bib)

Gagliardi A, Jadad AR. Examination of instruments used to rate quality of health information on the internet: chronicle of a voyage with an unclear destination. *BMJ* 2002;324(7337): 569–73

Geller G, Strauss M, Bernhardt BA, Holtzman NA: "Decoding" informed consent. Insights from women regarding breast cancer susceptibility testing. *Hastings Cent Rep.* 1997 Mar-Apr;27(2):28-33

General Medical Council. Protecting patients, guiding doctors. Seeking patients' consent: the ethical considerations. www.gmc-uk.org (Zugriff am 18.5.2007)

Gerlach FM, Beyer M, Szecsenyi J, Fischer GC. Leitlinien in Klinik und Praxis: Welche Anforderungen sollten moderne Leitlinien erfüllen? Welche Strategien zur Entwicklung, Verbreitung und Implementierung haben sich bewährt? Welchen Beitrag können Leitlinien zur Qualitätsförderung in der Medizin leisten? *Dtsch Ärzteb* 1998; 95: A-1014-1021

Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleiches in der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 10.2.2001

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, Juli 2006. www.rki.de – besucht am 14.4.2007

Die Gesundheitsreform: http://www.die-gesundheitsreform.de/gesetze_meilensteine/gesetze/pdf/gkv-modernisierungsgesetz-gmg.pdf

Gigerenzer G, Edwards A. Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight. *BMJ* 2003;327:741–4

Gillissen A, Lecheler J: Bronchial asthma: a comparison of the doctor's assessment and the patient's opinion. *Dtsch Med Wochenschr* 2004;129(10): 484–9

Glasziou P, Vandenbroucke J, Chalmers I. Assessing the quality of research. *BMJ* 2001;328:39–41

Goel V, Sawka GA, Thiel EC et al: Randomized Trial of a Patient Decision Aid for Choice of Surgical Treatment for Breast Cancer *Med Decis Making* 2001;21:1–6

Goldberg RB, Mellies MJ, Sacks FM et al: Cardiovascular events and their reduction with pravastatin in diabetic and glucose-intolerant myocardial infarction survivors with average cholesterol levels: subgroup analyses in the cholesterol and recurrent events (CARE) trial. *Circulation* 1998;98:2513-9

Goss C, Renzi C: Patient and citizen participation in health care decisions in Italy. *ZaeFQ* 2007;101:236-240

Grime J, Blenkinsopp A, Raynor DK et al: The role and value of written information for patients about individual medicines: a systematic review *Health Expectations* 2007;10:286–298

Grover SA, Lowensteyn I, Joseph L et al: Patient Knowledge of Coronary Risk Profile Improves the Effectiveness of Dyslipidemia Therapy The CHECK-UP Study: A Randomized Controlled Trial *Arch Intern Med.* 2007;167(21):2296-2303

Gurms HS et al: Framing Procedural Risks to Patients: Is 99% Safe the Same as a Risk of 1 in 100? *Acad. Med.* 2000; 75:840-842

Haffner SM, Alexander CM, Cook TJ et al: Reduced coronary events in simvastatin-treated patients with coronary heart disease and diabetes or impaired fasting glucose levels. Subgroup analyses in the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) *Arch Intern Med* 1999;159:2661-67

Halbert JA, Silagy CA, Finucane P et al.: The effectiveness of exercise training in lowering blood pressure: a meta- analysis of randomised controlled trials of 4 weeks or longer. *J Hum Hypertens* 1997; 11: 641-649

Hambrecht R, Walther C, Möbius-Winkler S: Percutaneous coronary angioplasty compared with exercise training in patients with stable coronary artery disease – a randomized trial. *Circulation* 2004; 109: 1371–1378

Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG et al. for the HOT Study Group: Effects of intensive blood pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. *Lancet* 1998; 351: 1755-1762

Hansson L, Lindholm LH, Niskanen L et al.: Effect of angiotensin-converting-enzyme inhibition compared with conventional therapy on cardiovascular morbidity and mortality in hypertension: the Captopril Prevention Project (CAPPP) randomised trial. *Lancet* 1999; 353: 611-616

Hansson L, Lindholm LH, Ekblom T et al.: Randomised trial of old and new antihypertensive drugs in elderly patients: cardiovascular mortality and morbidity the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension-2 study. *Lancet* 1999; 354: 1751-1756.

Hansson L, Hedner T, Lund-Johansen P et al.: Randomised trial of effects of calcium antagonists compared with diuretics and betablockers on cardiovascular morbidity and mortality in hypertension: the Nordic Diltiazem (NORDIL) study. *Lancet* 2000; 356: 359-365

Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ* 2001;323:334–6

Hart RG, Benavente O, McBride R, Pearce LA. Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis. *Ann Intern Med* 1999 Oct 5;131(7):492-501

Hart RG, Halperin JL, McBride R, Benavente O, Man-Son-Hing M, Kronmal RA. Aspirin for the primary prevention of stroke and other major vascular events: meta-analysis and hypotheses. *Arch Neurol* 2000 Mar;57(3):326-32

Harvard School of Public Health: Health Literacy Website.
<http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/materials.html#two> (Zugriff am 18.5.2007)

Hauner H, Ferber Lv, Köster I: Schätzung der Diabeteshäufigkeit in der Bundesrepublik Deutschland anhand von Krankenkassendaten. *Dtsch Med Wochenschr* 1992;117 (17): 654–650

Hayden M, Pignone M, Phillips C, Mulrow C. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002 Jan 15;136(2):161-72

www.healthfinder.gov/smartchoices/onlineinfo/checklist.htm

Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators: Effects of ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE study and MICRO-HOPE substudy *Lancet* 2000; 355: 253-259

Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2002;360:7-22

Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol-lowering with simvastatin in 5963 people with diabetes: A randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2003;361:2005-2016

Helmert U, Janka H, Strube H: Epidemiologische Befunde zur Häufigkeit des Diabetes mellitus in der Bundesrepublik Deutschland 1984 bis 1991. *Diab Stoffw* 1994;3: 271–277

Hennekens CH, Sacks FM, Tonkin A et al: Additive benefits of pravastatin and aspirin to decrease risk of cardiovascular disease. *Arch Intern Med* 2004;164:40-44

Herxheimer A: Communicating with Patients about Harms and Risks *PLoS Medicine* 2005;2:91-92

<http://www.hfht.org/chiq/> besucht am 15.10.07

Hill J, Bird H: The development and evaluation of a drug information leaflet for patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2003;42:66-70
<http://hitiweb.mitrectek.org/iq>

Homes-Rovner M, Gruman J, Rovner DR: Shared decision-making in the US – research & development outpaces delivery. *ZaeFQ* 2007;101:254-258

<http://www.hon.ch>. Zugriff am 20.5.2007

Hooper L, Summerbell CD, Higgins JPT et al: Dietary fat intake and prevention of cardiovascular disease: systematic review *BMJ* 2001;322:757–63

Howard BV, v Horn JH, Manson JA et al: Low-Fat Dietary Pattern and Risk of Cardiovascular Disease. The Women's Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial. *JAMA*. 2006;295:655-666
www.ipdas.ohri.ca, besucht am 13.7.2007

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Methoden.
[ttp://www.iqwig.de/media/_über_uns/institut/files/2005_03_01_IQWiG_Methoden.pdf](http://www.iqwig.de/media/_über_uns/institut/files/2005_03_01_IQWiG_Methoden.pdf). Zugriff 18.5.2007

Isfort J, Koneczny N, Butzlaff M: Evidenzbasis und Schwerpunkt Patientenbedürfnis – ein Annäherungsversuch in fünf Schritten. Entwicklung einer evidenzbasierten und patientenorientierten Patientenleitlinie Asthma *ZäFQ* 2006;100; 453–460

Jadad AR, Gagliardi A. Rating health information on the Internet: navigating to knowledge or to Babel? *JAMA* 1998;279(8):611–4

John JH, Ziebland S, Yudkin P et al.: Effects of fruit and vegetable consumption on plasma antioxidant concentrations and blood pressure: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 359: 1969-1974

Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS et al: Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3,2002. Oxford: Update Software

Jørgensen KJ, Gøtsche PC. Presentation on websites of possible benefits and harms from screening for breast cancer: cross sectional study. *BMJ* 2004;328:148–53

Kärner A, Tingström P, Abrandt-Dahlgren M, Bergdahl B: Incentives for lifestyle changes in patients with coronary heart disease. *J Adv Nurs*. 2005 Aug;51(3):261-75

Kang Y, Daly BJ, Kim JS: Uncertainty and its antecedents in patients with atrial fibrillation. *West J Nurs Res*. 2004 Nov;26(7):770-83

Keech A, Colquhoun D, Best J et al. Secondary prevention of cardiovascular events with long-term pravastatin in patients with diabetes or impaired fasting glucose: results from the LIPID trial. *Diabetes Care* 2005;26:2713-21

Kim P, Eng TR, Deering MJ, Maxfield A. Published criteria for evaluating health related web sites: review. *BMJ* 1999; 318(7184):647–9

Khaw K-T, Wareham N, Bingham S et al: Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study PLoS MEDICINE 2008;5(1):39-47

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

Klemperer D: Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50 Oktober 2003

Kolominsky-Rabas P, Heuschmann P: Inzidenz, Ätiologie und Langzeitprognose des Schlaganfalls. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 2002;70: 657–662

Köpke S, Heesen C, Kasper J, Mühlhauser I. Steroid treatment for relapses in multiple sclerosis –the evidence urges shared decision making. Acta Neurol Scand 2004;110: 1–5

Köpke S, Berger B, Steckelberg A, Meyer G: In Deutschland gebräuchliche Bewertungsinstrumente für Patienteninformationen – eine kritische Analyse. ZäFQ 2005;99; 353–357

Krones T, Keller H, Sönnichsen AC et al: Partizipative Entscheidungsfindung in der kardiovaskulären Risikoprävention: Ergebnisse der Pilotstudie von ARRIBA- Herz, einer konsultationsbezogenen Entscheidungs-Hilfe für die allgemeinmedizinische Praxis. Z Med Psychol 2006;15:61-70

Koudstaal PJ Anticoagulants versus antiplatelet therapy for preventing stroke in patients with nonrheumatic atrial fibrillation and a history of stroke or transient ischemic attacks (Cochrane Review) From The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford

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

Lampert T, Burger M Rauchgewohnheiten in Deutschland – Ergebnisse des Telefonischen Bundes-Gesundheitssurveys 2003. Das Gesundheitswesen 2004;66: 511 – 517

Lampert T, Thamm M: Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS) Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007 · 50:600–608

Leaf A, Kang JX, Xiao J-F: Clinical Prevention of Sudden Cardiac Death by n-3 Polyunsaturated Fatty Acids and Mechanism of Prevention of Arrhythmias by n-3 Fish Oils Circulation. 2003;107:2646-2652

Légaré F, Stacey D, Forest P-G: Shared decision-making in Canada: update, challenges and where next! ZaeFQ 2007;101:213-221

Lehnert, H., Wittchen, H. -U., Pittrow, D. et al: Prävalenz und Pharmakotherapie des Diabetes mellitus in der primärärztlichen Versorgung. DMW 2005;130:323-328

Leuch M, Auswertung der Nutzerumfrage von www.patienten-information.de aus dem Jahr 2002, unter: http://www.patienteninformation.de/4organisation/umfragen/pdf_files/fragebogen (13.12.2003)

Linden M, Gothe H, Ryser M: „Was gibt der Hausarzt seinen Patienten mit auf den Weg?“, MMW, 141 (1999), 832-835

Lindholm LH, Ibsen H, Dahlof B et al.: Cardiovascular morbidity and mortality in patients with diabetes in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. Lancet 2002; 359: 1004-1010

LIPID-The Long-Term Intervention with Pravastatin in Ischemic Disease (LIPID) Study Group: N Engl J Med 1998; 339: 1349-57

www.listserv.dfn.de/archives/allgmed-1.html

Liu M, Counsell C, Sandercock P. Anticoagulants for preventing recurrence following ischaemic stroke or transient ischaemic attack (Cochrane Review) From The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford

Logan E, Auger MJ, Cotton P et al: Shared can work, BMJ 1996;313:819-21

Loh A, Kremer N, Giersdorf N et al., Informations- und Partizipationsinteressen depressiver Patienten bei der medizinischen Entscheidungsfindung in der hausärztlichen Versorgung, ZaeFQ 2004, 98:101-107

Loh A, Simon D, Bieber C et al: Patient and citizen participation in German health care – current state and future perspectives. ZaeFQ 2007;101:229-235

Loh A, Simon D, Kriston L, Härter M: Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Deutsches Ärzteblatt 2007;104(21):A1483-8

Löllgen H, Dickhuth, HH, Dirschedl, P: Sekundärprävention der koronaren Herzerkrankung: Vorbeugung durch körperliche Bewegung Deutsches Ärzteblatt 95, Ausgabe 24 vom 12.06.1998, Seite A-1531 / B-1303 / C-1219

Löllgen H: Primärprävention kardialer Erkrankungen Stellenwert der körperlichen Aktivität Dtsch Arztebl 2003; 100:A 987–996 [Heft 15]

Löwel H, Meisinger C, Heier M et al: The population-based Acute Myocardial Infarction (AMI) Registry of the MONICA/KORA study region of Augsburg. Gesundheitswesen 2005; 67: 31–7

de Lorgeril M, Salen P, Martin J-L : Mediterranean Diet, Traditional Risk Factors, and the Rate of Cardiovascular Complications After Myocardial Infarction Final Report of the Lyon Diet Heart Study *Circulation*. 1999;99:779-785

McCaffery KJ, Shepherd HE, Trevena L: Shared decision making in Australia. *ZaeFQ* 2007;101:205-211

McLaughlin GH. SMOG grading: a new readability formula. *J Reading*. 1969; 639–646 zitiert nach Flesch

Mackillop WJ, Palmer MJ, O'Sullivan B et al: Clinical trials in cancer: the role of surrogate patients in defining what constitutes an ethically acceptable clinical experiment. *Br J Cancer*. 1989 Mar;59(3):388-95

Man-Son-Hing M, Laupacis A, O'Connor AM et al: A patient decision aid regarding antithrombotic therapy for stroke prevention in atrial fibrillation . A randomized controlled trial. *JAMA* 1999;282:737-743

Marchioli R, Barzi F, Bomba E: Early Protection Against Sudden Death by n-3 Polyunsaturated Fatty Acids After Myocardial Infarction Time-Course Analysis of the Results of the Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto Miocardico (GISSI)-Prevenzione *Circulation*. 2002;105: 1897-1903

Mensink G, Lampert T, Bergmann E Übergewicht und Adipositas in Deutschland 1984-2003. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2005;48: 1348 – 1356

Meric F, Bernstam EV, Mirza NQ et al: Breast cancer on the world wide web: cross sectional survey of quality of information and popularity of websites. *BMJ* 2002;324(7337):577–81

Messerli FH, Grossman E, Goldbourt U: Are beta-blockers efficacious as first-line therapy for hypertension in the elderly? A systematic review. *JAMA* 1998; 279: 1903-1907

Molenaar S, Sprangers M,, Postma-Schuit F et al: Interpretive Review : Feasibility and Effects of Decision Aids. *Med Decis Making* 2000; 20; 112

Moumjid N, Brémond A, Mignotte H et al: Shared decision-making in the physician-patient encounter in France: a general overview. *ZaeFQ* 2007;101:223-228

Mühlhauser I, Berger M. Evidence-based patient information in diabetes. *Diabet Med* 2000;17:823–9

Mühlhauser I, Steckelberg A: Aufklärung über Krebsfrüherkennung am Beispiel Mammographie- und Darmkrebs-Screening *Z Allg Med* 2005; 81: 523–527

Murtagh MJ, Thomson RG, May CR et al: Qualitative methods in a randomised controlled trial: the role of an integrated qualitative process evaluation in providing evidence to discontinue the intervention in one arm of a trial of a decision support tool. *Qual Saf Health Care*. 2007 Jun;16(3):224-9

Nakamura H, Arakawa K, Itakura H et al: Primary prevention of cardiovascular disease with pravastatin in Japan (MEGA Study): a prospective randomised controlled trial *Lancet* 2006; 368: 1155–63

Nationale Versorgungs-Leitlinie Chronische KHK
www.versorgungsleitlinien.de/themen/khk

Nationale Verzehrs-Studie II. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz 2008

Neal B, MacMahon S, Chapman N: Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomised trials. *Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration*. *Lancet* 2000; 356: 1955-1964

Nicolas R., The Effects of a Smoking Cessation Intervention on the 14.5-Year Mortality- A Randomized Clinical Trial, *Annals of Int. Med.*, 2005, 142, 233-239

Nilsen ES, Myrhaug HT, Johansen M, Oliver S, Oxman AD: Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material (Review) *The Cochrane Library* 2007, Issue 1

O'Connor GT, Buring JE, Yusuf S et al: An Overview of Randomized Trials of Rehabilitation With Exercise After Myocardial Infarction *Circulation* 1989;80;234-244

O'Connor AM, Stacey D, Rovner D, Holmes-Rovner M, Tetroe J, Llewellyn-Thomas H et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane Database of Syst Rev* 2003 1. CD001431

O'Connor AM, Stacey D (2005). Should patient decision aids (PtDAs) be introduced in the health care system? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E87791.pdf>)

Oldridge N, Perkins A, Marchionni N et al: Number needed to treat in cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehab* 2002; 22: 22–30

Ornish D, Brown SE, Scherwitz LE et al: Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial *Lancet* 1990;336:129-33

Ornish D, Scherwitz LW, Billings JH et al: Intensive Lifestyle Change for Reversal of Coronary Heart Disease. *JAMA* 1998;280:2001-07

http://www.patienten-information.de/content/gesundheitsinfos/download/check_in.pdf
besucht am 18.5.2007

http://www.patienten-information.de/content/informationsqualitaet/informationsqualitaet/images/check_in.pdf Zugriff am 18.5.2007

<http://www.patientenleitlinien.de/Bluthochdruck/bluthochdruck.html> besucht am 18.5.2007

Pearson TA, McBride PE, Miller NH, Smith SC: 27th Bethesda Conference: matching the intensity of risk factor management with the hazard for coronary disease events. Task Force 8. Organization of preventive cardiology service. *J Am Coll Cardiol.* 1996; 27: 1039-47

Peto R, Gray R, Collins R, Wheatley K, Hennekens C, Jamrozik K, Warlow C, Hafner B, Thompson E, Norton S, et al. Randomised trial of prophylactic daily aspirin in British male doctors. *BMJ* 1988; 296: 313-316

PROGRESS collaborative group: Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6,105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack: *Lancet* 2001; 358: 1033-1041.

Psaty BM, Smith NL, Siscovick DS et al.: Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents. A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 1997; 277: 739-745.

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

Pyorala K, Pedersen TR, Kjekshus J, et al: Thorgeirsson G. Cholesterol lowering with simvastatin improves prognosis of diabetic patients with coronary heart disease: a subgroup analysis of the Scandinavian simvastatin survival study (4S). *Diabetes Care* 1997;20:614-20

Quist-Paulsen P, Gallefoss F: Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease *BMJ* 2003;327:1254-7

Rathmann W, Haastert B, Icks A et al: High prevalence of undiagnosed diabetes mellitus in southern Germany: Target populations for efficient screening. The KORA survey 2000. *Diabetologia* 2003;46:182-189

Ratzmann K: Eine Analyse von alters- und geschlechtsspezifischer Diabetesprävalenz sowie Behandlungsart: Die Berliner Studie. *Akt Endokr Stoffw* 1991;12 (4): 220-223

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

Richter B, Bandeira-Echtler E: Patientenbeteiligung in Schwerpunkt der Cochrane Collaboration: Wie können sich Patienten/Consumer aus aller Welt aktiv in einer Cochrane Reviewgruppe beteiligen? ZaeFQ 2005;99:373-375

Risk A, Dzenowagis J. Review of internet health information quality initiatives. J Med Internet Res 2001;3(4):E28

Roach P, Marrero D: A critical dialogue: communicating with type 2 diabetes patients about cardiovascular risk. Vasc Health Risk Manag. 2005;1(4):301-7

Robert Koch-Institut (Hrsg) Bundes-Gesundheitssurvey 2003: Körperliche Aktivität – Aktive Freizeitgestaltung in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

Saba GW, Wong ST, Schillinger D, Fernandez A, Somkin CP, Wilson CC, Grumbach K. Shared decision making and the experience of partnership in primary care. Ann Fam Med 2006;4(1): 54–62

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Gutachten 2000/2001 Abschn. 357 ff. www.svrgesundheit.de

The SALT Collaborative Group. Swedish Aspirin Low-Dose Trial (SALT) of 75 mg aspirin as secondary prophylaxis after cerebrovascular ischaemic events. Lancet 1991 Nov 30;338(8779):1345-9

Sackett D: Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996;312:71-72

Sacks FM, Pfeffer MA, Moyer LA et al: The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels.. CARE-Trial N Engl J Med 1996; 335: 1001-9

Sacks FM, Katan M: Randomized Clinical Trials on the Effects of Dietary Fat and Carbohydrate on Plasma Lipoproteins and Cardiovascular Disease Am J Med. 2002;113(9B):13S–24S

Sänger S: Qualitätsgesicherte Patienteninformation - Mehr Sicherheit auf der Datenautobahn Deutsches Ärzteblatt/PraxisComputer 1/2001

Sänger S, Noelle G, Huth A, Christ R et al: Patienteninformation im Web - Patienten stärken durch vertrauenswürdige Information Deutsches Ärzteblatt/PraxisComputer 4/2003

Sänger S: Einbeziehung von Patienten/Verbrauchern in den Prozess des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen am Beispiel der Qualitätsförderung medizinischer Laieninformationen im Internet Promotionsarbeit an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften School of Public Health der Universität Bielefeld 15.6.2004

Sänger S, Lang B, Klemperer D et al: Manual Patienteninformation – Empfehlungen zur Erstellung evidenzbasierter Patienteninformationen. Version vom April 2006, <http://www.azq.de>

Sänger S, Brunsmann F, Englert G et al: Patientenbeteiligung am Programm für Nationale Versorgungs-Leitlinien – Stand und Konsequenzen. *ZäFQ* 2007;101:109-116

Sanmuganathan PS, Ghahramani P, Jackson PR, Wallis EJ, Ramsay LE. Aspirin for primary prevention of coronary heart disease: safety and absolute benefit related to coronary risk derived from meta-analysis of randomised trials. *Heart* 2001 Mar;85(3):265-71

Say RE, Thomson R, The importance of patient preferences in treatment decisions challenges for doctors, *BMJ* 2003; 327:542-545

Scandinavian Simvastatin Survival Study Group: *Lancet* 1994; 344: 1383-9

Schneider A, Korner T, Mehring M et al: Impact of age, health locus of control and psychological co-morbidity on patients' preferences for shared decision making in general practice. *Patient Educ Couns*, 2006;61(2):292–8

Schünemann HJ, Best D, Vist G, Oxmann AD. Letters, numbers, symbols and words: how to communicate grades of evidence and recommendations. *CMAJ* 2003;169:677–80

Segal JB, McNamara RL, Miller MR, Kim N, Goodman SN, Powe NR, Robinson KA, Bass EB. Prevention of thromboembolism in atrial fibrillation. A meta-analysis of trials of anticoagulants and antiplatelet drugs. *J Gen Intern Med* 2000 Jan;15(1):56-67

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in Bremen: Gesundheitliche Information und Beratung aus Sicht der Bremer Bevölkerung. Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Abteilung Gesundheitswesen, Referat Gesundheitsberichterstattung, Bahnhofplatz 29 28195 Bremen

Sever, PS, Dahlöf B, Poulter NR et al.: Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial—Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA) *Lancet* 2003; 361: 1149-58

Sever, P S Dahlöf B, Poulter N R et al: Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial—Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA). *Lancet* 2003; 361: 1985-7

Sever PS, Poulter NR, Dalhof B, et al. Reduction in cardiovascular events with atorvastatin in 2532 patients with type 2 diabetes. Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial—Lipid-Lowering Arm (ASCOT-LLA). *Diabetes Care*. 2005;28:1151-1157

Shepherd, J, Cobbe SM, Ford I et al.: Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia – WOSCOP N. Engl. J. Med. 1995; 333: 1301-7

Shepherd, J, Blauw GJ, Murphy MB. et al.: Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER) Lancet 2002; 360: 1623-30

Shepherd J, Barter P, Carmena R, et al, for Treating to New Targets Investigators. Effect of lowering LDL cholesterol substantially below currently recommended levels in patients with coronary heart disease and diabetes: the Treating to New Targets (TNT) study. Diabetes Care. 2006;29:1220-1226

Shepherd S, Charnock D, Gann B: Helping patients access high quality health information. BMJ 1999; 19:764-6

Singh RB, Dubnov G, Niaz MA: Effect of an Indo-Mediterranean diet on progression of coronary artery disease in high risk patients (Indo-Mediterranean Diet Heart Study): a randomised single-blind trial Lancet 2002; 360: 1455–61

Slaytor E, Ward J. How risks of breast cancer and benefits of screening are communicated to women: analyses of 58 pamphlets. BMJ 1998;317:261–4

Smith H, Gooding S, Brown R, Frew A: Evaluation of readability and accuracy of information leaflets in general practice for patients with asthma. BMJ 1998;317:264-265

The SOLVD Investigators: Effect of enalapril on survival in patients with reduced left ventricular ejection fractions and congestive heart failure. N Engl J Med 1991; 325: 293-302

Staessen JA, Fagard R, Thijs L et al.: Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. The Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial Investigators. Lancet 1997; 350: 757-764

Staessen JA, Gasowski J, Wang JG et al.: Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials. Lancet 2000; 355: 865-872

Staessen JA, Want J-G and Thijs L: Cardiovascular protection and blood pressure reduction: a meta-analysis. Lancet 2001; 358: 1305-1315

Stampfer MJ, Hu FB, Manson JE, Rimm EB, Willet WC: Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. N Engl J Med 2000; 343: 16–22

Statistisches Bundesamt (2003) Krankenhausdiagnosestatistik
Statistisches Bundesamt 2003 Bevölkerung Deutschlands von 2002 bis 2050. 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung

Steckelberg A, Balgenorth A, Mühlhauser I. Analyse von deutschsprachigen Verbraucher-Informationsbroschüren zum Screening auf kolorektales Karzinom. ZaeFQ 2001;95:535–8

Steckelberg A, Balgenorth A, Berger J, Mühlhauser I: Explaining computation of predictive values: 2 × 2 table versus frequency tree. A randomized controlled trial BMC Medical Education 2004, 4:13

Steckelberg A, Kasper J, Redegeld M, Mühlhauser I. Risk information – barrier to informed choice? A focus group study. Soz Präventivmed 2004;49: 375–80

Steckelberg A, Berger B, Köpke S, Heesen C, Mühlhauser I. Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen. ZaeFQ 2005; 99:343–51

Steering committee of the physicians health study. Aspirin for the primary prevention of myocardial infarction. N Engl J Med 1988; 318: 245-264

Studer M. al., “Effect of Different Antilipidemic Agents and Diets on Mortality”, Arch Int Med, 2005, 165, 725-730

Tallon D, Chard J, Dieppe P. Relation between agendas of the research community and the research consumer. Lancet 2000;355:2037–40

Tang JL, Armitage JM, Lancaster T et al.: Systematic review of dietary intervention trials to lower blood total cholesterol in freelifving subjects. BMJ 1998; 316: 1213-1220

Tatti P, Pahor M, Byington RP et al.: Outcome results of the Fosinopril Versus Amlodipine Cardiovascular Events Randomized Trial (FACET) in patients with hypertension and NIDDM. Diabetes Care 1998; 21: 597-603.

Thamm M: Blutdruck in Deutschland – Zustandsbeschreibung und Trends. Gesundheitswesen 1999;61 (Sonderheft 2): S90 – S93

Thavendiranathan P. et al.: Primary Prevention of Cardiovascular Diseases With Statin Therapy. A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Arch Intern Med. 2006;166:2307-2313

Thefeld W: Prävalenz des Diabetes mellitus in der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands. Gesundheitswesen 1999; 61 (Sonderheft 2): S85 – S89

Thomson P, Dowding D, Swanson V et al: A computerised guidance tree (decision aid) for hypertension, based on decision analysis: development and preliminary evaluation. Eur J Cardiovasc Nurs. 2006 Jun;5(2):146-9

Todesursachenstatistik:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/Todesursachen2004,property=file.pdf>

Trevena LJ, Davey HMD, Barratt A et al: A systematic review on communicating with patients about evidence Journal of Evaluation in Clinical Practice 2006, 12, 1, 13–23

Trichopoulou A, Orfanos P, Norat T: Modified Mediterranean diet and survival: EPIC-elderly prospective cohort study BMJ 2005;330;991-7

Tuomilehto J, Rastenyte D, Birkenhäger WH, et al.: Effects of calcium-channel blockade in older patients with diabetes and systolic hypertension. Systolic Hypertension in Europe Trial Investigators. N Engl J Med 1999; 340: 677-684

Tverdal A, Bjartveit K: Health consequences of reduced daily cigarette consumption. Tob. Control 2006;15;472-480

United Kingdom prospective diabetes study group (UKPDS 33): Intensive blood-glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. Lancet 1998;352:837-853

UK Prospective Diabetes Study Group: Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). Lancet 1998;352:854-865

UK Prospective Diabetes Study Group: Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. BMJ 1998; 317: 703-713

UK Prospective Diabetes Study Group: Efficacy of atenolol and captopril in reducing risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 39. BMJ 1998; 317: 713-720.

United States Preventive Services Task Force: Summaries for patients. Aspirin for the prevention of heart attacks in people without previous cardiovascular events. Ann Intern Med. 2002 Jan 15;136(2):I55

University Group Diabetes Programme: A study of the effects of hypoglycaemic agents on vascular complications in patients with adult onset diabetes. Diabetes 1976;25:1129-35

<http://www.versorgungsleitlinien.de/patienten/patienten/khkinfo> besucht am 18.5.2007

van Walraven C, Hart RG, Singer DE, Laupacis A, Connolly S, Petersen P, Koudstaal PJ, Chang Y, Hellemons B. Oral anticoagulants vs aspirin in nonvalvular atrial fibrillation: an individual patient meta-analysis. JAMA 2002 Nov 20;288(19):2441-8

Vodermaier A, Caspari C, Köhm J et al., Partizipative Entscheidungsfindung beim primären Mammakarzinom, ZaeFQ 2004, 98:127-133)

Wannamethee SG, Shaper AG, Walker M: Changes in physical activity, mortality, and incidence of coronary heart disease in older men. *Lancet* 1998; 351:1603–1608

Wanner C, Krane V, März W et al: Atorvastatin in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Undergoing Hemodialysis. *N Engl J Med* 2005;353:238-48

v d Weijden T, v Veenendaal H, Timmermans D: Shared decision-making in the Netherlands – current state and future perspectives. *ZaeFQ* 2007;101:241-246

Weinbrenner S, Lelgemann M, Ollenschläger G et al: Der Methodenreport des Nationalen Programms für Versorgungs-Leitlinien – Hintergrund und Inhalt. *ZaeFQ* 2007;101:269-281

Weingart O, Skoetz N, Lang B, Richter B: Patientenbeteiligung in der Cochrane Collaboration Barrieren, Erfahrungen und Konzepte aus deutscher Sicht. *ZaeFQ* 2005;99:367-371

Weingart O: Nutzung von Qualitätskriterien für Patienteninformationen in der Patientenberatung unter besonderer Berücksichtigung der Evidenzbasierten Medizin Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln Promoviert am 27. September 2006

Weisman SM, Graham DY. Evaluation of the benefits and risks of low-dose aspirin in the secondary prevention of cardiovascular and cerebrovascular events. *Arch Intern Med* 2002 Oct 28;162(19):2197-202

Weymiller AJ, Montori VM, Jones LA et al: Helping Patients With Type 2 Diabetes Mellitus Make Treatment Decisions - Statin Choice Randomized Trial. *Arch Intern Med.* 2007;167:1076-1082

Whelton PK: The effects of nonpharmacological interventions on blood pressure of persons with high normal levels. Results of the Trials of Hypertension Prevention. *JAMA* 1992; 267: 1213–1220

Whelton SP, Chin A, Xin X, He J: Effect of aerobic exercise on blood pressure: a metaanalysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2002; 136: 493-503

Whitstock MT. Seeking evidence from medical research consumers as part of the medical research process could improve the uptake of research evidence. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2003;9 (2):213–24

WHO 1978: World Health Organization. Declaration of Alma Ata: Report of the International Conference on Primary Health Care. Geneva: WHO, 1978

WHO 2005: Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: WHO, 2005

Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D: Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. *Arch Intern Med.* 2000; 160: 939-44

Wing LM, Reid CM, Ryan P et al.: A comparison of outcomes with angiotensin-converting--enzyme inhibitors and diuretics for hypertension in the elderly. N Engl J Med 2003; 348: 583-592.

Winkelman C. Writing consent forms in language that patients and research subjects understand. International Conference on Communication in Healthcare (EACH) 2004 (Poster), Bruges, Belgium (Abstractbook).

Wolf-Maier K, Cooper R KH, Banegas J GS et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European Countries, Canada, and the United States. JAMA 2003;289: 2363 – 2369

Yusuf S, Sleight P, Pogue J et al.: Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in highrisk patients. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. N Engl J Med 2000; 342: 145-153

8. Tabellarischer Lebenslauf

- 28.8.1956 geboren in Hamburg als Sohn der Kirchenmusiker Maria Egidi geb. Hasselmann und Erhard Egidi
- 1966-1975 Schulbesuch – Gymnasium Andreanum in Hildesheim und Ratsgymnasium in Hannover
- 1977 bis 1983 Medizinstudium Georg-August-Universität Göttingen
- 1983 bis 1984 Praktisches Jahr am Kreiskrankenhaus Ammerland in Westerstede, Wahlfach Gynäkologie
- 10.4. 1984 Dritter Teil des Staatsexamens, Note „gut“. Übersiedlung nach Bremen
- 1984 bis 1985 Assistenzzeit in der Gynäkologie St. Josef-Stift Delmenhorst
- 1.11.1985 Geburt des Sohnes Jakob
- 5.11.1985 Heirat mit Heike Diederichs, Ärztin
- 1986 bis 1989 Assistenzzeit in der Chirurgie Städtisches Krankenhaus Achim. Im Rahmen der Tätigkeit in Delmenhorst sowie der fachübergreifenden chirurgisch-gynäkologischen Bereitschaftsdienste in Achim Leitung von über 300 Geburten
- 1986 bis 1988 Zusatzausbildung Psychotherapie
- 17.2.1988 Geburt der Tochter Ann-Katrin
- 1988 bis 1990 Zusatzausbildung Chirotherapie
- 1989 bis 1990 Assistenzzeit in der Inneren Medizin St. Joseph-Hospital Bremerhaven, Schwerpunkt Hämato-Onkologie. In dieser Zeit Erstellung von 400 abdominellen Sonographien
- 1990 bis 1991 Assistenzzeit in der Medizinischen Klinik II im ZKH Reinkenheide Bremerhaven, Schwerpunkt Nephrologie und Rheumatologie. Selbständige Durchführung von Hämodialysen
- 1991 bis 1999 Assistenzzeit Innere Medizin Martinskrankenhaus Lilienthal. Fachübergreifende Bereitschaftsdienste.
- 14.2.1992 Geburt der Tochter Paula
- 1993 bis 1994 Hospitation auf dem Notarztwagen sowie auf der Anästhesiologischen Intensivstation und in der Kinderanästhesie im jetzigen Klinikum Bremen-Mitte

- 1997 Beurlaubung für eine allgemeinmedizinische Praxis-Assistenz in der allgemeinmedizinischen Praxis Bernau, Hambergen
- 14.1.1998 Facharzt-Prüfung Allgemeinmedizin bei der Niedersächsischen Ärztekammer Hannover
- seit 1999 Niederlassung als Arzt für Allgemeinmedizin in Bremen-Huchting, seit 2000 in Gemeinschaftspraxis mit Holger Schelp
- Seit 2003 Mitarbeit an einer DEGAM-Leitlinie Kardiovaskuläre Prävention
- 2004-2005 Absolvieren des Professionalisierungskurses der DEGAM, allgemeinmedizinische Praktikums-Woche in Kopenhagen
- Mitarbeit an der Nationalen Versorgungs-Leitlinie Diabetes
- April 2005 Verleihung des 3. Preises des Berliner Gesundheitspreises 2004 für besondere Qualität in der hausärztlichen Patientenversorgung
- Seit Sept. 2005 Fortbildungs-Beauftragter des Bremer Hausärzteverbandes, seit 2007 Vorsitzender der Akademie für hausärztliche Fortbildung Bremen
- Sept 2007 Wahl zum stellvertretenden Sprecher der Sektion Fortbildung der DEGAM
- Februar 2008 Sonderpreis des David-Sackett-Preises für ein interaktives hausärztliches Fortbildungs-Konzept zu den umsatzstärksten Medikamenten

9. Verzeichnis der akademischen Lehrer

Abholz, Düsseldorf

Baum, Marburg

Dörner, Gütersloh, jetzt Hamburg

Donner-Banzhoff, Marburg

Duderstadt, Hannover

Kochen, Göttingen

Poser, Göttingen

Sawicki, Köln

Schönhöfer, Bremen

Spehn, Bremerhaven

Sperling, Göttingen sowie die übrigen Hochschullehrer der
Universität Göttingen während meines Studiums der Humanmedizin.

Zenker, Lilienthal bei Bremen

10. Danksagungen und Erklärungen

Ich danke meiner Frau und meinen Kindern, die mich in der Phase der Erstellung dieser Arbeit geduldig ertrugen.

Frau Professorin Erika Baum Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin in Marburg danke ich für die mühevollen Betreuung.

Ich entschuldige mich bei meinem Kollegen Holger Schelp und bei den Arzthelferinnen unserer Praxis für die vielen Störungen im Praxisablauf durch mehrere Hundert per Fax zurückgemeldete Fragebögen und etliche Aufgaben vom Drucken über das Versenden bis hin zum Tabellieren.

Bei Jean Chenot (Göttingen), Professor Norbert Donner-Banzhoff, Marburg, und Klaus Gebhardt und Herrmann Pohlabein (beide Bremen) bedanke ich mich für statistische Tipps.

Den bayrischen Praxen Blank (Kirchberg), Dietz (Fürstzell), Dresel (Warngau), Frangoulis (Gilching), Haberer (Spiegelau), Hartmann (Hunderdorf), v. Hollander (Weßling), Redl (Landsberg am Lech), Stern (Geiersthal) und Vorderwülbecke (Deisenhofen) danke ich für die engagierte Mitarbeit beim Austeilen, Einsammeln und Versenden der DISCERN-Fragebögen.

Ich bedanke mich bei der DEGAM-Leitliniengruppe für die Anregungen. Die Autoren der Infos Frau Professor Erika Baum, Marburg, Jean Chenot, Göttingen, Uwe Popert, Kassel, Stefan Hensler, Frankfurt, und Sabine Ludt, Heidelberg, haben die Vorarbeit geleistet, ohne die diese Untersuchung gar nicht erfolgt wäre.

Mein spezieller Dank geht an Uwe Popert, der mich immer wieder dazu animierte, endlich zu promovieren – und an Jean Chenot, der diese Arbeit für promotionswürdig hielt und mich dazu brachte, den Dissertationsantrag einzureichen.

Frau cand. med. Annika Viniol aus Marburg gebührt mein Dank für ihre hartnäckigen Bemühungen um eine korrekte Dateneingabe in Excel und SPSS.

Ich bedanke mich bei Frau Dr. Sylvia Säger und bei Herrn Dr. Olaf Weingart für die freundliche Überlassung ihrer Dissertationsarbeiten.

11. Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die dem Fachbereich Medizin/Marburg zur Promotionsprüfung eingereichte Arbeit mit dem Titel „Akzeptanz von Patienteninformations-Broschüren zur kardiovaskulären Prävention in Hausarzt-Praxen“ in der Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin unter Leitung von Frau Professorin Dr. Erika Baum mit Unterstützung von Professor Dr. Donner-Banzhoff ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt und bei der Abfassung der Arbeit keine anderen als die in der Dissertation aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe. Ich habe bisher an keinem in- oder ausländischen Medizinischen Fachbereich ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht, noch die vorliegende oder eine andere Arbeit als Dissertation vorgelegt. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit wird wurden zur Publikation beim European Journal of General Practice eingereicht.

Bremen, 25.3.2008

12. Anhang

Anhang 12.1: Kriterien für evidenzbasierte Patienten-Informationen nach Streckelberg 2005

Kriterium 1

Die Punkte zu Inhalten werden berücksichtigt:

- Vor therapeutischen diagnostischen und Screening-Maßnahmen muss informiert werden
Über
 - Ziel der Maßnahme
 - Prognose bei Nichtintervention
 - Behandlungsoptionen (incl. Nichtbehandlung); objektive Daten bezüglich Patienten-orientierter Ergebnisse
 - Wahrscheinlichkeit für Erfolg, Misserfolg und Nebenwirkungen der Maßnahme
 - Wahrscheinlichkeiten für falsch negative/falsch positive Ergebnisse
 - medizinische, psychosoziale oder finanzielle Folgen
 - Planung des weiteren Vorgehens
 - Beratungs- und Unterstützungs-Angebote
- Die Informationen müssen verständlich sein
- Interessenkonflikte (z.B. finanzieller Art) müssen offen gelegt werden.
- Für die Entscheidung muss ausreichend Zeit sein
- Die Möglichkeit, dass die Maßnahme abgelehnt wird, darf kein Grund sein, die Information vorzuenthalten.

Die Punkte zu Metainformationen werden berücksichtigt:

- Verfasser
- Sponsoren
- Finanzielle Abhängigkeiten
- Ziele der Publikation
- Informationsquellen
- Aktualität der Information
- Hinweise auf Adressen für weitere Informationsquellen
- Hinweise auf Unterstützungsangebote/Selbsthilfegruppen

Kriterium 2

Die Kommunikation der Qualität der wissenschaftlichen Beweislage orientiert sich an patientenrelevanten Endpunkten. Erwünschte und unerwünschte Wirkungen werden gleichwertig kommuniziert

Kriterium 3

Das Fehlen von Evidenz bezüglich patientenrelevanter Endpunkte wird kommuniziert

Kriterium 4

Erkenntnisse über die Darstellung von Zahlen und Ergebnissen werden berücksichtigt

Kriterium 5

Keine alleinige sprachliche Darstellung von Risiken

Kriterium 6

Die Ergänzung durch angemessene grafische Darstellungen ist sinnvoll

Kriterium 7

Darstellung von Verlust und Gewinn nebeneinander

Kriterium 8

Berücksichtigung kultureller Besonderheiten

Kriterium 9

Berücksichtigung von Layout Aspekten

Kriterium 10

Verwendung von Partizipation unterstützender Sprache, die zudem der Zielgruppe angepasst wird

Kriterium 11

Patienten werden in den Prozess der Informationserstellung einbezogen

Anhang 12.2:

Der originale DISCERN-Fragebogen von 1997 aus Oxford (Charnock 1999)

Section 1

IS THE PUBLICATION RELIABLE?

- 1. Are the aims clear?**
- 2. Does it achieve its aims?**
- 3. Is it relevant?**
- 4. Is it clear what sources of information were used to compile the publication (other than the author or producer)?**
- 5. Is it clear when the information used or reported in the publication was produced?**
- 6. Is it balanced and unbiased?**
- 7. Does it provide details of additional sources of support and information?**
- 8. Does it refer to areas of uncertainty?**

Section 2 HOW GOOD IS THE QUALITY OF INFORMATION ON TREATMENT CHOICES?

- 9. Does it describe how each treatment works?**
- 10. Does it describe the benefits of each treatment?**
- 11. Does it describe the risks of each treatment?**
- 12. Does it describe what would happen if no treatment is used?**
- 13. Does it describe how the treatment choices affect overall quality of life?**
- 14. Is it clear that there may be more than one possible treatment choice?**
- 15. Does it provide support for shared decision-making?**

Section 3

OVERALL RATING OF THE PUBLICATION

- 16. Based on the answers to all of the above questions, rate the overall quality of the publication as a source of information about treatment choices:**

Anhang 12.3

die Fragen-Liste des in deutsche Sprache übersetzten und modifizierten DISCERN-Instrumentes (link zu discern.de siehe Zitate)

Fragen des DISCERN-Instrumentes zur Qualitätsüberprüfung

Abschnitt 1: Sind die Informationen zuverlässig?

1. Sind die Ziele und Absichten der Publikation klar beschrieben?
2. Entspricht die Publikation den dargelegten Zielen und Absichten?
3. Sind die Informationen für die Zielgruppe (den Verbraucher) relevant?
4. Sind die Aussagen nachvollziehbar belegt?
5. Sind die Informationen aktuell?
6. Sind die Informationen ausgewogen und vorurteilslos?
7. Existieren detaillierte Angaben über zusätzliche Hilfen und Informationen?
8. Werden Probleme erwähnt, zu denen keine sicheren Informationen vorliegen?

Abschnitt 2. : Wie gut ist die Qualität der Informationen?

9. Werden die Wirkungsweisen der Behandlungsoptionen beschrieben?
10. Wird der Nutzen für jede erwähnte Behandlungsoption beschrieben?
12. Werden die Risiken für jede erwähnte Behandlungsoption beschrieben?
13. Werden die möglichen Folgen eines Verzichts auf eine Behandlung genannt?
14. Wird der Einfluss von Behandlungsoptionen auf die Lebensqualität erwähnt?
15. Ist klar dargestellt, dass es mehr als eine mögliche Behandlungsoption geben kann?
16. Gibt die Publikation Hilfe für „partnerschaftliche“ Entscheidungen („shared decision-making“)?

Anhang 12.4: Das Beratungs-Instrument ARRIBA Stand Mai 2006 (für die Darstellung in diesem Text umformatiert)

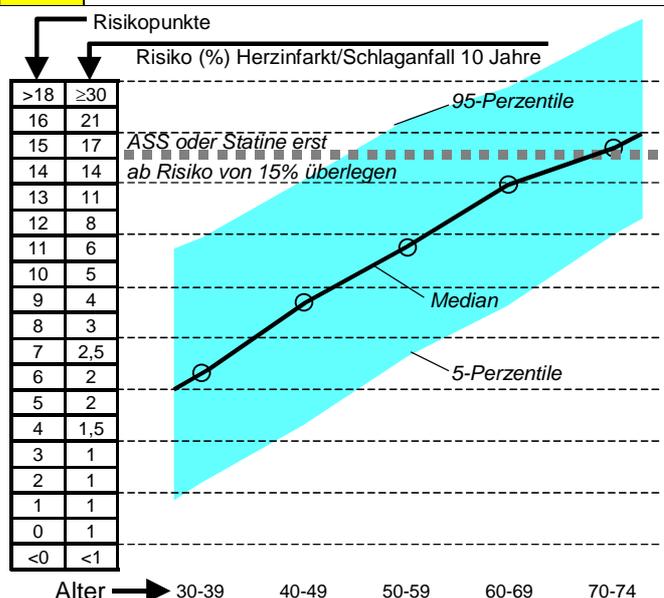
ARRIBA-Herz	Absolutes und relatives Risiko – individuelle Beratung in der Allgemeinpraxis	Männer
--------------------	--	---------------

- 1** Aufgabe gemeinsam definieren: individuelles Gesamtrisiko für Herzinfarkt und Schlaganfall bestimmen, Patient einbeziehen in Entscheidung
- 2** Risiko subjektiv: Befürchtungen, Erwartungen, Wünsche, Fragen
- 3.1** Risiko objektiv: messen und Punkte addieren

Bei manifester Arteriosklerose (z.B. KHK, Apoplex, pAVK) → hohes Risiko (~ 50% in 10 Jahren). **Weiter bei Punkt 3.3**

Alter (Jahre)	20-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79
Basisrisiko Alter	-9	-4	0	3	6	8	10	11	12	13
Raucher - JA	8		5		3		1		1	
Gesamt-Cholesterin (mg/dl)	<160	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	160 - 199	4	3	3	2	2	1	1	0	0
	200 - 239	7	5	5	3	3	1	1	0	0
	240 - 279	9	6	6	4	4	2	2	1	1
	280 - 329	11	8	8	5	5	3	3	1	1
>330	Familiäre Hyperlipidämie wahrscheinlich									
HDL -Cholesterin (mg/dl)	>60 (mg/dl)			50-59 (mg/dl)			40-49 (mg/dl)		<40 (mg/dl)	
	-1			0			1		2	
Blutdruck systol. (mmHg)	<120	120 - 129	130 - 139	140 - 159	160 - 179	≥180				
Ohne Blutdruck-senkende Medikation	0	0	1	1	2	Blutdruck-senkung vorrangig				
Mit Blutdruck-senkender Medikation	0	1	2	2	3					

3.2 Risiko objektiv: in Wahrscheinlichkeit umrechnen, mit Bevölkerung vergleichen



Zusatzrisiken:

- **Familienanamnese**

Wenn manifeste KHK bei Verwandten 1. Grades (bei Frauen unter 65, bei Männern unter 55 J.):

=> Risiko x 1,5

- **Diabetes (falls bekannt):**

Hb_{A1c} < 6: **Risiko normal**

Hb_{A1c} 6.1 - 8: **Risiko x 1,2**

Hb_{A1c} 8.1-10: **Risiko x 1,6**

Verantwortlich für den Inhalt:

Prof. Dr. med.

N. Donner-Banzhoff, MHSc;

Dr. med. U. Popert; Dr. med. A. Sönnichsen;

Abt. für Allgemeinmedizin, Universität Marburg

Quelle Bevölkerungsdaten:

Bundesgesundheitsurvey RKI

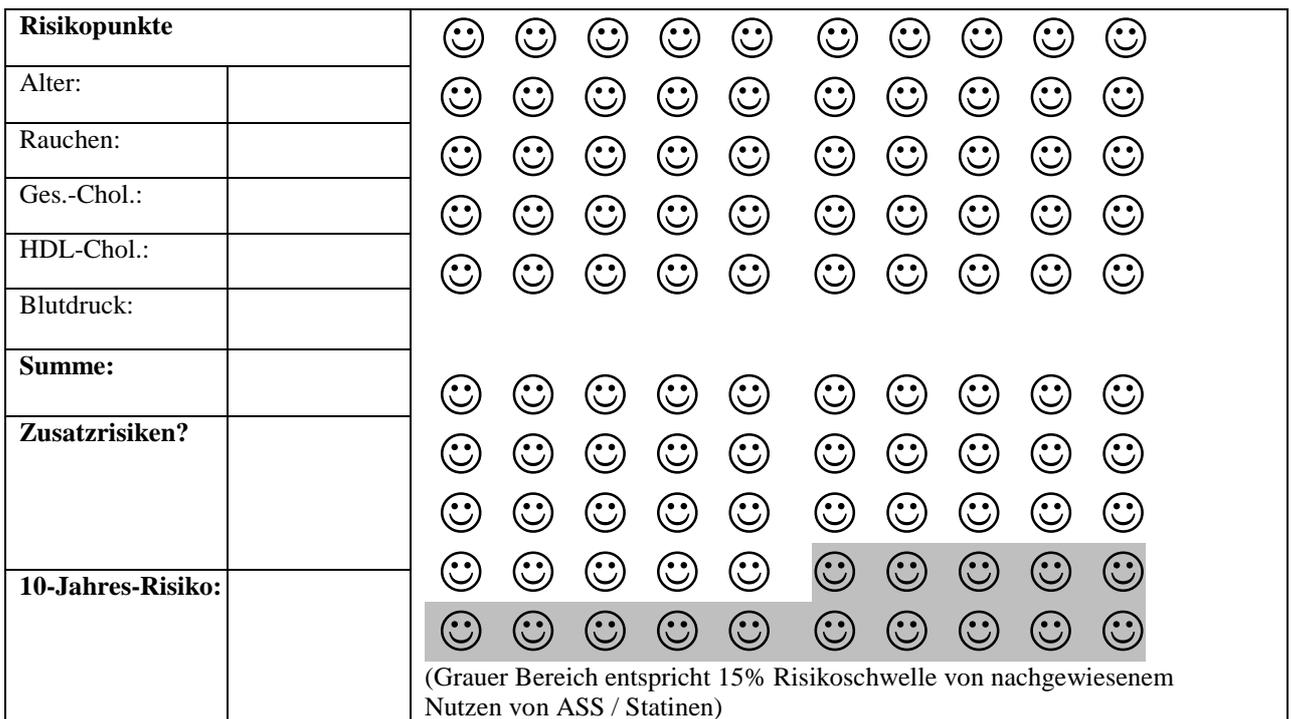
Quelle Risikoformel:

Framingham-Studie/ATPIII adaptiert (Risiko x 0,64 nach Brindle/Hense) Version 4.0

ARRIBA- Herz[®]	Name: _____ _Datum: _____ Arzt: _____	Beratungsbogen
-------------------------------------	---	-----------------------

3.3 **Wahrscheinlichkeiten optisch darstellen**

Stellen Sie sich 100 Menschen vor, die das gleiche Risiko haben wie Sie.
 Von diesen werden in den nächsten 10 Jahren einen Herzinfarkt oder Schlaganfall erleiden
 oder daran sterben; werden gesund bleiben.
 Wenn alle 100 Doppelgänger 10 Jahre lang Vorsorge betreiben, werden weitere nicht betroffen sein;
 trotz Prävention werden erkranken oder sterben.



4 **Information über Möglichkeiten zur Vorsorge (Prävention)**

Vorsorge - Maßnahmen	Individueller Plan	Relative Risikominderung
Aufgabe des Rauchens		Ca. 35%
Bewegung 3x pro Woche > 30 Minuten		Ca. 35%
Blutdrucksenkung mit Medikamenten		Ca. 25%
ASS 100mg pro Tag		Ca. 20%
Statin		Ca. 20%

5 **Bewertung der Möglichkeiten: (Alternativen, Vor- und Nachteile, Prioritäten)**

6 **Absprache über weiteres Vorgehen: (Bewegung, Ernährung, Medikamente)**

Wie geht's los ?

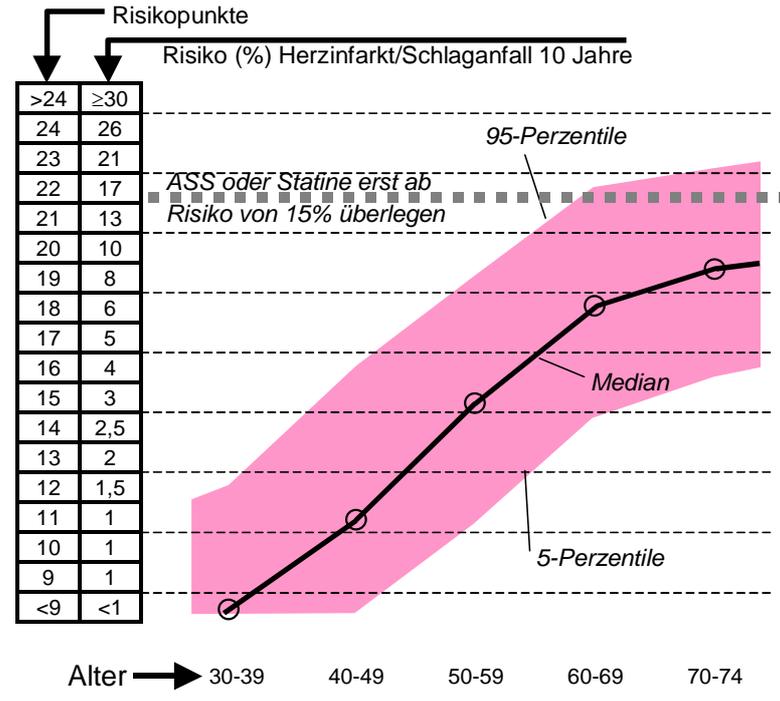
Wann erfolgt eine erneute Nachbesprechung?

- | | |
|------------|---|
| 1 | Aufgabe gemeinsam definieren: individuelles Gesamtrisiko für Herzinfarkt und Schlaganfall bestimmen, Patient einbeziehen in Entscheidung |
| 2 | Risiko subjektiv: Befürchtungen, Erwartungen, Wünsche, Fragen |
| 3.1 | Risiko objektiv: messen und Punkte addieren |

Bei manifester Arteriosklerose (z.B. KHK, Apoplex, pAVK) → hohes Risiko (~ 50% in 10 Jahren).
Weiter bei Punkt 3.3

Alter (Jahre)	20-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79
Basisrisiko Alter	-7	-3	0	3	6	8	10	12	14	16
Raucher - JA	9		7		4		2		1	
Gesamt-Cholesterin (mg/dl)	<160	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	160 - 199	4	3	3	2	2	1	1	1	1
	200 - 239	8	6	6	4	4	2	2	1	1
	240 - 279	11	8	8	5	5	3	3	2	2
	280 - 329	13	10	10	7	7	4	4	2	2
>330	Familiäre Hyperlipidämie wahrscheinlich									
HDL -Cholesterin (mg/dl)	>60 (mg/dl)			50-59 (mg/dl)			40-49 (mg/dl)		<40 (mg/dl)	
	-1			0			1		2	
Blutdruck systol. (mmHg)	<120	120 - 129	130 - 139	140 - 159	160 - 179	180 - 189	190 - 199	200 - 209	210 - 219	>220
Ohne Blutdruck-senkende Medikation	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Mit Blutdruck-senkender Medikation	0	3	4	5	6	7	8	9	10	11

3.2 Risiko objektiv: in Wahrscheinlichkeit umrechnen, mit Bevölkerung vergleichen



- Zusatzrisiken:**
- **Familienanamnese**
Wenn manifeste KHK bei Verwandten 1. Grades
(bei Frauen unter 65, bei Männern unter 55 J.):
=> Risiko x 1,5
 - **Diabetes** (falls bekannt):
Hb_{A1c} < 6: **Risiko normal**
Hb_{A1c} 6.1 - 8: **Risiko x 1,2**
Hb_{A1c} 8.1-10: **Risiko x 1,6**

Verantwortlich für den Inhalt:
Prof. Dr. med.
N. Donner-Banzhoff, MHSc;
Dr. med. U. Popert;
Dr. med. A. Sönnichsen;
Abt. für Allgemeinmedizin, Universität Marburg
Quelle Bevölkerungsdaten:
Bundesgesundheitsurvey RKI
Quelle Risikoformel:
Framingham-Studie/ATPIII adaptiert
(Risiko x 0,64 nach Brindle/Hense)
Version 4.0

Anhang 12.5: der Zehn-Stufen-Plan der DEGAM zur Leitlinien-Entwicklung

1.	Interessierte Autoren aus allgemeinmedizinischen Universitätseinrichtungen werden durch Beschluß des DEGAM-Arbeitskreises 'Leitlinien' in der Sektion Qualitätsförderung mit der Entwicklung eines Leitlinienentwurfs für ein definiertes Thema beauftragt. Die beauftragte Einrichtung übernimmt die Funktion eines koordinierenden Zentrums und ruft zur Gründung einer themenbezogenen Arbeitsgruppe auf. Durch öffentliche Bekanntmachungen (insbesondere Mailings an DEGAM-Mitglieder bzw. bekannte Qualitätszirkel, Publikationen im Forum Qualität der ZFA etc.), die von der DEGAM-Geschäftsstelle 'Leitlinienentwicklung' sowie dem koordinierenden Zentrum veranlaßt werden, wird um die Bereitstellung von bereits vorhandenen Arbeitsergebnissen sowie um Mitwirkung gebeten. Auf diese Weise werden Empfehlungen, Leitlinienentwürfe, Literaturhinweise etc. gesammelt sowie interessierte Personen zur Mitarbeit gewonnen.
2.	Nach Konstituierung der themenbezogenen interdisziplinären Arbeitsgruppe durch das koordinierende Zentrum wird auf der Basis der vorliegenden Materialien eine systematische Literatur-Review zum Thema durchgeführt, die der Ermittlung bestehender Leitlinien (z. B. Leitlinien von NHG, AHCPR, SIGN) sowie der vorhandenen Evidenz (in Literaturdatenbanken, der Cochrane Library, Best Evidence etc.) dient. Die Arbeitsgruppe sollte auch Patienten, Vertreter des Berufsverbandes sowie je nach Thema auch Vertreter anderer Berufsgruppen einbeziehen
3..	Die Arbeitsgruppe erstellt auf der Basis der vorliegenden Informationen einen Erstentwurf der Leitlinie, der sich inhaltlich nach den festgelegten Anforderungen richtet und formal dem vorgegebenen Musterformat entspricht.
4.	Der Leitlinien-Erstentwurf geht über die Geschäftsstelle Leitlinienentwicklung an ein Panel von etwa fünfundzwanzig erfahrenen Allgemeinärzten (aus Forschung, Lehre und Praxis), die nicht an der Leitlinienerstellung beteiligt waren und eine strukturierte Stellungnahme zu Inhalten, Umsetzbarkeit, Relevanz und Akzeptanz abgeben.
5.	Aufgrund der Stellungnahmen der Panel-Ärzte erstellt die Arbeitsgruppe einen Zweitentwurf der Leitlinie. Dieser wird mit einzelnen externen Experten diskutiert und ggf. ein modifizierter Drittentwurf der Leitlinie erarbeitet.
6.	Über die Geschäftsstelle werden die Fachgesellschaften, die ebenfalls mit der Betreuung des jeweiligen Beratungsanlasses befaßt sind, um eine abgestimmte Kommentierung gebeten (vgl. Anlage G). Gleichzeitig werden auch der Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands (BDA) und Patienten- bzw. Verbraucherorganisationen beteiligt. Die eingehenden Kommentare werden an die Arbeitsgruppe weitergeleitet. Diese prüft deren Relevanz und erstellt einen Viertentwurf.
7.	Der Viertentwurf (ggf. auch der Drittentwurf) wird von interessierten Qualitätszirkeln, einzelnen Allgemeinpraxen oder Praxisnetzen erprobt. Ziel dieses explorativen Praxistests ist die Feststellung der Akzeptanz und Praktikabilität der Leitlinie unter Praxisbedingungen (vgl. Anlage H). Die Implementierungs-Erfahrungen von Ärzten/innen, Praxismitarbeitern/innen und Patienten/innen werden mit Hilfe verschiedener Instrumente festgehalten.
8.	Aufgrund der Ergebnisse des Praxistests wird von der Arbeitsgruppe ein Fünftentwurf der Leitlinie erstellt. Die Geschäftsstelle prüft – u. a. anhand der Checkliste "Methodische Qualität von Leitlinien" (vgl. Anlage E) – ob die von der DEGAM beschlossenen formalen Anforderungen (vgl. Anlage B und D) erfüllt sind.
9.	Vertreter der Arbeitsgruppe stellen den Leitlinienentwurf abschließend dem DEGAM-Arbeitskreis 'Leitlinien' in der Sektion Qualitätsförderung vor. Das Präsidium der DEGAM autorisiert durch formellen Beschluß die Leitlinie schließlich als Empfehlung der Fachgesellschaft.
10.	Die Erstveröffentlichung der Leitlinie erfolgt im 'Forum Qualität' der 'ZFA—Zeitschrift für Allgemeinmedizin'.

Anhang 12.6. Patienten-Information Hypertonie

Wichtig: (die Patienten-Ratgeber wurden wie oben erwähnt im DIN-A-5-Format ausgegeben. Die Darstellung hier im Promotions-Text erfolgt im DIN-A-4-Format. Der Eindruck, den die eigentlich ausgeteilten Infos erzeugt haben, kann darum hier nur mit Einschränkung vermittelt werden)

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

Informationen für Patienten

Unautorisierte Version für Praxistest und Entwicklung

Druck auf Gefäße und Herz senken

Wer? Patienten mit erhöhtem Blutdruck: Hypertonie

Warum? Schäden an Herz und Blutgefäßen vermeiden



Für die Durchblutung unserer Organe braucht unser Körper einen gewissen Blutdruck. Bei körperliche Anstrengungen wird ein höherer Druck benötigt. Auf die Dauer und in Ruhe sollte der Blutdruck aber nicht zu hoch sein- sonst drohen Schäden an Herz und Arterien sowie Gehirn und Niere. Es ist normal und notwendig, dass der Blutdruck je nach Erfordernis schwankt. Wichtig sind die Werte nach mindestens 5 min Ruhe (Sitzen) und Entspannung.

Der obere (systolischer Wert) gibt den Spitzendruck an, der beim Auspumpen des Blutes entsteht, der untere (diastolischer Wert) den Wert, wenn aus dem Herzen gerade kein Blut nachfließt und die Pulswelle abebbt. Er wird bei uns meist in mm Hg (Quecksilbersäule) angegeben.

Ein Ruheblutdruck über 140 (oberer-) / 90 (unterer Wert) mmHg gemessen unter Standardbedingungen in der Arztpraxis wird als Hypertonie bezeichnet.

Bei Heimmessung soll der Durchschnitt der Ruhewerte 135/85 mm Hg nicht überschreiten. Wie sinnvoll es ist, den Blutdruck zu senken, hängt vom gesamten Herz-Kreislauf-Risiko ab.

Dauerhaft erhöhter Blutdruck führt zu:

- Verdickung des Herzmuskels mit erhöhtem Sauerstoffbedarf
- dadurch Herzinfarktgefahr und nachlassende Leistungsfähigkeit
- Elastizitätsverlust und Kalkablagerungen an den Arterien
- erhöhte Schlaganfallgefahr
- Nierenschädigung und Schädigung der Netzhaut am Auge

Bluthochdruck macht oft keine Beschwerden, aber Anzeichen können sein:

- bei mir wurden mehrfach erhöhte Ruhewerte gemessen
- Bei Belastung bekomme ich Luftnot, Druck- oder Engegefühl
- Nach Belastungen erhole ich mich langsamer als früher
- Ich leide unter Schwindelanfällen oder zunehmenden Sehstörungen
- Kopfschmerzen oder Nasenbluten treten häufiger als früher bei auf

TIPP: gelegentlich den Ruheblutdruck überprüfen / -lassen, aber Einzelmessungen nicht überbewerten. Bei erhöhtem Blutdruckniveau Lebensstil überprüfen und mit dem Hausarzt das individuelle Risiko und Behandlungsoptionen besprechen.

Wie? Regeln der gesunden Lebensführung, vor allem

- regelmäßige Bewegung,
 - Nikotinstopp und
 - gesunde Ernährung
- helfen, den Blutdruck auf natürliche Weise zu senken. Hilfreich ist auch eine
- Begrenzung der Kochsalzaufnahme unter 5g/Tag, und des
 - Alkoholkonsums unter 30g (Männer) bzw. 20g (Frauen)/Tag,
 - regelmäßige Entspannung sowie
 - kalium- und kalziumreiche Ernährung (Obst, Salate, Gemüse und Milchprodukte)

Damit können auch notwendige Medikamenten-Einnahmen verringert und meist Nebenwirkungen vermieden werden. Verordnete Medikamente sollten regelmäßig eingenommen und nur nach Absprache mit dem Arzt abgesetzt oder anders dosiert werden.

Es ist oft besser, vorsichtig zu beginnen und die Behandlung schrittweise intensiver zu gestalten, bis die Behandlungsziele erreicht sind, als sofortige Normalisierung anzustreben. Nichts mit der Brechstange erreichen wollen, aber das Ziel im Auge behalten bei optimaler Verträglichkeit und Befinden ist die hohe Kunst der Bluthochdruckbehandlung.

Wir sollten dies gemeinsam anstreben.

Welche Risiken?

Lebensstiländerungen sind ausgesprochen risikoarm, wenn sie mit Maß und Ziel umgesetzt werden. Vermeiden Sie aber Extreme, damit Sie keine Fehlernährung oder Überlastungen riskieren und besprechen Sie mit Ihrem Arzt Probleme oder Störungen Ihres Befindens.

Medikamente können prinzipiell unerwünschte Wirkungen haben. Insgesamt ist aber das Nutzen-Risikoverhältnis bei richtiger Anwendung positiv, d.h. die Nichteinnahme ist gefährlicher als die Einnahme, auch wenn im Beipackzettel wahre Horrorgeschichten stehen. Die Risiken durch den Bluthochdruck werden mit einer guten Behandlung nachweislich deutlich verringert. Im Einzelfall kann die Verträglichkeit aber sehr unterschiedlich sein. Achten Sie also auf Ihr Befinden und unerwünschte Veränderungen, und besprechen Sie dies baldmöglichst mit Ihrem Arzt. So wird sich klären lassen, ob es zufällige Befindensstörungen oder echte Nebenwirkungen sind, und ob man das Medikament weiter einnimmt, die Dosis verändert oder auf ein anderes Präparat umsteigt. Es gibt glücklicherweise eine Vielzahl von intensiv erprobten Medikamenten und Kombinationen, so dass mit etwas Geduld und Fingerspitzengefühl auch für Sie ein guter, verträglicher und langfristig durchführbarer Weg gefunden werden kann. Packen wir es gemeinsam an!

Weitere Informationen:

www.evidence.de

Welche Empfehlungen?

Besprechen Sie mit uns ihre geplanten Verhaltensänderungen. Wir haben dazu weiteres Informationsmaterial. Sehr zu empfehlen sind auch Blutdruckschulungen, wie sie im Rahmen der DMP-Programme KHK und Diabetes angeboten werden. Ansonsten sind sie leider noch keine Kassenleistung. Versuchen sie zunächst konsequent einen Punkt umzusetzen- egal ob Medikamenteneinnahme oder bessere Ernährung, Bewegungsprogramm oder ähnliches- und kontrollieren nach einigen Wochen den Erfolg. Eventuell müssen dann verschiedene Maßnahmen kombiniert oder die Strategie geändert werden. Wichtig ist, dass sie für sich selber den besten Weg herausfinden. Sie sollen sich dabei langfristig wohlfühlen und Ihre Leistungsfähigkeit steigern können.

Was tun?

Ziel ist eine dauerhafte Normalisierung des Blutdrucks bei optimalem Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit.

Zu Beginn einer Behandlungsstrategie oder bei Unsicherheit über die Diagnose können sie täglich (am besten zur gleichen Zeit) den Blutdruck selber kontrollieren. Wenn sich die Werte gleichmäßig eingependelt haben und Sie und Ihr Arzt damit zufrieden sind, genügen je nach Gesamtrisiko seltenere oder nur gelegentliche Kontrollen. Das sollte individuell festgelegt werden.

Bei Beschwerden ist es angebracht, unverzüglich den Blutdruck zu kontrollieren. Einmal jährlich sollte das Gesamtrisiko und die Verträglichkeit in der Hausarztpraxis routinemäßig überprüft werden, ansonsten natürlich bei neu aufgetretenen Beschwerden, deutlichen abrupten Ruheblutdruckveränderungen oder auch allmählichem Anstieg.

Gesunde Personen sollten ab 35 alle 2 Jahre zum Checkup gehen.

Ihr nächster Termin:

Arztstempel und
Unterschrift

Bitte melden Sie sich bei neuen
Beschwerden oder Problemen

Anhang 12.7. Patienten-Information ASS

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

Acetylsalicylsäure (ASS®, Aspirin®) zur Hemmung der Blutgerinnung, um Herzinfarkt und Schlaganfall zu vermeiden

Wer braucht Tabletten mit Acetylsalicylsäure?

Alle, die ein gesteigertes Gesamtrisiko haben, einen Gefäßverschluss an Herz- oder Hirnarterien zu erleiden:

- Nach einem Schlaganfall, Herzinfarkt oder Gefäßverschluss der Gliedmaßen
- Bei Vorliegen von Risikofaktoren für eine Gefäßerkrankung des Herzens (Koronare Herzerkrankung)

In Ausnahmefällen bestehen folgende Gründe für eine Einnahme von ASS:

Patienten, die folgende Erkrankungen haben und das dafür notwendige Medikament Marcumar nicht nehmen können: bei künstlicher Herzklappe und manchen Herzklappenfehlern, nach Thrombose und Lungenembolie, bei Vorhofflimmern (unregelmäßiger Herzschlag).

Warum? Hintergrund-Information



Woher kommt Acetylsalicylsäure/Aspirin® ?

Schon im Altertum wurde die Rinde der Weide gekocht und der resultierende Sud als fiebersenkendes und schmerzstillendes Mittel geschätzt. Ende des 19. Jahrhunderts gelang es den wirksamen Inhaltstoff der Weide, die Salicylsäure, großtechnisch herzustellen. Aber erst durch die chemische Verfeinerung mit einer Acetyl-Gruppe konnte ein gut verträgliches Arzneimittel gewonnen werden – Aspirin.

Wie wirkt Acetylsalicylsäure / Aspirin® ?

Acetylsalicylsäure hemmt das Anlagern von Blutplättchen, einen für die normale Gerinnung erforderlicher Vorgang, bei dem sich die Blutplättchen aneinander verkleben und somit das Grundgerüst des Gerinnungspropfs bilden. Dieser stellt an der Hautoberfläche den wundverschließenden Schorf dar, im Inneren des Gefäßsystems aber das höchst unwillkommene Gerinnsel, das für Thrombosen und Gefäßverschlüsse in den Beinen, Herz (Herzinfarkt) und Gehirn (Schlaganfall) mitverantwortlich ist. Durch die Hemmung der Blutplättchenverklebung vermag Acetylsalicylsäure die Wahrscheinlichkeit, einen Gefäßverschluss zu erleiden, deutlich zu verringern. Die Einnahme von Acetylsalicylsäure nach einem Herzinfarkt oder einem Schlaganfall kann die Wahrscheinlichkeit, ein weiteres solches Ereignis zu erleiden, um fast ein Drittel verringern. Bei gesunden Männern (für Frauen ist das nicht sicher bewiesen) als Vorsorgemaßnahme verringert sich das Risiko einen Herzinfarkt zu erleiden immerhin um 20%. Allerdings ist hier das Risiko gering.

Wie? Dosierung



Die gerinnungshemmende Funktion der Acetylsalicylsäure wird schon bei Einnahme von **1x tägl. 100 mg** gewährleistet. Eine bestimmte Konzentration im Blut oder die Gerinnungsfähigkeit des Blutes zu bestimmen, ist nicht sinnvoll. Die Wirkung von ASS dauert bis zu einer Woche, solange muss auch nach Absetzen bei Operationen oder Zähnezahlen mit Blutungskomplikationen gerechnet werden.

Welche Risiken?

Das Hauptrisiko der Acetylsalicylsäure liegt an seiner Wirkweise. Durch die Hemmung der Blutplättchen kann es leichter zu Blutungen kommen. Im Inneren des Körpers gilt dies vor allem für den Bereich des Magen-Darm-Trakts, weniger für das Gehirn. Bei Verletzungen

der Haut blutet es länger. Bei Prellungen werden Blutergüsse und Schwellungen entsprechend größer. In den letzten Jahren wird eine zunehmende Häufigkeit von Unverträglichkeiten allergischer Natur beobachtet. In der Schwangerschaft kann es durch Acetylsalicylsäure zu vermehrten Fehlgeburten und Fröhschwangerschaften kommen. Nieren – oder Leberfunktionsstörungen führen durch den verringerten Abbau von Acetylsalicylsäure zu deren Anreicherung im Körper und damit zum häufigeren Auftreten der oben genannten Nebenwirkungen.

Andere sehr seltene Nebenwirkungen sind auf den Beipack-Zettel erwähnt, da die Hersteller-Firma dann nicht mehr für die Folgen haftbar gemacht werden kann. Im Zweifelsfall sprechen Sie uns darauf an, ob von Ihnen beobachtete Beschwerden mit dem Medikament zusammenhängen können.

Wer sollte keine Acetylsalicylsäure erhalten?

- wer bereits an einer Störung der Blutgerinnung leidet,
- wer eine allergische Unverträglichkeit gegen ASS hat,
- wer schwanger ist,
- wer regelmäßig viel Alkohol konsumiert (über eine Flasche Bier oder ein Glas Wein),

Wer sollte nur mit Vorsicht und unter ärztlicher Kontrolle Acetylsalicylsäure erhalten?

- Wer mehrfach blutende Magengeschwüre hatte (nur unter Magenschutz-Behandlung mit säurehemmenden Medikamenten)
- Wer an einer schweren Leber- oder Nierenstörung leidet
- Wer an einer schweren Herzschwäche leidet
- Wer an Asthma leidet

Welche Empfehlungen?

- Nehmen Sie Acetylsalicylsäure möglichst immer zur selben Tageszeit einmal täglich als Tablette ein. Die Dosis sollte zwischen 100 mg und 350 mg sein.
- Sagen Sie Ihrem Zahnarzt oder Chirurg vor einem geplanten Eingriff rechtzeitig Bescheid (mind. 1 Woche vorher), dass Sie Acetylsalicylsäure einnehmen. Ein Eingriff kann im Notfall auch mit Aspirin vollzogen werden – meistens empfiehlt der Operateur oder Zahnarzt jedoch, für eine Woche die Einnahme zu pausieren.
- Kontaktieren Sie umgehend uns, wenn es zu stärkeren Blutungen kommt oder schwarzer Stuhlgang (Teerstuhl) auftritt.
- Und ganz besonders dringend, wenn Sie unter plötzlichen massiven Nackenschmerzen oder unter Sehstörungen leiden. Wenn wir nicht erreichbar sind, melden Sie sich in jedem Fall beim ärztlichen Notdienst.
- Kontaktieren Sie uns, wenn Sie Hauterscheinungen bekommen, Verengungen der Atemwege verspüren oder Durchfall haben. Diese Symptome könnten Anzeichen einer allergischen Reaktion sein, nehmen Sie daher vorerst keine weiteren Tabletten ein.

- Bei gleichzeitiger Einnahme kann Acetylsalicylsäure die Wirkung vieler Medikamente abschwächen oder verstärken. Jeder Arzt, der Ihnen ein Medikament verschreiben will, muss wissen, dass Sie Acetylsalicylsäure einnehmen.
- Sagen Sie dies auch dem Apotheker, wenn Sie ein rezeptfreies Arzneimittel kaufen wollen.

Arztstempel und
Unterschrift

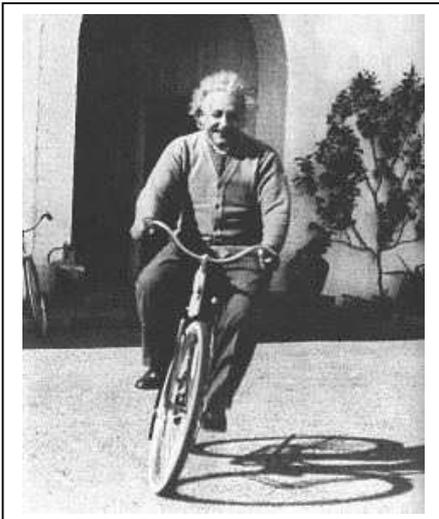
Anhang 12.8. Patienten-Information Bewegung

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

Bringen Sie Ihr Leben in Schwung !

Wer? Wir alle brauchen Bewegung

Warum?



Auch wenn wir heute mit Überschall fliegen und per Videotelefon kommunizieren können – unser Körper und Stoffwechsel ist noch auf die Umweltbedingungen eines steinzeitlichen Jägers und Sammlers eingestellt. Stressreaktionen waren damals lebensnotwendig. Nach der Anspannungsphase mit Beschleunigung von Puls, Atmung und Blutgerinnung sowie Erhöhung von Blutzucker und Blutfetten erfolgte die Nutzung dieser Zusatzenergien bei Kampf, Jagd oder Flucht. Fehlt heute diese Umsetzung in Bewegung, bleibt die Stressreaktion länger erhalten und führt über Diabetes, Blutdruckerhöhung und erhöhte Blutfettspiegel zu „Zivilisations-krankheiten“ wie Arteriosklerose, Herzinfarkt und Schlaganfall. Bewegung ist der natürliche Weg zum Abbau von Stressreaktionen und senkt Blutzucker, Blutdruck, Blutfette und andere Risikofaktoren.

Regelmäßige Bewegung birgt viele Vorteile:

- Lebensverlängerung
- Weniger Infektionen, Krebserkrankungen, Ängste und Depressionen
- Senkung von Blutdruck, Blutzucker, Blutfetten, Gewicht
- Senkung des Risikos für Herzinfarkt, Schlaganfall, Osteoporose, Krampfadern
- Mehr Lebensqualität, mehr körperliches Wohlfühl und Sexualität
- Mehr Beweglichkeit, Stresstoleranz, Aktivität und Leistungsfähigkeit

Auch wer spät mit regelmäßiger Bewegung / Sport beginnt, hat Vorteile - es gibt eigentlich niemanden, der nicht von maßvollem, aber regelmäßigem Training profitieren könnte: selbst nach Herzinfarkt oder bei Herzschwäche wirkt das besser als die meisten Medikamente oder Operationen.

(Was diese aber oft nicht überflüssig macht, sondern ergänzt.)

Spaß statt Leistungsstress: akzeptieren Sie Ihre Tagesform und achten Sie lieber auf Atmung und Puls als auf die Stoppuhr. Berücksichtigen Sie die verringerte Belastbarkeit bei grippalen Infekten und akuten Erkrankungen.

Sie verlängern Ihre Lebenserwartung etwa um die Zeit, in der Sie (mäßig) Sport treiben. Gestalten Sie diesen deswegen so, dass Sie Freude daran haben und sich dabei wohlfühlen. Dann werden Sie diese gewonnene Lebensqualität bald nicht mehr vermissen wollen.

Um möglichen Problemen vorzubeugen, sind bei Erkrankungen sportärztliche Vorsorgeuntersuchung, Schulung und Anleitung durch kompetente Übungsleiter und Trainer und dosierter Trainingsaufbau sinnvoll. (Eine Belastungsuntersuchung kann außerdem helfen, die günstigsten Trainingsbereiche herauszufinden)

Tipp: Mindestens 3x pro Woche, besser jeden Tag 30min so intensiv bewegen, dass Atmung und Pulsschlag sich beschleunigen und man etwas ins Schwitzen kommt. Achten Sie bitte auf richtige (luftige) Bekleidung, feste Schuhe und ausreichende Trinkmengen. Kombinieren Sie verschiedene Bewegungsarten, tanken Sie Fitness zusammen mit Freunden und Bekannten z.B. in der Gruppe oder im Verein.

Wie? Spaß geht vor Leistung

Zur Erhöhung der Lebensqualität und zur Vermeidung von Zivilisationskrankheiten müssen Sie kein Leistungssportler werden. Den Hauptnutzen haben Sie bereits bei häufiger mittlerer Bewegungsintensität.

Also fangen Sie ganz „natürlich“ an

- Treppen steigen statt Fahrstuhl fahren
- Zügiges Gehen oder Fahrrad statt Auto fahren
- Gymnastik statt Rückenschmerzen
- Sauna, Tanzen oder Wandern statt Fernsehen oder Grillparty

Wenn Sie etwas mehr tun wollen, empfehlen sich Ausdauer-Sportarten, z.B.

- Nordic-Walking, Gymnastik, Laufen, Schwimmen, Skilanglauf, Skating ...
-
-
-

Spiel-Sportarten haben den Vorteil, dass man gemeinsam Freude hat, sich gegenseitig motiviert und sich regelmäßig trifft:

- Volleyball, Basketball, Tischtennis, Tennis, Squash, Badminton, Fussball
-
- Für Übergewichtige und bei Problemen mit Gelenken empfiehlt sich besonders:
- Rad fahren, Schwimmen oder Nordic-Walking.
-



Welche Risiken? Kosten/Nutzen

Die positiven Effekte sind in der Regel deutlich größer als die Risiken; allerdings ist eine Gesundheitsprüfung (Checkup) vor dem Sport möglicherweise sinnvoll bei:

- Anfängern und Wiedereinsteigern über 35 Jahre
- Bei Vorerkrankungen oder Beschwerden
- Bei Risikofaktoren: Rauchen, Bluthochdruck, erhöhten Blutfettwerten, Diabetes, Bewegungsmangel, Übergewicht

Ein zusätzlicher „Sportcheck“ bei hohem Risiko / Leistungssport sollte umfassen:

- Befragung zu Vorerkrankungen und Medikamenten
- Befragung zu bisheriger Sporterfahrung
- Untersuchungen – insbesondere Herz, Lunge und Bewegungsapparat
- Belastungstests des Herzens (ggf. mit Lungentests)

Besprechung der individuellen Ziele; Sport- und Trainingsauswahl.

Welche Empfehlungen? Alternativen / Hilfen

- Kostenlose Informationsbroschüren Ihrer Krankenkasse
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ostmerheimer Str. 220, 59109 Köln; www.bzga.de ; Tel: 0221 8992-0
- Die Verbraucher Initiative e.V.; Elsenstr. 106; 12435 Berlin; www.verbraucher.org
- Hoffbauer, G. Sport bei Herzerkrankungen; Karl F. Haug Fachbuchverlag, 2002; ISBN: 3-8304-3051-5
- Klepzig, H. Der große TRIAS-Ratgeber Herzerkrankungen. TRIAS, Stuttgart,2002; ISBN 3-8304-3018-3
- Strunz, Th. Div. Bücher zu Fitness, Nordic-Walking, Laufen...
- <http://www.sportgesundheit.de>
- DGSP-Sektion Breiten-,Freizeit- und Alterssport; Institut für Sportmedizin Wilhelms-Universität Münster; Horstmarer Landweg 39, 48149 Münster ; Telefon: 0251/833-5391; <http://www.dgsp.de>

Sportvereine / Gruppen in der Nähe:

.....

.....

.....

.....

.....

Was tun? Wann geht`s los? Termine?

Nächste Besprechung in Woche(n)

Arztstempel und Unterschrift

Anhang 12.9. Patienten-Information Ernährung



Informationen für Patienten

(Herz) Gesunde Ernährung

Wer? Für alle, die sich (herz)gesund ernähren möchten

Warum



Die richtige Zusammensetzung und Menge der Nahrung kann Ihnen zu einem längeren und gesünderen Leben verhelfen. Die Entstehung und das Fortschreiten vieler Erkrankungen, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Übergewicht, Zuckerkrankheit oder Bluthochdruck, können durch eine richtige Ernährung verhindert oder kontrolliert werden. Die Grundlage hierzu stellt eine vollwertige Ernährung entsprechend der Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) dar. Es gibt heute keine strengen Diätformen mehr. Vielmehr existieren allgemeine Regeln für eine gesunde Ernährung, die entsprechend der Erkrankung leicht verändert werden.

Es ist nie zu spät mit einer Umstellung der Ernährung anzufangen!

Wie? Ausgewogene Ernährung

Der Ernährungskreis der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) stellt die ideale Zusammensetzung der Nahrung in Mengenverhältnissen dar. Die tägliche Nahrungsmittelauswahl sollte alle der 7 dargestellten Lebensmittelgruppen in dem angegebenen Mengenverhältnis berücksichtigen.

Weitere Informationen und Quellenangaben finden Sie in der Langfassung der DEGAM-Leitlinie „Kardiovaskuläre Prävention“ im Internet unter

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

Ballaststoffe: Ballaststoffe stellen einen wichtigen Ernährungsbestandteil dar und sind für eine regelmäßige Darmtätigkeit unentbehrlich. Ihre Aufnahme sollte bei mindestens 30g pro Tag liegen.

Hauptnährstoffe:

Kohlenhydrate, Eiweiße (Proteine) und Fette sind die Haupt-Energielieferanten in unserer Ernährung. Dabei sollten Kohlenhydrate den Hauptanteil der Gesamtenergieaufnahme ausmachen. Um Abbau von Muskelgewebe zu vermeiden, sollte die Zufuhr von Eiweißen ca. 0,8g bis 2,0 pro Kg Körpergewicht pro Tag betragen. (Also etwa 100g bei 70kg Gewicht).

Für eine herzgesunde Ernährung sind insbesondere zwei Nahrungsbestandteile von besonderer Bedeutung: Einerseits Fette sowie andererseits Obst und Gemüse.

Fette:

Erhöhte Blut-Fettwerte können zur Arterienverkalkung führen und damit das Risiko, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden, erhöhen. Heute ist bekannt, dass die Nahrungsfette einen größeren Einfluss auf den Cholesterinspiegel haben als die Cholesterinaufnahme selbst. Die Gesamtfetzzufuhr sollte 30% der Gesamtenergieaufnahme pro Tag nicht überschreiten. Entscheidend ist die Zusammensetzung der Fette in der Ernährung, die folgendermaßen aufgeteilt sein sollte:

Fettsäuren (FS)/ empfohlene Aufnahme	Wirkung	Vorkommen
Gesättigte FS maximal 10% der Energiezufuhr	<ul style="list-style-type: none">• erhöhen das LDL (böse)-Cholesterin• führen zur Arterienverkalkung	<ul style="list-style-type: none">• tierische Fette: Wurst, Fleisch, Butter, Milch• gehärtete Fette: Kokosfett, Backwaren, fettreiche Süßigkeiten
Ungesättigte FS Einfach: 10% Mehrfach: 7%	<ul style="list-style-type: none">• einfach und mehrfach ungesättigte FS führen bei Ersatz von gesättigten FS zur LDL-Cholesterin-Senkung	<ul style="list-style-type: none">• Pflanzenöle (z.B.: Raps-Walnuss- oder Olivenöl)
Omega 3-FS Omega 6-FS (Verhältnis 1:5)	<ul style="list-style-type: none">• mehrfach ungesättigte FS, die zusätzlich auch entzündungshemmend wirken	<ul style="list-style-type: none">• Lachs, Makrele, Hering
Trans-FS <1%	<ul style="list-style-type: none">• wirken wie gesättigte FS, senken darüber hinaus noch das HDL (gute) Cholesterin	<ul style="list-style-type: none">• Produkte, die gehärtete Fette enthalten: Brat- und Frittierfette, Kartoffelchips, Backwaren

© bei Autoren: Dr. med. Sabine Ludt
- Ärztin für Allgemeinmedizin und Mitglied der DEGAM AG Leitlinien

Version vom 08.12.2005



Informationen für Patienten

Gemüse und Obst:

Gemüse enthält reichlich Kalium und sekundäre Pflanzenstoffe, die entzündungshemmend wirken. Die Zufuhr von mindestens 400 g pro Tag wird insbesondere für Menschen mit Herz-Kreislauferkrankungen oder Bluthochdruck empfohlen. Ein ausreichender Obstkonsum von mindestens 250 g pro Tag trägt ebenfalls zur herzgesunden Ernährung bei.

Welche Risiken? Kosten/Nutzen

Eine gesunde Ernährung wirkt wie ein Medikament, jedoch ohne wesentliche Nebenwirkungen. Hingegen kann eine einseitige Fett- und Zucker-reiche und Ballaststoff-arme Ernährung die Entstehung klassischer Volkskrankheiten, wie Herz-Kreislauferkrankungen, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen und auch manche Krebserkrankungen begünstigen

So sollte ein optimaler Ernährungs-Tagesplan * aussehen:

Lebensmittel	Verzehrempfehlungen für Erwachsene
1 Getreide, Getreideprodukte und Kartoffeln	<ul style="list-style-type: none">• Brot 200–300 g (4–6 Scheiben) oder 150–250 g (3–5 Scheiben) und 50–60 g Getreideflocken• Kartoffeln 200–250 g (gegart) oder Nudeln 200–250 g (gegart) oder Reis 150–180 g (gegart)• Vollkornprodukte bevorzugen
2 Gemüse und Salat	<ul style="list-style-type: none">• Gemüse 400 g und mehr oder• Gemüse 300 g gegart + Rohkost/Salat 100 g oder• Gemüse 200 g gegart und Rohkost/Salat 200 g
3 Obst	<ul style="list-style-type: none">• frisches Obst 250 g und mehr
4 Milch und Milchprodukte	<ul style="list-style-type: none">• fettarme Milch und Milchprodukte 200–250 g und• fettarmer Käse 50–60 g (2 Scheiben)

Pro Woche	
5 Fleisch, Wurst, Fisch, Ei	<ul style="list-style-type: none"> • Fleisch und Wurst: 300–600 g insgesamt, fettarme Produkte bevorzugen • Fisch: Seefisch fettarm 80–150 g und Seefisch fettreich 70 g • Ei: bis zu 3 Stück (inkl. verarbeitetes Ei)
6 Fette, Öle	<ul style="list-style-type: none"> • Butter, Margarine 15–30 g • Öl (z. B. Raps-, Soja, Walnussöl) 10–15 g
7 Getränke	<ul style="list-style-type: none"> • insgesamt mindestens 1,5 Liter, bevorzugt energiearme Getränke

*Diese Angaben gelten für normalgewichtige Erwachsene mit leichter körperlicher Aktivität. Bei übergewichtigen Personen ist die Gesamtenergieaufnahme zu reduzieren.

Weitere Informationen und Quellenangaben finden Sie in der Langfassung der DEGAM-Leitlinie „Kardiovaskuläre Prävention“ im Internet unter

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

Welche Empfehlungen?

Allgemeine Regeln: 10 Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung

1. Vielseitig essen
2. Reichlich Getreideprodukte – und Kartoffeln
3. Gemüse und Obst – Nimm "5" am Tag
4. Täglich Milch und Milchprodukte, ein- bis zweimal in der Woche Fisch; Fleisch, Wurstwaren sowie Eier in Maßen
5. Wenig Fett und fettreiche Lebensmittel
6. Zucker und Salz in Maßen
7. Reichlich Flüssigkeit
8. Schmackhaft und schonend zubereiten
9. Nehmen Sie sich Zeit, genießen Sie Ihr Essen
10. Achten Sie auf Ihr Gewicht und bleiben Sie in Bewegung

Weitere Informationen

Diese Information soll Ihnen einen ersten Überblick über „Gesunde Ernährung“ geben. Für alle, die es genauer wissen wollen:

- Broschüre „Vollwertig essen und trinken“ nach den 10 Regeln der DGE. aid-Vertrieb DVG – Bestellnummer: 5-1016
- Broschüre „Herzgesund leben“ . aid-Vertrieb DVG. Bestellnummer: 5-1301
- **Fröleke Helmut** kleine Nährwerttabelle der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. Umschau Buchverlag
- **Klevers Kompass**. Kalorien und Fette
-

Viele ausführliche Informationen und praktische Tipps, sowie weitere Materialien zum Bestellen finden Sie auf den folgenden Internet-Seiten:

<http://www.dge.de>

<http://www.aid.de/>

Postanschrift: Birkenmaarstr. 8 5330 Meckenheim

Tel.: 02225 926-146 <http://www.ernaehrung.de>

© bei Autoren: Dr. med. Sabine Ludt

- Ärztin für Allgemeinmedizin und Mitglied der DEGAM AG Leitlinien

Arztstempel und
Unterschrift

Version vom 08.12.2005

Gerinnungshemmung (Phenprocoumon = Falithrom®, Marcoumar®, Marcumar®, Marcouphen® oder Phenpro-ratio®, Coumadin®)

Wer braucht Tabletten zur Hemmung der Blutgerinnung?

Menschen, die durch Thrombosen oder Embolien besonders bedroht sind:

- bei künstlicher Herzklappe und manchen Herzklappenfehlern
- nach Thrombose und Lungenembolie
- bei Durchblutungsstörungen (z.B. „Raucherbein“)
- bei Vorhofflimmern (unregelmäßiger Herzschlag)

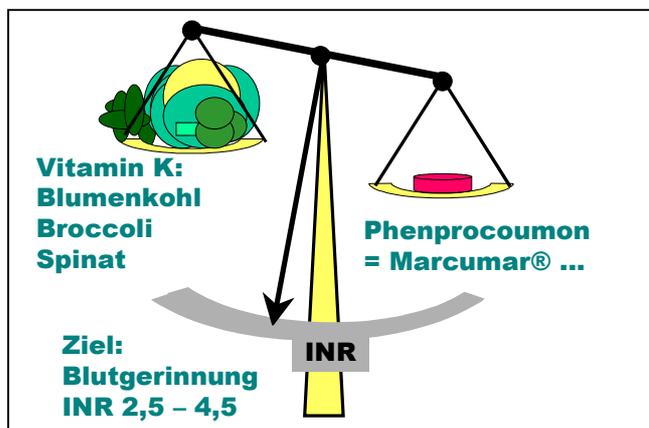
Warum? -> zur Vermeidung von Thrombosen, Embolien und

Schlaganfällen

Bei Vorhofflimmern und an künstlichen Herzklappen bilden sich leicht Blutgerinnsel, die aus dem Herzen herausgeschwemmt werden und die Durchblutung von wichtigen Organen behindern können (z.B. Schlaganfälle). Phenprocoumon kann dieses Risiko bei manchen Patienten noch besser als ASS (z.B. Aspirin®) senken - beinahe um 2/3. Je höher das Risiko für einen Schlaganfall, um so eher überwiegt der Nutzen das Blutungsrisiko.

Laut Statistik müssen zwischen 12 und 32 Patienten mit Vorhofflimmern ein Jahr lang Marcumar® o.ä. einnehmen, damit bei einem von ihnen ein Schlaganfall verhütet wird.

Wie wirkt Phenprocoumon / Marcumar® ?



Viele der für die Gerinnung erforderlichen Bestandteile des Blutes werden unter Mitwirkung von Vitamin K in der Leber gebildet. Phenprocoumon (z.B. in Marcumar®) ist Gegenspieler des natürlichen Vitamin K und hemmt deswegen die Blutgerinnung. Andererseits können hohe Mengen Vitamin K in der Nahrung oder in Vitamintabletten die Medikamentenwirkung abschwächen oder sogar aufheben

-
-
-
-
- Besonders viel Vitamin K ist enthalten in:
- grünem Gemüse wie Spinat, Erbsen und Bohnen
- Kohlsorten wie Brokkoli, Blumen~, Rosen~, Grün~ und Braunkohl
- Feldsalat und Spargel
- Leber

TIPP: Für stabile Gerinnungswerte entweder keine großen Mengen Vitamin K-reicher Lebensmittel essen, oder aber gleichmäßig hohe Mengen von Vitamin K durch eine höhere Dosierung von



Medikamenten ausgleichen. Meiden Sie größere Mengen Alkohol ist kein Problem.

– mäßiger Konsum

Wie dosieren? - Individuell und je nach Blutwert!

Über- oder Unterdosierungen müssen durch regelmäßige Blutkontrollen vermieden werden – dann wird die Dosis angepasst. Das verlässlichste Maß ist die INR; ein Wert von 2 bedeutet eine Verdoppelung der Zeit, bis das Blut gerinnt.

(Der sogenannte Quick-Wert sinkt dagegen, je stärker die Blutgerinnung gehemmt wird. Der INR-Wert ist genauer. Darum wird er inzwischen häufiger verwendet.)

Stärkere Schwankungen der INR sollten unbedingt vermieden werden, denn bei einer INR unter 1,8-1,9, droht z.B. bei Vorhofflimmern ein Schlaganfall durch Blutgerinnsel, die sich im unregelmäßig zusammenziehenden Herz-Vorhof bilden können. Dagegen steigt bei einer INR über 4,5 die Gefahr von Blutungen stark an.

Bei Vorhofflimmern wird meist eine INR von 2-3; bei künstlicher Herzklappe und Thrombosen meist sogar eine INR von 3-4,5 angestrebt. Die Dauerdosis individuell schwankt zwischen ½ bis 2 Tabletten pro Tag.

Die Häufigkeit der Kontrollen hängt von den Werten ab – anfangs muss häufiger gemessen werden – bei stabilen Werten reicht es alle 3-4 Wochen.

Welche Risiken? Verstärkte Blutungsneigung

Das Hauptproblem von Phenprocoumon liegt in der Wirkweise begründet. Bei Überdosis kann es zu Blutungen kommen; bei Verletzungen blutet es länger, Blutergüsse und Schwellungen werden entsprechend größer.

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

Bei Nasen- oder Zahnfleischbluten, blutigem Urin oder Stuhlgang sollte umgehend eine Kontrolle der INR erfolgen.

In einigen Fällen können bei gleichzeitiger Sonnenbestrahlung Hautveränderungen auftreten.

Wer sollte kein Phenprocoumon erhalten?

- Wer mehrfach blutende Magengeschwüre hatte,
- wer bereits an einer Störung der Blutgerinnung leidet,
- wer dauerhaft einen Blutdruck über 160 mm Hg und
- wer ein Alkohol-Problem hat.
- Wenn regelmäßige Laborkontrollen oder Medikamenteneinnahme nicht gewährleistet sind.
-

Wer Schmerzmittel einnimmt, die den Magen belasten können, sollte zusätzlich ein Mittel einnehmen, das den Magen schützt.

Welche Empfehlungen? Alternativen / Hilfen

- Lassen Sie sich keine Spritzen in einen Muskel oder in ein Gelenk geben – das Risiko von Blutungen ist meist nicht gerechtfertigt. Impfungen können auch unter die Haut gespritzt werden.
- Sagen Sie Ihrem Zahnarzt oder einem Operateur rechtzeitig Bescheid, dass Sie Marcumar® einnehmen. Ein Zahn kann notfalls auch unter Einnahme von Phenprocoumon gezogen werden – besser ist aber die kurzzeitige kontrollierte Reduzierung der Tablettendosis unter ärztlicher Anleitung und Kontrolle.
- Tragen Sie immer eine Notfall-Karte in der Brieftasche bei sich – Sanitäter oder Notärzte wissen im Notfall dann schnell Bescheid.
- Melden Sie sich umgehend bei Ihrem Hausarzt, wenn es zu stärkeren Blutungen kommt; wenn Sie unter plötzlichen massiven Nackenschmerzen oder unter Sehstörungen leiden
- Halten Sie den Termin für die nächste INR-Kontrolle streng ein.
- Nehmen Sie die Marcumar®-Tabletten immer zur selben Tageszeit – möglichst am späten Nachmittag- ein. Wenn nach der INR-Kontrolle die Dosis verändert werden soll, kann man so noch am selben Tag reagieren.
- Informieren Sie sich, wenn Sie eine künstliche Herzklappe haben, über die Möglichkeit zur INR - Selbstmessung.
- Bei vielen Medikamente kann die Phenprocoumon-Wirkung abgeschwächt oder verstärkt werden. Weisen Sie jeden Arzt, der Ihnen ein Medikament verschreiben will, darauf hin, dass Sie gerinnungshemmende Mittel einnehmen.
- Sagen Sie dies auch dem Apotheker, wenn Sie ein rezeptfreies Arzneimittel kaufen wollen – auch pflanzliche Medikamente wie z.B. Johanniskraut können die Marcumar®-Wirkung erheblich stören.
- Nehmen Sie keine Stärkungs-, Aufbau- oder Vitaminpräparate ein. In Deutschland gibt es praktisch keinen Vitaminmangel. Die entsprechenden Präparate können ebenfalls die Phenprocoumon-Wirkung beeinträchtigen.

Was tun?

<p>Grund für Ihre Behandlung:</p>	<p>Ihre Ziel-INR:</p>
<p>Die Informationen zur Behandlung mit gerinnungshemmenden Medikamenten habe ich verstanden.</p> <p>Unterschrift Patient</p>	<p>Praxisstempel</p>

Leben mit Diabetes

Wer? Eine DEGAM-Information für Menschen mit Zuckerkrankheit (Diabetes Typ II)

Warum?



Eine Zuckerkrankheit erhöht das Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall auf etwa das Doppelte – bei Frauen etwas stärker. Natürlich ist Diabetes nicht gleich Diabetes – Patienten, bei denen seit 2 Jahren eine geringe Erhöhung des Blutzuckers festgestellt wurde, haben ein viel geringeres Risiko als solche mit 20-jähriger Zuckerkrankheit und stark erhöhten Blutzucker-Werten. Und für die jungen schlanken so genannten Typ-I-Diabetiker, deren Bauchspeicheldrüse kein Insulin mehr herstellt, gelten andere Maßstäbe als für die viel größere Zahl meist übergewichtiger Typ-II-Diabetiker, an die wir uns hier wenden.

Das Medikament **Metformin** kann bei übergewichtigen Diabetikern das Risiko für einen Herzinfarkt um ein gutes Drittel senken und verursacht keine Unterzuckerungen (siehe gesonderte Information). Wir verordnen Metformin allen übergewichtigen Diabetikern, die ihren Zucker nicht durch Gewichtsabnahme und Bewegung allein normalisieren können und die es vertragen. Für alle anderen Zucker senkenden Medikamente inklusive Insulin hat die große englische UKPD-Studie (eine Untersuchung an 4000 Diabetikern) gezeigt, dass eine intensive Blutzucker-Senkung nichts Wesentliches am Herz-Kreislauf-Risiko ändert. Mit diesen Medikamenten kann man die Häufigkeit von Laser-Operationen an der Augen-Netzhaut senken – davon soll hier nicht weiter die Rede sein.

Wie? Besonders bei älteren Zuckerkranken ist Hauptziel einer Blutzucker-Senkung, Diabetes-Beschwerden wie **Durst, Abgeschlagenheit und vermehrte Anfälligkeit gegen Infekte** abzumildern.

© bei Autoren: Dr. med.

- Ärzte für Allgemeinmedizin und Mitglieder der DEGAM AG Leitlinien

Version vom 23.10.2005

Den Erfolg einer Blutzucker-Senkung kann man am besten mit dem Langzeit-Zucker-Wert HbA1c messen.

Das HbA1c gibt an, wie hoch der Blutzucker in den letzten 8-12 Wochen lag.

Allgemeine **HbA1c-Ziele** für alle Diabetiker sind nicht sinnvoll. Vielmehr sollten die Zielsetzungen **individuell** zwischen Arzt und Patient ausgehandelt werden. Ein 40-jähriger Typ-II-Diabetiker würde eher von einer „schärferen“ HbA1c-Senkung profitieren als eine Frau, die mit 75 Jahren zur Diabetikerin geworden ist.

Ein Mensch, der sehr unregelmäßig isst, hat vielleicht ein größeres Risiko für Unterzuckerungen. Und bei sehr alten Menschen ist man meist davon überzeugt, dass sie durch eine Normalisierung der Blutzucker-Werte eher Schaden erleiden, als dass sie davon profitieren.

Weil Diabetiker ein **erhöhtes Risiko für Herzkrankheiten** haben, werden Sie sich nach einer ARRIBA-Beratung über Ihr individuelles Risiko vielleicht auch eher für eine Behandlung mit Aspirin und einen Cholesterin-Senker entscheiden, als dies ein Mensch ohne Diabetes tun würde. In diese Risiko-Berechnung gehen Ihre letzten HbA1c-Werte auch mit ein.

Bei vielen Diabetikern ist als zusätzliches Risiko auch der **Blutdruck** erhöht. Werte dauerhaft über 140/90 bezeichnet man als Bluthochdruck.

Die UKPD-Studie hat auch gezeigt, dass eine Senkung des Blutdrucks unter 140/90 besser vor Herzinfarkt und Schlaganfall schützt als die Senkung des Blutzuckers. Für eine medikamentöse Blutdruck-Senkung wird man sich bei sehr stark erhöhten Blutdruckwerten oder bei Vorliegen weiterer Risikofaktoren entscheiden.

Wirksamer als jedes Medikament ist aber der Effekt von regelmäßiger körperlicher **Bewegung**. Ausdauersport wie Joggen, Walken, Radfahren und Schwimmen senkt Blutzucker und Blutdruck so stark wie ein Medikament. Darüber hinaus wird das Risiko von Herzinfarkt und Schlaganfall noch stärker gesenkt, als dies Medikamente können. Man sollte bei der Bewegung ins Schwitzen kommen, und der Herzschlag muss beschleunigt sein, damit es etwas bringt. (siehe gesonderte DEGAM-Information zur Bewegung)

Bei **Diabetes-Diät** denken viele Menschen an die Diät-Abteilung im Supermarkt. Kaufen Sie dort nicht – es ist nur unnötig teuer. Letztlich heißt Diabetes-Diät nichts anderes als gesundes Essen (s. Patienten-Information zur gesunden Ernährung).

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

Wenn ein Mitglied einer Familie Typ-II-Diabetiker ist, braucht man ihm keine andere Ernährung zu empfehlen als den anderen Familien-Mitgliedern, die auch gesund bleiben wollen.

Meistens sind Diabetiker auch übergewichtig. In diesem Fall bedeutet Diät vor allem: fettes Essen vermeiden und abnehmen. Das meist noch genügend im Körper vorhandene Insulin wirkt dann besser, und der Zuckerspiegel sinkt.

Ihr Bewegungsprogramm wird Ihnen zusätzlich beim Abnehmen helfen.

Zuckerstoffe (Kohlenhydrate), die nur langsam vom Körper aufgenommen werden (faserreiche Gemüse, Milch oder Vollkorn-Produkte) führen weniger zu schädlichen Zucker-Anstiegen im Blut als Weißbrot, Süßigkeiten oder Obstsaft.

Welche Risiken?

Eine zu ehrgeizige Zucker-Senkung kann mit erheblichen Nebenwirkungen (Unterzuckerung, Gewichtszunahme) verbunden sein. Darum müssen die Ziele einer Blutzucker-Senkung und die möglichen Risiken bei jedem einzelnen Patienten gut gegeneinander abgewogen werden.

Für Diabetiker gilt besonders: vor Beginn eines Trainings-Programms mit dem Hausarzt besprechen, wie intensiv das Training sein darf – damit beim Trainieren nichts passiert.

Welche Empfehlungen?

Im Rahmen des Vorsorge-Programms (Disease Management Programm = DMP) Diabetes finanzieren die Krankenkassen **Schulungen für Diabetiker**.

Die Arzthelferinnen dieser Praxis / der Praxis sind darin ausgebildet, Patienten über alle Fragen der Zuckerkrankheit zu unterrichten.

- Sie lernen dort, welche Komplikationen ein Diabetes haben kann,
- wie man selbst den Zucker durch Urin-Proben kontrollieren kann,
- wie die Ernährung bei Diabetes aussehen sollte,

und bei Patienten, die Insulin benötigen

- wie man Insulin spritzt und wie man den Blutzucker bestimmt, wenn Insulin notwendig ist.

Die Krankenkassen bieten auch persönliche Ernährungsberatungen und Bewegungs-Programme an, oder sie unterstützen diese.

Was tun? Persönliche Ziele:

Ich möchte mich mehr bewegen, indem ich

Ich möchte in Wochen/Monaten

Kg abnehmen.

Zielwert HbA1c: % bis zum

Zielwert für den Blutdruck: / mm Hg.

Datum:

Unterschrift Patien(in)

Arztstempel und Unterschrift

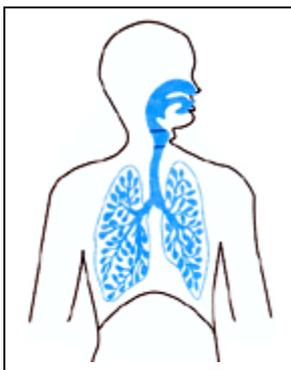


Informationen für Patienten

Raucherentwöhnung

Wer? Raucher die aufhören möchten.

Warum aufhören?



Auf jeder Zigarettenpackung steht, dass Rauchen gesundheitsschädlich ist und obwohl scheinbar jeder Bescheid weiß, raucht ca. ein Drittel der Bevölkerung. Etwa die Hälfte würde gerne mit dem Rauchen aufhören.

Jährlich sterben in Deutschland ca. 140.000 Menschen an den Folgen des Tabakkonsums.

Raucher haben eine um ca. 7-10 Jahre verkürzt Lebenserwartung.

Rauchen ist die wichtigste durch Verhaltensänderung vermeidbare Ursache von Krankheiten weltweit.

Tabakrauch ist ein Reizgas und enthält neben Nikotin eine Vielzahl giftiger und krebserregender Schadstoffe, die für die Schäden verantwortlich sind. Hier eine Auswahl von Erkrankungen die durch Rauchen mitbedingt sind. Das zugeschriebene Risiko gibt den Anteil der Erkrankten an, deren Erkrankung hauptsächlich auf Rauchen zurückgeführt wird. Rauchen tötet meist nicht schlagartig sondern meistens langwierig und leidvoll.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Koronare Herzkrankheit (zugeschriebenes Risiko 30-50 %)
- Schlaganfall (zugeschriebenes Risiko 30 %)
- Arterielle Verschlusskrankheit der unteren Extremität („Raucherbein“) (zugeschriebenes Risiko 80%)

Krebserkrankungen

- Lungenkrebs (attribuiertes Risiko 90%)
- Mundhöhlen- und Kehlkopfkrebs (zugeschriebenes Risiko 40-60 %)
- Speiseröhrenkrebs (zugeschriebenes Risiko 45 %)
- Blasenkrebs (zugeschriebenes Risiko 37 %)
- Bauchspeicheldrüsenkrebs, Leukämie etc.

Lungenerkrankungen

- Chronische Bronchitis / Emphysem (zugeschriebenes Risiko 70%)
- Infekte der oberen Atemwege / Lungenentzündung

Andere Erkrankungen

- Osteoporose
- Verminderte Zahngesundheit
- Augenerkrankungen (Katarakt, makuläre Degeneration)
- Verminderte Fruchtbarkeit

Tabakrauch gefährdet Kinder und Andere die den Rauch unfreiwillig einatmen.

Weitere Informationen und Quellenangaben finden Sie in der Langfassung der DEGAM-Leitlinie „Kardiovaskuläre Prävention“ im Internet unter

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

Welche Risiken?

Entscheidungsbalance



Tragen Sie ein

Gründe gegen ein Weiterräumen	Gründe für ein Weiterräumen

Nachteile des Nichtrauchens

Zu den unerwünschten Nebenwirkungen der Abstinenz gehören eine vorübergehende Entzugssymptomatik und eine Gewichtszunahme. Letztere wirkt sich meist nicht sehr drastisch aus und ist in der Regel nur vorübergehend. Die Vorteile der Nikotinabstinenz überwiegen klar.

Vorteile des Nichtrauchens

- Nach 48 Stunden Geruchs- und Geschmackssinn verfeinern sich wieder
- Nach 1 Monat Hustenanfälle lassen nach, Infektionsgefahr verringert sich
- Nach 1 Jahr. Das Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen sinkt um die Hälfte
- Nach 5 Jahren: Das Risiko an Lungenkrebs zu sterben sinkt um die Hälfte
- Nach 10 Jahren: Das Lungenkrebsrisiko entspricht dem eines Nichtrauchers
- Nach 15 Jahren: Das Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen entspricht dem eines Nichtrauchers

Warum ist es so schwer aufzuhören?

Rauchen ist die effektivste Form hohe Dosen Nikotin in das Gehirn zu bringen. Dort führt Nikotin zur Entspannung und beeinflusst die Stimmung. Schnell entsteht eine **körperliche Abhängigkeit** und der anfänglich unangenehme Geruch wird mit positiven Empfindungen in Verbindung gebracht. Die Nikotinabhängigkeit kann unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Abstinenz führt dann zu einem starken Rauchwunsch und evt. Entzugerscheinungen. Daher ist das sog. Genussrauchen für die meisten nicht möglich.

Zusätzlich hat Rauchen oft auch eine soziale Funktion, z.B. zur Entspannung und es entwickelt eine **psychische**

Abhängigkeit.

In welchen Situationen rauchen Sie?

© bei Autoren: Dr. med. Jean-François Chenot, MPH
- Ärzte für Allgemeinmedizin und Mitglieder der DEGAM AG Beratungshilfen Version vom 10.10.2006



Informationen für Patienten

Endlich Rauchfrei!

Informieren Sie Freunde und Familie, dass Sie mit dem Rauchen aufhören möchte, bitten Sie sie um Unterstützung.

Schlusspunktmethode

Langsam runterrauchen funktioniert leider nicht. Es gibt auch keinen unschädlichen Tabakkonsum. Die Schlusspunktmethode, d.h. man setzt sich einen festen Termin an dem man aufhört, ist am erfolgreichsten. Zur Unterstützung ist es sinnvoll alle Rauchtensilien (Aschenbecher etc.) wegzuschmeißen. 70 % aller Ex-Raucher haben es so geschafft!

Nikotinersatztherapie

Alle Formen der Nikotinersatztherapie (NET) sind effektiv zur Unterstützung der Rauchentwöhnung und erhöhen die Abstinenzrate 1,5 –2 fach. Sie reduziert das Verlangen zu Rauchen und Entzugssymptome. Nikotinersatzpräparate sind rezeptfrei in der Apotheke zu kaufen. Wenn Sie weniger als eine Packung am Tag rauchen, werden Sie meist kein NET brauchen. Zur Dosisfindung berät Sie Ihr Arzt oder Apotheker.

Nichtraucherurse und Selbsthilfegruppen

Nichtraucherkurse oder Selbsthilfegruppen können die Erfolgsrate oft verbessern. Sie arbeiten meistens mit Verhaltenstherapeutischen Anteilen und gegenseitiger Unterstützung der Gruppenmitglieder.

Methoden deren Wirksamkeit nicht belegt sind

Die Wirksamkeit der Hypnosetherapie, Akupunktur konnte in Studien nicht belegt werden.

Nichtrauchervitamine?

Es gibt Hinweise, dass Vitaminpräparate die Krebsentstehung an einigen bei Rauchern Organen fördern können.

Nicht ganz geschafft!

Schon mal versucht und nicht geschafft. Kein Beinbruch; viele benötigen mehr als einen Anlauf. Überlegen Sie, was kann ich tun, dass es beim nächsten Mal besser klappt. Wenn es zu einem Rückfall kommt, ist nicht das ganze Projekt gescheitert! Sie haben nach wie vor gute Chancen wieder Nicht-Raucher zu werden.

Weitere Informationen und Quellenangaben finden Sie in der Langfassung der DEGAM-Leitlinie „Kardiovaskuläre Prävention“ im Internet unter

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

Was tue ich?

Ich bin noch nicht so weit und benötige noch Bedenkzeit

Ich möchte mit dem rauchen aufhören

und rauche am _____ meine letzte Zigarette.

Mich unterstützt _____

Ich möchte Beratung zur Nikotinersatztherapie

Ich belohne ich mich mit _____

Ich schließe mich einer Nichtrauchergruppe / -kurs an

Weitere Informationen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) www.rauchfrei-kampagne.de

Bietet kostenlos ein Ausstiegs-Kit und Informationsmaterial zum Thema Nichtrauchen, z.B. für werdende Mütter oder zum Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz

Bezugsadresse: BzGA, Ostmerheimer Str.220, D-51109 Köln

Das BZgA-Info-Telefon: 0221-31 31 31: Mo – Do: 10 – 22 h, Fr – So: 10 – 18 h (12 Cents /Minute)

Lokale Hilfsangebote

METFORMIN

Wer? Patienten, die Zuckertabletten einnehmen.

Warum? Liebe Patientin, lieber Patient,



wir haben Ihnen zur Senkung des Blutzuckers das Medikament Metformin verordnet.

In einer großen englischen Untersuchung an mehreren Tausend Diabetikern hat man herausbekommen, dass unter Metformin viele Diabetes-Komplikationen und auch Herzinfarkte seltener auftreten.

Metformin wird vor allem bei übergewichtigen Diabetikern eingesetzt.

Beim Alters- oder Typ-2-Diabetes ist eigentlich genug Insulin im Körper vorhanden, allerdings ist die Wirkung durch die Verfettung der Körperzellen stark eingeschränkt. Metformin ist in der Lage, die Wirkung des im Körper vorhandenen Insulins wieder zu verbessern - dann sinkt der Blutzuckerspiegel wieder auf ein normales Maß.

Ein wichtiger Vorteil des Metformin ist, dass es darunter keine Unterzuckerungen gibt – jedenfalls, wenn man es nicht mit anderen den Blutzucker senkenden Mitteln kombiniert.

Wie? Metformin gibt es in Tabletten á 500, 850 und 1000 mg. Die tägliche Höchstmenge beträgt 2550 mg. Eine Metformin-Behandlung sollte mit Änderungen des Lebensstils (Bewegung, Gewichtsabnahme... verbunden werden).

© bei Autoren: Dr. med.

- Ärzte für Allgemeinmedizin und Mitglieder der DEGAM AG Leitlinien

Version vom 23.10.2005

Welche Risiken?

Relative harmlose, oft aber lästige und nicht ganz seltene

Nebenwirkungen sind Übelkeit, Erbrechen, Bauchbeschwerden und metallischer Geschmack auf der Zunge.

Wenn man die Behandlung mit einer niedrigen Dosis beginnt und die Tabletten zu den Mahlzeiten einnimmt, kann man die Häufigkeit dieser Nebenwirkungen vermindern.

Gefährlich kann eine Übersäuerung des Blutes werden. Sie tritt vor allem bei schweren Begleitkrankheiten auf.

Bei gleichzeitiger Insulinbehandlung können **Unterzuckerungen** auftreten.

Bei folgenden Krankheiten sollte **Metformin nicht** genommen werden:

- schwere Herzschwäche
- Alkoholkrankheit
- Chronische Nierenschwäche
- Durchblutungsstörungen der Beine ("Raucherbein")
- Schwere chronische Asthma-Bronchitis
- Tumorleiden.

Bei Alkohol, Rheumamedikamenten und manchen Herzmedikamenten (wie Captopril) können sich negative Effekte verstärken.

Gefährlich kann die Einnahme von Metformin in folgenden Situationen werden:

- bei Blasen- und Nierenentzündungen,
- bei höherem Fieber,
- durch Gabe von Röntgen-Kontrastmitteln (z.B. Nieren-Röntgen oder Herzkatheter-Untersuchung)
- im Zusammenhang mit größeren Operationen,

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

Welche Empfehlungen?

Scheuen Sie sich bitte nicht, in solchen Situationen unverzüglich den Kontakt zu uns aufzunehmen bzw. melden Sie sich beim ärztlichen Notfalldienst Tel. 19292.

Eine Übersäuerung des Blutes äußert sich durch ein starkes Krankheitsgefühl mit Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen, Muskelschmerzen und schneller Atmung und kann bis zur Bewusstlosigkeit führen.

2 Tage vor geplanten größeren Operationen und vor Gabe von Röntgen-Kontrastmittel muss Metformin abgesetzt werden.

Beachtet man alle diese Maßregeln, wird die Einnahme von Metformin zu einer sicheren und wirksamen Behandlung.

Arztstempel und
Unterschrift

Anhang 12.14: die bei der Testung verwendete Version des DISCERN-Fragebogens:

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Patienteninformation

1. Sind die Ziele der Information klar?

<input type="text"/>	nein	eher nein	teilweise	eher ja	ja
----------------------	------	-----------	-----------	---------	----

2. Sind die Informationen für Sie bedeutsam?

<input type="text"/>	nein	eher nein	teilweise	eher ja	ja
----------------------	------	-----------	-----------	---------	----

3. Ist die Information ausgewogen und unbeeinflusst geschrieben?

<input type="text"/>	nein	eher nein	teilweise	eher ja	ja
----------------------	------	-----------	-----------	---------	----

4. Gibt es genaue Angaben, wo man sonst Hilfen oder Informationen bekommen kann?

<input type="text"/>	nein	eher nein	teilweise	eher ja	ja
----------------------	------	-----------	-----------	---------	----

5. In manchen Bereichen der Medizin weiß man noch nicht genau Bescheid. Hilft die Information hier weiter?

<input type="text"/>	nein	eher nein	teilweise	eher ja	ja
----------------------	------	-----------	-----------	---------	----

6. Wird die Wirkung aller Ihnen bekannter Behandlungen beschrieben?

<input type="text"/>	nein	eher nein	teilweise	eher ja	ja
----------------------	------	-----------	-----------	---------	----

7. Wird der Nutzen der Behandlungen beschrieben?

<input type="text"/>	nein	eher nein	teilweise	eher ja	ja
----------------------	------	-----------	-----------	---------	----

8. Werden die Risiken aller Behandlungen beschrieben?

<input type="text"/>	nein	eher nein	teilweise	eher ja	ja
----------------------	------	-----------	-----------	---------	----

9. Wird beschrieben, was passiert, wenn man sich gegen eine Behandlung entscheidet?

<input type="text"/>	nein	eher nein	teilweise	eher ja	ja
----------------------	------	-----------	-----------	---------	----

10. Wird beschrieben, wie die Behandlungen Ihre Lebensqualität beeinflussen können?

<input type="text"/>	nein	eher nein	teilweise	eher ja	ja
----------------------	------	-----------	-----------	---------	----

11. Ist klar dargestellt, dass es mehr als ein mögliches Behandlungsverfahren geben kann?

<input type="text"/>	nein	eher nein	teilweise	eher ja	ja
----------------------	------	-----------	-----------	---------	----

12. Ist die Information eine Hilfe für eine "partnerschaftliche Entscheidungsfindung" von Arzt und Patient?

<input type="text"/>	nein	eher nein	teilweise	eher ja	ja
----------------------	------	-----------	-----------	---------	----

13. Bewerten Sie abschließend die Information hinsichtlich ihrer Gesamtqualität

<input type="text"/>	niedrig Beträchtliche Mängel	eher niedrig	mittel Eventuell wichtige, aber nicht beträchtliche Mängel	eher hoch	hoch Minimale Mängel
----------------------	--	---------------------	--	------------------	--------------------------------

14. Bewerten Sie die grafische Gestaltung der Information

<input type="text"/>	Gefällt mir gar nicht	Gefällt mir eher nicht	Gefällt mir mäßig	Gefällt mir gut	Gefällt mir sehr gut
----------------------	-----------------------	------------------------	-------------------	-----------------	----------------------

=> Auf der Rückseite können Sie im Klartext angeben, was Ihnen besonders gut gefallen hat, was Sie an Verbesserungen wünschen, und ggf. welche Vorschläge Sie machen können ...

Modifizierter Fragebogen nach DISCERN

©1997 The British Library und the University of Oxford (für die Original-Version)

© 2000 [Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung](#) der Medizinische Hochschule Hannover und [Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung](#) (für die deutsche Version)

Anhang 12.15: Anschreiben an die bayrischen Hausärzte zur Testung der Patienten-Informationen

Günther Egidi
Arzt für Allgemeinmedizin
Huchtinger Heerstraße 41
28259 Bremen
Tel.: 0421 5797675
Fax: 0421 5797689
e-mail: familie-egidi@nord-com.net

Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und
Familien-Medizin
Sektion Qualitätsförderung –
Arbeitskreis Leitlinien



Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

Anwendungs-Beobachtung Patienten-Ratgeber im Themen-Komplex Kardiovaskuläre Prävention

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Mein Freund und Kollege Wolfgang Blank hat sich freundlicherweise bereit gefunden, die DEGAM-Arbeitsgruppe, die daran sitzt, eine evidenzbasierte Leitlinie zur kardiovaskulären Prävention zu erstellen, zu unterstützen.

Er hat Sie angesprochen und auch dafür gewinnen können, die von uns erstellten Patienten-Informationen einer kritischen Beurteilung durch Sie selbst sowie durch Ihre Patienten zu unterziehen.

Für diese Ihre Bereitschaft möchte ich mich schon einmal vorneweg ganz herzlich danken.

Warum muss eine solche Anwendungs-Beobachtung überhaupt sein?

- Weil wir Ärzte, zumal die wissenschaftlich tätigen in besonderem Maße, oft ein für die Patienten nicht verständliches Chinesisch sprechen und es oft nicht einmal selbst bemerken.
- Weil unseren Patienten häufig ganz andere Dinge wichtig sind als uns selbst, sie aber auch Informationen zu Ihren Problemen benötigen.
- Weil die meisten Patienten-Informationen interessengeleitet (Industrie) vor allem für eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme werben, ohne den Patienten wirklich Alternativen aufzuzeigen
- Weil viele Patienten mit Darstellung von Prozentwerten und ähnlichem überhaupt nicht umgehen können und auf eine Darstellung mit natürlichen Zahlen angewiesen sind
- Weil nicht wenige Patienten kaum lesen können und mit den häufig von uns produzierten Bleiwüsten nichts anfangen können

Warum machen die Leitlinien-Autoren diese Befragung nicht selbst?

Das haben wir in einem ersten Durchgang in unseren eigenen Praxen tatsächlich getan.

Aber als diejenigen, die bereits viel Arbeit in die Erstellung der Informationen gesteckt haben, sind wir hoffnungslos befangen. Es ist einfach nicht auszuschließen, dass wir unsere Patienten dahin gehend beeinflussen, uns zu liebe die Info-Zettel zu loben.

Außerdem sind die Materialien ja für eine weite Verbreitung gedacht. Da muss vorher geklärt sein, ob sie auch durch uns unbekannte Kollegen gerne angewendet werden können.

Warum ist es wichtig, ausnahmslos alle in Frage kommenden Patienten anzusprechen?

Wie bei allen klinischen Studien besteht auch bei der Untersuchung des Wertes von Patienten-Informationen die Gefahr eines so genannten „selection bias“:

Es werden nur solche Patienten in die Untersuchung eingeschlossen, die zum erwünschten Untersuchungsergebnis passen würden.

Wenn wir Leitlinien-Autoren nur in unserem Freundeskreis herumfragen oder nur besonders nette und engagierte Patienten ansprechen würden, wäre ein zu schön gezeichnetes Ergebnis hoch wahrscheinlich.



Wir möchten Sie daher darum bitten,

- **alle** Patienten beispielsweise mit einer Hypertonie oder einer ASS-Verordnung ... nacheinander mit der jeweiligen Patienten-Info auszustatten
- alle Patienten, denen Sie die Information gegeben haben, mit Computer-Codenummer notieren, damit Sie Ihre Helferinnen noch einmal nachhaken lassen können, wenn die Patienten die Information lieber mit nach Hause nehmen und erst später in die Praxis bringen wollen (Ausfüllen gleich in der Praxis wäre natürlich zu bevorzugen)
- aufzuschreiben, wie vielen Patienten Sie bewusst die Information **nicht** gegeben haben und warum.

Die **Ausschluss-Kriterien** sollten so eng wie möglich gehalten werden, um eine möglichst repräsentative Aussage zu bekommen.

Es könnte sich dabei beispielsweise um Patienten handeln, die

- überhaupt kein Deutsch sprechen
- nicht lesen können
- einfach trotz guten Zuredens nicht wollen

Ausschluss-Kriterien sollten **nicht** sein Antipathie, volles Wartezimmer, die Annahme, dass die Patienten sich negativ äußern und die Tatsache, dass die Patienten schon ein anderes DEGAM-Info erhalten und beurteilt haben etc.

Sowohl bereits geschulte wie nicht geschulte, sowohl medikamentös Behandelte wie nicht medikamentöse Behandelte sollen die Informationen bekommen.

Wir sind uns darüber bewusst, dass wir Ihnen damit sehr viel zumuten.

Auf der anderen Seite handelt es sich jeweils nur um 10 Patienten, die pro Info rekrutiert werden sollen. Sie tragen auf diese Weise mit zur Entwicklung guter Patienten-Informationen bei, die Sie dann auch weiterhin nutzen können.

Und ich verspreche Ihnen schon jetzt: ich werde Sie engmaschig über die Gesamt-Ergebnisse der Befragung auf dem Laufenden halten – Sie werden die ersten sein, die über die Resultate unterrichtet werden.

Zum konkreten Ablauf

Infos doppelt mitgeben

Unsere eigene Erfahrung mit der Befragung unserer Patienten hat uns gelehrt, dass es sinnvoll ist, den Patienten die Infos doppelt mitzugeben – ein Exemplar zum Behalten und eines zum Kommentieren.

Der mitgegebene DISCERN-Bewertungs-Bogen lässt ja nur allgemeine Urteile zu. Wenn aber jemandem eine bestimmte Aussage oder eine Grafik gar nicht oder gerade besonders gut gefällt, kann er oder sie das ganz konkret vermerken.

Wohin mit den Bögen?

Am einfachsten legen Sie die ausgefüllten DISCERN-Fragebögen sowie die zurück laufenden kommentierten Patienten-Ratgeber einfach auf's Fax und schicken Sie sie an meine o.a. Fax-Nummer. Bitte faxen Sie zusätzlich nach Erreichen der 10 Patienten eines Themengebietes den anhängenden Laufzettel, auf dem Sie vermerken, wie vielen Patienten Sie die Informationen gegeben, wie viele Sie zurückbekommen und welchen Patienten Sie aus welchen Gründen die Information nicht ausgeteilt haben.

Die Themen und die Reihenfolge

Zu folgenden Unterthemen des Komplexes „Kardiovaskuläre Prävention“ haben wir bislang Patienten-Ratgeber erstellt:

- Antikoagulation
- ASS
- Bewegung
- Bluthochdruck
- Diabetes
- Ernährung
- Metformin
- Rauchen

Informationen zu den Themen Statine und Betrachtung des kardiovaskulären Gesamt-Risikos stehen noch aus.

In welcher Reihenfolge Sie die Infos austeilten, bleibt natürlich völlig Ihnen selbst überlassen – machen Sie es nach Ihrem eigenen Gefühl.

Nur: Sie sollten immer **nur eine Info zur Zeit** bearbeiten, bis Sie 10 Infos ausgeteilt und wieder zurückbekommen haben.

Und Ihre Meinung?

Die interessiert uns natürlich brennend!

Bitte benutzen auch Sie selbst den DISCERN-Fragebogen zu jeder Info einzeln und kennzeichnen ihn als Arzt-Bogen.

Sie sind auch gerne aufgefordert, in die Infos hineinzumalen und uns Ihre Kritik, Veränderungs- oder Erweiterungs-Vorschläge zukommen zu lassen. Kennzeichnen Sie bitte auch diese Infos als Arzt-Infos.

Welches Format?

Wir waren uns in der Leitlinien-Arbeitsgruppe unsicher, welches Format für die Patienten-Informationen brauchbarer ist – **DIN-A-4** – leichter herzustellen – **oder DIN-A-5** – handlicher, für des Lesens Ungeübtere weniger einschüchternd, aber durch die notwendige Faltung aufwändiger herzustellen.

Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie die Informationen in beiden Versionen ausdrucken und den Patienten beide Versionen mitgeben würden.

Diese Befragung machen wir erst ganz am Schluss!

Ich möchte mich noch einmal ganz herzlich bei Ihnen für Ihre Bereitschaft bedanken, sich der Störung des Praxis-Ablaufes, die die Testung der Informations-Blätter auf jeden Fall bedeutet, zu unterziehen.

Mit freundlichen Grüßen Günther Egidi

Anhang 12.16: die einzelnen Ergebnisse der Testung

	Summe	Klarheit					Bedeutsamkeit					Ausgewogenheit														
	Gesamt	5	4	3	2	1	0	MW	Med	5	4	3	2	1	0	MW	Med	5	4	3	2	1	0	MW	Med	
RR	101	0	1	12	23	65	0	1,5	1	0	3	17	20	60	1	1,3	1	0	1	13	42	41	4	1,73	2	
ASS	64	0	0	6	15	42	1	1,43	1	0	3	6	15	40	0	1,56	1	0	2	4	15	38	5	1,49	1	
Bewegung	68	1	0	3	15	48	1	1,37	1	1	5	14	14	31	3	1,91	2	1	0	10	19	34	4	1,67	1	
Ernährung	56	0	0	3	10	41	2	1,30	1	2	2	7	7	37	1	1,64	1	0	1	6	15	34	0	1,54	1	
Diabetes	29	0	1	1	5	22	0	1,34	1	0	1	1	7	18	2	1,44	1	1	1	2	6	18	1	1,61	1	
Rauchen	22	0	0	1	2	19	0	1,18	1	0	1	7	4	10	0	1,95	2	0	1	3	8	10	0	1,77	2	
Metformin	10	0	0	1	3	6	0	1,50	1	0	0	1	4	5	0	1,60	1,5	0	0	1	2	7	0	1,40	1	
Antikoagulation	26	0	0	2	1	22	1	1,20	1	0	0	0	3	22	1	1,12	1	0	0	0	4	17	5	1,19	1	
Insgesamt	376	1	2	29	74	265	5	1,38	1	3	15	53	74	223	8	1,64	2	6	39	111	199	19	1,60			
	Summe	Angaben über Hilfen/Info					Info hilft weiter					Wirkungen beschrieben														
	Gesamt	5	4	3	2	1	0	MW	Med	5	4	3	2	1	0	MW	Med	5	4	3	2	1	0	MW	Med	
RR	101	4	4	27	33	30	3	2,17	2	7	8	20	32	30	4	2,28	2	1	4	22	27	45	2	1,88	2	
ASS	64	3	8	14	13	21	5	2,31	2	4	3	18	14	23	2	2,21	2	0	2	13	18	30	1	1,79	2	
Bewegung	68	3	2	11	12	38	1	1,79	1	5	8	19	18	16	2	2,52	2	2	7	13	21	21	4	2,19	2	
Ernährung	56	0	5	9	8	31	3	1,77	1	8	9	12	8	14	5	2,78	3	5	8	14	7	18	4	2,52	3	
Diabetes	29	1	1	3	4	20	0	1,59	1	1	2	4	5	17	0	1,79	1	0	1	5	10	13	0	1,79	2	
Rauchen	22	0	4	5	2	11	0	2,09	1,5	1	4	6	4	7	0	2,45	2,5	2	1	6	3	10	0	2,18	2	
Metformin	10	0	0	0	4	6	0	1,40	1	0	0	0	4	6	0	1,40	1	0	0	4	6	0	1,40	1		
Antikoagulation	26	0	5	1	4	14	2	1,88	1	1	0	3	3	18	1	1,52	1	0	0	2	3	19	2	1,29	1	
Insgesamt	376	11	29	70	80	171	14	1,97	1	27	34	82	88	131	14	2,28	10	23	75	93	162	13	1,97			
	Summe	Nutzen beschrieben					Risiken beschrieben					Wenn man sich gegen Beha...														
	Gesamt	5	4	3	2	1	0	MW	Med	5	4	3	2	1	0	MW	Med	5	4	3	2	1	0	MW	Med	
RR	101	0	4	17	31	49	0	1,76	2	5	7	16	30	41	2	2,04	2	3	1	11	23	58	5	1,65	11,88	2
ASS	64	0	2	8	20	34	0	1,66	1	0	3	8	16	36	1	1,65	1	4	7	15	8	29	1	2,19	21,79	2
Bewegung	68	3	1	6	21	36	1	1,72	1	3	5	16	14	26	4	2,14	2	4	13	14	17	15	5	2,59	22,19	2
Ernährung	56	4	7	11	9	23	2	2,26	2	7	8	14	9	15	3	2,68	3	5	7	6	13	18	7	2,35	22,52	3
Diabetes	29	0	2	4	7	14	2	1,78	1	0	3	6	7	13	0	1,97	2	0	4	3	9	11	2	2,00	21,79	2
Rauchen	22	0	1	4	2	14	1	1,62	1	1	4	5	1	11	0	2,23	1,5	0	0	4	2	14	2	1,50	12,18	2
Metformin	10	0	0	0	2	8	0	1,20	1	0	0	2	2	6	0	1,00	1	3	0	1	2	4	0	2,60	21,40	1
Antikoagulation	26	0	1	1	4	17	3	1,39	1	0	0	3	2	18	3	1,35	1	1	1	3	2	17	2	1,63	11,29	1
Insgesamt	376	7	18	51	96	195	9	1,76	1	16	30	70	81	166	13	2,03	20	33	57	76	166	24	2,05	1,97		
	Summe	Lebensqualität beeinflusst					Mehr als eine mögliche Behand...					partnerschaftliche Entscheidung														
	Gesamt	5	4	3	2	1	0	MW	Med	5	4	3	2	1	0	MW	Med	5	4	3	2	1	0	MW	Med	
RR	101	1	4	10	29	52	5	1,68	1	0	7	4	35	51	4	1,64	1	1	4	12	24	58	2	1,65	11,88	2
ASS	64	4	9	15	10	26	0	2,30	2	1	9	11	15	25	3	2,11	2	0	7	4	19	28	6	1,83	22,19	2
Bewegung	68	2	1	6	22	37	0	1,66	1	3	5	5	19	32	4	1,88	1,5	1	2	14	18	29	4	1,88	22,19	2
Ernährung	56	3	4	11	8	27	3	2,00	1	4	7	9	14	19	3	2,30	2	9	2	10	9	24	2	2,31	22,19	2
Diabetes	29	1	1	7	7	12	1	2,00	2	0	0	6	10	12	2	1,79	2	0	3	3	6	16	1	1,75	11,88	2
Rauchen	22	1	2	0	3	16	0	1,59	1	0	0	2	7	13	0	1,50	1	0	5	3	6	8	0	2,23	22,19	2
Metformin	10	0	1	2	4	3	0	2,10	2	3	1	1	2	3	0	2,90	2,5	0	0	0	1	9	0	1,10	11,88	2
Antikoagulation	26	1	1	3	4	16	1	1,68	1	1	2	1	4	14	4	1,73	1	0	1	1	2	20	2	1,29	11,88	2
Insgesamt	376	13	23	54	87	189	10	1,86	1	12	31	39	106	169	20	1,91	11	24	47	85	192	17	1,82			
	Summe	Gesamtqualität					grafische Gestaltung																			
	Gesamt	5	4	3	2	1	0	MW	Med	5	4	3	2	1	0	MW	Med									
RR	101	0	6	25	54	8	8	2,31	2	5	8	23	52	5	8	2,53	2									
ASS	64	0	4	14	26	17	3	2,08	2	0	0	12	35	6	11	2,11	2									
Bewegung	68	1	3	10	40	10	4	2,14	2	2	5	18	35	5	3	2,45	2									
Ernährung	56	0	2	19	21	11	3	2,23	2	0	3	4	25	2	22	2,24	2									
Diabetes	29	0	0	9	11	9	0	2,00	2	0	2	4	14	8	1	2,00	2									
Rauchen	22	0	0	6	6	9	1	1,86	2	2	3	3	8	4	2	2,55	2									
Metformin	10	0	0	0	6	4	0	1,40	2	0	0	1	4	5	0	1,60	1,5									
Antikoagulation	26	0	0	2	12	8	4	1,73	2	1	0	0	13	10	2	1,71	2									
Insgesamt	376	1	15	85	176	76	23	2,12	1	10	21	65	186	45	49	2,28										