



Ihr Patientenbrief

Herzzentrum Dresden GmbH Herzzentrumklinik • Fetscherstraße 16 • 01067 Dresden

Herrn Michael Musterpatient
Musterstraße 5
01067 Dresden

Ihr persönlicher Patientenbrief aus dem Herzzentrum Dresden

05. Juni 2019

Sehr geehrter Herr Musterpatient,

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

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

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

Wir wünschen Ihnen alles Gute!

Das Team des Herzzentrums Dresden



SEITE 1

Automatisiert erstellte Patientenbriefe steigern die Gesundheitskompetenz.

Ergebnisbericht zum Projekt
Patientenbriefe nach stationären Aufenthalten

Gefördert durch



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung 4

Laienverständliche, individuelle Entlassungsbriefe unterstützen den Übergang von stationärer zu ambulanter Versorgung. Unsere Lösung für die automatisierte Erstellung solcher Patientenbriefe ist leicht umsetzbar und führt zu einer signifikanten Steigerung der Gesundheitskompetenz.

Einleitung 6

Für die individuelle Gesundheit relevante Informationen zu finden und zu verstehen, stellt viele Menschen vor erhebliche Schwierigkeiten. Patientenbriefe können dabei unterstützen, sollen aber keinen zusätzlichen personellen Aufwand in der Klinik schaffen.

Konzept und Entwicklung 10

Auf Basis von Daten aus dem Klinikinformationssystem stellt unsere Software einen individuellen Patientenbrief zusammen. Dazu nutzt sie tausende ärztlich geprüfte Textbausteine in leicht verständlicher Sprache. Der Brief wird datenschutzkonform direkt in der Klinik gedruckt.

Methodik 12

In einer randomisierten, kontrollierten Studie mit 738 Patient:innen wurde die Wirkung unserer Patientenbriefe untersucht. Unter anderem wurden Daten zur Gesundheitskompetenz mit Hilfe des HLS-EU-Q16 erhoben. Ergänzt wurde das RCT durch leitfadengestützte Interviews.

Projektergebnisse 18

Unsere Patientenbriefe konnten in der beteiligten Klinik automatisch erstellt werden, wurden von Patient:innen ausführlich gelesen, gut verstanden und als informativ und hilfreich empfunden. Die Briefe führten zu einer signifikanten Steigerung der Gesundheitskompetenz.

Schlussfolgerungen 24

Die nachgewiesene positive Wirkung und der geringe Aufwand stimmen uns zuversichtlich, dass automatisiert erstellte Patientenbriefe bald Teil des regulären Entlassmanagements werden können. Die technischen und inhaltlichen Voraussetzungen sind gegeben, auch Varianten und Erweiterungen sind möglich.

Literaturverzeichnis 28

Projektpartner 30

Vorwort



Liebe Leser:innen,

Gesundheitskompetenz. Dieses Konzept ist in den letzten Jahren in den Fokus verschiedenster Akteure im Gesundheitswesen gerückt. Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz, die Allianz für Gesundheitskompetenz, das Deutsche Netzwerk Gesundheitskompetenz – diese und viele weitere Gruppen setzen sich für eine Stärkung der Gesundheitskompetenz ein. Denn gesundheitskompetente Menschen können gute Entscheidungen für ihre eigene Gesundheit treffen und sich gesundheitsförderlich verhalten.

Auch „Was hab' ich?“ unterstützt seit seiner Gründung vor 10 Jahren Patient:innen beim kompetenten Umgang mit Gesundheitsinformationen. Als wirkungsorientiertes Sozialunternehmen freuen wir uns sehr, Ihnen in diesem Bericht ein leicht realisierbares, wirksames und von Patient:innen gut angenommenes Mittel zur Steigerung der Gesundheitskompetenz vorstellen zu können: den automatisiert erstellten Patientenbrief.

Patientenbriefe sind laienverständliche Entlassungsdokumente, die den Übergang von der stationären Versorgung zur ambulanten Weiterbetreuung unterstützen sollen. In unserem vom Innovationsfonds geförderten Forschungsprojekt haben wir das Konzept eines vollständig automatisiert erstellbaren Patientenbriefs entwickelt und erprobt. Wir haben tausende ärztlich geprüfte Textbausteine zu ICD- und OPS-Codes geschrieben und eine Software entwickelt, die diese Bausteine individuell anpasst und zu einem Patientenbrief zusammenfasst. Diese Briefe verschicken wir seit Juni 2019 an Patient:innen des Herzzentrums Dresden; die TU Dresden hat die Wirkung der Intervention in einer randomisierten, kontrollierten Studie überprüft.

Die vielversprechenden Studienergebnisse möchten wir Ihnen auf den folgenden Seiten präsentieren. Mit unserer automatisierten, kostengünstigen und datenschutzkonform umsetzbaren Lösung sind wir unserem Ziel einen Schritt näher gekommen, alle Patient:innen nach stationären Aufenthalten mit Patientenbriefen zu versorgen.

Nun ist es an der Zeit, diese Lösung in den Klinikalltag zu bringen – für gut informierte, gesundheitskompetente Patient:innen!

Ihr

Ansgar Jonietz

Geschäftsführer „Was hab' ich?“ gGmbH

Zusammenfassung

Laienverständliche, individuelle Entlassungsbriefe unterstützen den Übergang von stationärer zu ambulanter Versorgung. Unsere Lösung für die automatisierte Erstellung solcher Patientenbriefe ist leicht umsetzbar und führt zu einer signifikanten Steigerung der Gesundheitskompetenz.

Der Umgang mit Gesundheitsinformationen stellt viele Menschen vor erhebliche Schwierigkeiten – 59 % der Bevölkerung in Deutschland haben eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al. 2021). Zur Förderung der Gesundheitskompetenz wird unter anderem das Verschriftlichen patientenrelevanter Informationen unter Verwendung einer einfachen Sprache empfohlen (Schaeffer et al. 2018). Verlässliche, verständliche und zur individuellen Situation passende Informationen sind insbesondere beim Sektorenübergang von der stationären zur ambulanten Versorgung von hoher Wichtigkeit.

Für einen laienverständlichen Patientenbrief nach jedem Klinikaufenthalt sprachen sich deshalb unter anderem die Gesundheitsminister:innen der Länder aus (91. Gesundheitsministerkonferenz 2018). Verschiedene Projekte konnten bisher positive Effekte solcher Patientenbriefe zeigen. Einschränkungen gab es allerdings bei der Umsetzbarkeit, denn das manuelle Erstellen eines verständlichen Entlassungsbriefs benötigt erhebliche zeitliche Ressourcen.

Das Projekt „Patientenbriefe nach stationären Aufenthalten“ strebte daher eine digital unterstützte, skalierbare Lösung für

individuelle, leicht verständliche Entlassungsbriefe an. Im Projekt wurden erstmals automatisiert erstellte Patientenbriefe erfolgreich eingesetzt und deren Wirkung in einer randomisierten kontrollierten Studie untersucht. Patient:innen der Interventionsgruppe erhielten wenige Tage nach Entlassung aus der Klinik einen Patientenbrief, welcher anhand ihrer im Krankenhausinformationssystem gespeicherten Daten generiert wurde. Dazu stellte die eigens entwickelte Software aus über 20.000 ärztlich geprüften, parametrisierten Textbausteinen individuell angepasste Texte in einfacher Sprache zusammen.

Sowohl Interventions- als auch Kontrollgruppe erhielten im Anschluss einen Fragebogen, welcher unter anderem auf dem HLS-EU-Q16 basierte.

Daten von 738 Patient:innen konnten letztlich in die Evaluation des RCT einfließen, zudem wurden leitfadengestützte Interviews mit 15 Patient:innen durchgeführt.

Als zentrales und gesundheitspolitisch bedeutsames Ergebnis zeigte sich, dass die ohne nennenswerten Aufwand direkt in der Klinik erstellten Patientenbriefe ein wirksames und realisierbares Mittel zur Steigerung der Gesundheitskompetenz

Ihre Behandlung

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

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

Anlegen eines aortokoronaren Bypass-Bypass zweifach mit autogenen Arterien

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

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

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

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

Blutfluss in einem

sind. Bei Betrachtung der drei Gesundheitskompetenz-Level „inadäquat“, „problematisch“ und „ausreichend“ war der Anteil der Patient:innen mit ausreichender Gesundheitskompetenz in der Interventionsgruppe signifikant höher als in der Kontrollgruppe (44 % IG vs. 32 % KG, $p = 0,002$). Außerdem verfügten signifikant weniger Patient:innen der Interventionsgruppe über eine inadäquate Gesundheitskompetenz (20 % IG vs. 30 % KG, $p = 0,002$).

Die Chance auf ein höheres Gesundheitskompetenz-Level wurde durch Erhalt eines Patientenbriefs um 67 % erhöht (Odds Ratio IG vs. KG 1,67, $p < 0,001$).

Die Patientenbriefe wurden von 93 % der Studienteilnehmer:innen ausführlich gelesen und von jeweils über 90 % als

verständlich, informativ und hilfreich bewertet.

Aufgrund der nachweislich positiven Wirkung mit erwartbar hohem gesellschaftlichen Nutzen sowie der geringen organisatorischen und finanziellen Aufwände in der Klinik ist ein baldiger breiter Einsatz automatisiert erstellbarer Patientenbriefe als Teil des regulären Entlassmanagements erstrebenswert. Eine Anbindung der Software an die Klinik-IT ist gut realisierbar, die Patientendaten verbleiben dabei aufgrund der lokalen Integration datenschutzkonform innerhalb der Klinik. Diverse Erweiterungen und Varianten (unterschiedliche Sprachen, eingebettete Medikationspläne, Einbindung in die ePA) sind möglich und z. T. bereits in Erprobung.

Ob auf Papier oder perspektivisch digital in der ePA: Individuelle Gesundheitsinformationen in einfacher Sprache stärken die Gesundheitskompetenz.

Einleitung

Für die individuelle Gesundheit relevante Informationen zu finden und zu verstehen, stellt viele Menschen vor erhebliche Schwierigkeiten. Patientenbriefe können dabei unterstützen, sollen aber keinen zusätzlichen personellen Aufwand in der Klinik schaffen.

„Mehr als die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland (58,8 %) sieht sich im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen vor erhebliche Schwierigkeiten gestellt.“

— GESUNDHEITSKOMPETENZ DER BEVÖLKERUNG IN DEUTSCHLAND
(SCHAEFFER ET AL. 2021)

Gesundheitskompetenz

Die systematische Förderung der Gesundheitskompetenz ist in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus der Entscheidungsträger:innen im Gesundheitswesen gerückt. Gesundheitskompetenz, als relationales Konzept verstanden, hängt dabei sowohl von persönlichen Fähigkeiten als auch von gesellschaftlichen und organisatorischen Faktoren ab (Pelikan & Dietscher 2015). Neben der Förderung persönlicher Kompetenzen kann daher insbesondere eine Verbesserung der Kontextfaktoren das Auffinden und Verstehen individuell relevanter und verlässlicher Gesundheitsinformationen erleichtern, welche als Grundlage einer fundierten Gesundheitsentscheidung unerlässlich sind.

Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz empfiehlt daher u. a. eine nutzerfreundlichere Gestaltung von Gesundheitsinformationen unter Verwendung leicht ver-

ständlicher Sprache sowie die Verschriftlichung aller gesundheitsrelevanten Informationen für Patient:innen (Schaeffer et al. 2018).

Informationsbedarf

Gut informierte Patient:innen können auf Augenhöhe mit den behandelnden Ärzt:innen kommunizieren und gemeinsam gute Therapieentscheidungen treffen und umsetzen (Elwyn et al. 2010). Durch den Wandel der Patientenrolle hin zu mündigen, selbstbestimmten Partner:innen (Klusen et al. 2009) sind auch die Anforderungen an patientengerechte Informationen gestiegen. Das Recht auf umfassende Information ist im Patientenrechtegesetz des BGB (§ 630c BGB) festgeschrieben, dennoch ist dies in der Praxis oft schwer zu realisieren: Arztgespräche finden häufig unter Zeitdruck und Aufregung statt, viele Informationen werden von den Patient:innen zudem schnell wieder vergessen (Kessels 2003). Daher müssen sie, um sich aktiv an Erhalt oder Wiedererlangung ihrer Gesundheit zu beteiligen, neben dem nach wie vor bedeutsamen Arztgespräch weitere Informationsquellen aufsuchen, um sich zu Diagnosen und Therapiemög-



lichkeiten zu informieren.

Mit zunehmender Häufigkeit wird dafür das Internet genutzt, etwa 60 % der Patient:innen recherchieren beispielsweise vor oder nach dem Arztgespräch online (Bertelsmann Stiftung 2018). Doch insbesondere beim Umgang mit Gesundheitsinformationen aus dem Internet sehen sich mehr als drei Viertel (75,8 %) der Bevölkerung vor große Schwierigkeiten gestellt – sie verfügen über eine niedrige digitale Gesundheitskompetenz und haben dementsprechend erhebliche Probleme, für ihre individuelle Situation relevante Gesundheitsinformationen im Internet zu finden, zu verstehen, deren Zuverlässigkeit zu beurteilen und die Informationen anzuwenden (Schaeffer et al. 2021, Samerski & Müller 2019). Dies kann bei der Fülle an qualitativ sehr unterschiedlichen, oftmals interessengeleiteten Gesundheitsinformationen zu unzureichender oder fehlerhafter Information führen.

Entlassmanagement

Daher ist die Bereitstellung qualitativ hochwertiger, gesicherter, patientengerechter Informationen von großer Bedeutung. Dies trifft insbesondere

auf den Sektorenübergang von der stationären Versorgung zur ambulanten Weiterbetreuung zu (Appelrath & Messerle 2018).

Das vom G-BA mit der Entwicklung eines sektorübergreifenden, datengestützten QS-Verfahrens zum Entlassmanagement beauftragte IQTIG schreibt:

„Eine bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit den Patientinnen und Patienten sowie ggf. mit den (pflegenden) Angehörigen ist im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus ein wichtiger Punkt für ein erfolgreiches Entlassmanagement.“

— IQTIG - INSTITUT FÜR QUALITÄTSSICHERUNG
UND TRANSPARENZ IM GESUNDHEITSWESEN 2019

Weiterhin wird dort die britische Leitlinie „Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings“ erwähnt, welche empfiehlt, dass Patient:innen und ihre Angehörigen im Rahmen der Entlassung Informationen über die durchgeführte und die weitere empfohlene Behandlung bekommen müssen. Dabei sei es wichtig, „dass diese Informationen in verständlicher Sprache verfasst und übermittelt werden und, wenn erwünscht, nicht nur verbal, sondern auch im Text- oder Videoformat“. (NICE [National Institute for Health and Care Excellence] 2016)

Das direkte Gespräch zwischen Ärzt:in und Patient:in kann durch schriftliche Informationen sinnvoll ergänzt werden.



Stark nachgefragt: verständliche Erläuterungen medizinischer Befunde auf washabich.de.

Was hab' ich?

Für viele Patient:innen dient derzeit nach einem Krankenhausaufenthalt der ärztliche Entlassungsbrief als Informationsquelle: Oft ist es das einzige später nachlesbare Dokument, das sie erhalten, welches ihre individuellen Erkrankungen und Therapien beschreibt. Doch dieser fachsprachliche Brief zur Kommunikation zwischen den Behandler:innen ist dem Grunde nach nicht für Patient:innen bestimmt.

Dennoch versuchen viele, ihn zu entschlüsseln – zum Teil mit Hilfe aus dem Internet. So wurden auf der Plattform washabich.de bereits über 50.000 medizinische Befunde von Patient:innen mit der Bitte um eine verständliche Erklärung eingereicht („Was hab' ich?“ gGmbH 2021). Ehrenamtlich tätige Medizinstudierende und Ärzt:innen übersetzen die medizinischen Dokumente in eine leicht verständliche Sprache und helfen so den Nutzer:innen der Plattform, ihren Gesundheitszustand zu verstehen.

Die Rückmeldungen der Patient:innen sind nahezu durchgehend positiv; wegen der hohen Nachfrage wurde eine limitierte Warteliste eingeführt.

Patientenbriefe

Aufgrund des hohen Informationsbedarfs, der Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen und angesichts der beschriebenen Lücken insbesondere beim Sektorenübergang wurde in der Vergangenheit von verschiedenen Seiten immer wieder ein Patientenbrief gefordert – ein laienverständliches, auf die Bedürfnisse der Patient:innen zugeschnittenes Entlassungsdokument.

Unter anderem sprachen sich bei der 91. Gesundheitsministerkonferenz 2018 die Gesundheitsminister:innen der Länder für die Einführung eines Patientenbriefes nach jedem Klinik-Aufenthalt aus, welcher alle für Patient:innen wichtigen Informationen zu ärztlichen Untersuchungen und Behandlungsempfehlungen enthalten sollte (91. Gesundheitsministerkonferenz 2018).

Im Juni 2019 befasste sich der Bundesrat mit einer Initiative mehrerer Bundesländer zur Einführung von Patientenbriefen im stationären und ambulanten Sektor (Bundesrat KOMPAKT 2019).

Im Rahmen der aktuell anstehenden Reform des Medizinstudiums unterstreicht das Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen die Bedeutung eines patientenverständlichen Berichts zur Stärkung der Patientenperspektive im medizinischen Staatsexamen (Jünger 2018).

Der Einsatz von Patientenbriefen wurde in Studien bereits mit unterschiedlichen Ansätzen erprobt und es wurden positive Wirkungen laienverständlicher Entlassungsdokumente herausgestellt: Patientenbriefe werden von Patient:innen und ihren

Angehörigen gut angenommen und intensiv studiert. Der Patientenbrief kann den individuellen Gesundheitszustand und geplante oder durchgeführte Therapien leicht verständlich erklären sowie benötigtes Wissen zu Hintergründen und Zusammenhängen vermitteln. Er kann als Bestandteil eines professionellen Entlassmanagements und als Bindeglied zwischen stationärem und ambulantem Sektor dienen, da er ein besseres Verständnis von nach dem Klinikaufenthalt erforderlichen Maßnahmen ermöglicht und ambulante Arztgespräche unterstützen kann. (Vitt et al. 2005, Kristen 2012, „Was hab' ich?“ gGmbH, 2019)

Zielstellung

Doch ein Patientenbrief kann und soll kein Arztgespräch ersetzen, sodass Ärzt:innen diesen zusätzlich zu ihren vorhandenen Aufgaben verfassen müssten. An dem damit verbundenen hohen Zeitaufwand und dafür fehlen-

den Ressourcen scheiterte in der Praxis bisher die Etablierung von Patientenbriefen. Vor diesem Hintergrund strebte das Projekt „Patientenbriefe nach stationären Aufenthalten“ eine automatisierte und damit skalierbare Lösung an.

Ziel des Projekts war es, eine Software mit ärztlich geprüften Inhalten für einen anhand strukturierter Daten automatisiert erstellbaren Patientenbrief zu entwickeln, diese produktiv einzusetzen sowie die Akzeptanz und Wirkung der Maßnahme im Rahmen des Entlassmanagements zu überprüfen. Auch die praktische Umsetzbarkeit innerhalb der regulären Klinikabläufe sollte beurteilt werden. Zusätzlich wurde der Bedarf an verständlichen Informationen ermittelt sowie die Nutzung des Patientenbriefs (durch Patient:innen und ihr soziales Umfeld) untersucht. Detaillierte Daten zum Informationsverhalten und -bedarf sowie zur Rezeption des Patientenbriefs wurden zudem in einer begleitenden qualitativen Befragung erhoben.

Rechtsgrundlage

Der Patientenbrief soll insbesondere den Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung unterstützen und fußt damit auf § 39 Absatz 1a SGB V („Krankenhausbehandlung“):

„Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. [...]“

Am Projekt war keine Krankenkasse beteiligt, da die Verbesserung des Entlassmanagements mithilfe patientenverständlicher Informationen aufgrund der o. g. gewählten Rechtsgrundlage als Aufgabe der jeweiligen Klinik angesehen wird. Eine diesbezügliche Unterstützung der Kliniken durch die Krankenkassen ist im SGB V vorgesehen und im Rahmen der regulären Versorgung ggf. möglich, wobei sichergestellt sein soll, dass Patient:innen kostenträgerunabhängig die Möglichkeit haben, einen Patientenbrief zu erhalten.

Die Durchführung des Projekts wurde durch einen Kooperationsvertrag zwischen der „Was hab' ich?“ gGmbH und dem Herzzentrum Dresden geregelt.

Konzept und Entwicklung

Auf Basis von Daten aus dem Klinikinformationssystem stellt unsere Software einen individuellen Patientenbrief zusammen. Dazu nutzt sie tausende ärztlich geprüfte Textbausteine in leicht verständlicher Sprache. Der Brief wird datenschutzkonform direkt in der Klinik gedruckt.

Im Projekt „Patientenbriefe nach stationären Aufenthalten“ wurde das Konzept eines automatisiert erstellbaren Patientenbriefs entwickelt, technische Details ausgearbeitet und zahlreiche Inhalte erstellt. Schließlich wurde der Einsatz derartiger Patientenbriefe von Juni 2019 bis Juni 2020 am Herzzentrum Dresden erprobt und die Wirkung dieser Intervention evaluiert.

Die Idee

Zentrales Anliegen des Projekts war es, Patient:innen nach einem stationären Aufenthalt einen leicht verständlichen Entlassungsbrief zukommen zu lassen, ohne dabei personellen Zusatzaufwand in der Klinik zu generieren. Dies wurde unter Zuhilfenahme strukturierter erfasster Daten aus dem Krankenhausinformationssystem realisiert: Die Patientenbriefe wurden von der für das Projekt entwickelten Software auf Basis von Stammdaten sowie von ICD- und OPS-Codes aus ärztlich geprüften, parametrisierten Textbausteinen zusammengestellt. Da die für alle Patient:innen systematisch erfassten ICD- und OPS-Codes genaue Informationen zu Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Untersuchungsverfahren und durch-

geführter Therapie beinhalten (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2019), lässt sich allein mithilfe dieser Daten meist bereits ein gutes Bild des Krankenhausaufenthalts zeichnen.

Ursprünglich war darüber hinaus vorgesehen, auch die einzunehmenden Medikamente im Patientenbrief zu erklären. Dies konnte allerdings nicht realisiert werden, da der Medikationsplan im System der involvierten Klinik nicht in ausreichend strukturierter Form vorlag.

Software und Inhalte

In der ersten Projektphase wurde die benötigte Software konzipiert, entwickelt und im Verlauf fortwährend getestet und erweitert.

Die Software beinhaltet ein internes Redaktionssystem, welches den bei „Was hab' ich?“ angestellten ärztlichen Mitarbeiter:innen erlaubte, Textbausteine zu insgesamt 10.759 endständigen ICD-Codes und 13.908 endständigen OPS-Codes zu erstellen.

Diese Bausteine wurden unter Beachtung des „Regelwerks für das Erklären medizinischer Sachverhalte in einer leicht verständlichen Sprache“

```

5-339.5, 5-339.7, 5-339.8, 5-339.9 2018 | 2019
Name
5-339.5, 5-339.7, 5-339.8, 5-339.9
Text: Bestimmungsergebnis
1 # Bei Ihnen wurde [339.5, 51, 52, 53, 54, 8, 9] [r]auf der rechten Körperseite [l]auf der linken Körperseite [b]auf beiden Körperseiten jeweils [Aufzählung .50-ein Ventil in die Bronchien eingesetzt oder gewechselt | .51-Ventile in die Bronchien eingesetzt oder gewechselt | .52-Ventile in die Bronchien eingesetzt oder gewechselt | .53-Ventile in die Bronchien eingesetzt oder gewechselt | .54-Ventile in die Bronchien eingesetzt oder gewechselt | .7-Bronchien mit einem speziellen Schaum verschlossen | .8-Spiralen aus Draht in die Bronchien eingesetzt | .9-Markierungen für eine Bestrahlung in die Bronchien oder in das Lungengewebe eingesetzt].
2
3 [Info=399]
4
5 [.5, .7, .8, .9] Sie hatten eine Lungenspiegelung. [Info=2617]
6
7 [.8] Bei der Lungenspiegelung wurde [.51, .52, .53, .54] [Aufzählung .50-das Ventil | .52-1 Ventil | .52-1 Ventil | .53=4 Ventile | .50-mehrere Ventile] in Ihre Bronchien eingesetzt. Durch ein solches Ventil kann in den entsprechenden Lungenbereich beim Einatmen keine Luft mehr gelangen. Die Luft kann aus dem Lungenbereich jedoch noch entweichen.
8
9 [.7] Bei der Lungenspiegelung wurde [s] außerdem ein spezieller Schaum in die Bronchien in [.70] einem Bereich [l] mehreren Bereichen Ihrer Lunge eingefüllt. Durch den Schaum kann weniger Luft in die Bronchien gelangen. Dadurch verkleinert [.70] sich [.70] der [l] die betroffene [.70] Lungenbereich [.70].
10
11 [.8] Bei der Lungenspiegelung wurden [.5, .7] auch [l] mehrere spezielle Spiralen aus Draht in Ihre Bronchien eingesetzt. Durch die Spiralen kann [.7] ebenfalls weniger Luft in die Bronchien gelangen. Dadurch verkleinert [.8] sich [.8] der [l] die betroffene [.8] Lungenbereich [.8].
12
13 [.9]
14 [.9, .9] Die Markierungen wurden Ihnen [.9] [l] ebenfalls [Aufzählung .70-mit einer Naedl durch die Haut | .91-in der Lungenspiegelung] eingesetzt.
15 Ihre Lunge soll während einer Behandlung in bestimmten Bereichen bestrahlt werden. Dafür hat man einige Stellen vor der Bestrahlung markiert.
16 [l]

```

(„Was hab’ ich?“ gGmbH 2018) geschrieben, welches bei der „Was hab’ ich?“ gGmbH basierend auf allgemeinen Textverständlichkeitsregeln und ausgewählten Regeln der Leichten Sprache entwickelt wurde.

Die Textbausteine enthalten neben Informationen zur jeweiligen Diagnose oder Prozedur auch anatomische oder physiologische Hintergrundinformationen. Sie beinhalten flexibel einzubindende Infotexte und anpassbare Formulierungen je nach Kombination der Codes oder bspw. zur Berücksichtigung der betroffenen Körperseite.

Die Textbausteine enthalten neben Informationen zur jeweiligen Diagnose oder Prozedur auch anatomische oder physiologische Hintergrundinformationen. Sie beinhalten flexibel einzubindende Infotexte und anpassbare Formulierungen je nach Kombination der Codes oder bspw. zur Berücksichtigung der betroffenen Körperseite.

Vor Ausgabe der ersten Patientenbriefe wurden Textbausteine zu den häufigsten in der beteiligten Klinik codierten ICD- und OPS-Codes geschrieben. Wenn während der Durchführungsphase in Einzelfällen ein Patientenbrief aufgrund fehlender Textbausteine nicht erstellt werden konnte, wurden die ärztlichen Mitarbeiter:innen der „Was hab’ ich?“ gGmbH automatisch benachrichtigt, um den jeweiligen Text nachzuliefern, sodass der zugehörige Patientenbrief zeitnah erstellt werden konnte.

Umsetzung in der Klinik

Die Patientenbrief-Software wurde in Absprache mit der Klinik-IT lokal an das Krankenhausinformationssystem des Herzzentrums Dresden angebunden. Die Software wurde in der geschützten IT-Infrastruktur der Klinik betrieben. Unmittelbar nach Abschluss der medizi-

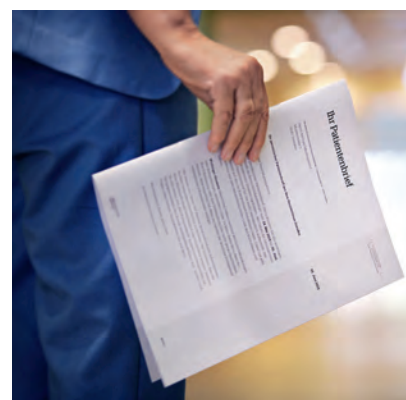
nischen Codierung konnten die jeweiligen Textbausteine durch die Software – angepasst an den individuellen Fall – kombiniert und zu einem persönlichen Patientenbrief zusammengefasst werden. Dieser Brief wurde direkt in der Klinik als geheftete A4-Broschüre gedruckt, sodass die Daten der Patient:innen zu keinem Zeitpunkt außerhalb der Klinik verwendet wurden.

Die datenschutzkonforme Konzeption der Intervention und der begleitenden Studie wurde von der Ethikkommission der TU Dresden am 23.01.2019 (AZ: EK 440112018) bestätigt.

Parallel zur Entwicklung der Patientenbrief-Software und -Inhalte wurden das Evaluationskonzept und zugehörige Fragebögen und Interviewleitfäden entwickelt. Hier arbeiteten die „Was hab’ ich?“ gGmbH und der Bereich Allgemeinmedizin der TU Dresden eng zusammen, die Partner:innen konnten dabei unter anderem auf Erkenntnisse aus vorherigen Patientenbrief-Projekten zurückgreifen. Details sind im Abschnitt „Methodik“ dargestellt. Zu Beginn der Projektdurchführung erfolgten intensive Absprachen mit dem Klinikpersonal zur Sicherstellung eines reibungslosen Ablaufs bei Rekrutierung, Intervention und Datenerhebung.

Parametrisierte Textbausteine ermöglichen es, individuelle, patientenzentrierte und leicht verständliche Gesundheitsinformationen automatisiert zu erstellen.

Die Patientenbriefe wurden als gebundene A4-Broschüre mit einer Länge von 4 bis 10 Doppelseiten erstellt.



Methodik

In einer randomisierten, kontrollierten Studie mit 738 Patient:innen wurde die Wirkung unserer Patientenbriefe untersucht. Unter anderem wurden Daten zur Gesundheitskompetenz mit Hilfe des HLS-EU-Q16 erhoben. Ergänzt wurde das RCT durch leitfadengestützte Interviews.

Untersuchungsmethoden und Hypothesen

Es wurde eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT) von Juni 2019 bis Juni 2020 im Herzzentrum Dresden durchgeführt.

Dabei wurden folgende Hypothesen untersucht:

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

Datenerhebung und Zielgruppe

Insgesamt wurden im Datenerhebungszeitraum 652 Patientenbriefe erstellt, welche durchschnittlich auf ca. 17 ICD- und OPS-Codes pro Fall beruhten, was in einem Patientenbrief mit circa 4 bis 10 Doppelseiten resultierte. Diese Briefe wurden automatisch jeweils nachts in der Klinik gedruckt, vom Nachtdienst aus dem Drucker entnommen

und versandt. Die Patient:innen erhielten den Brief wenige Tage nach Entlassung per Post. Die im Rahmen der Evaluation eingesetzten Fragebögen wurden ebenfalls zu festgelegten Zeitpunkten nach dem Klinikaufenthalt per Post verschickt.

Zielgruppe der Intervention waren (mit wenigen Ausnahmen wie z. B. Notfall-Aufnahmen) alle im Studienzeitraum im Herzzentrum Dresden stationär behandelten, volljährigen Patient:innen. Im Herzzentrum Dresden wurden im Jahr 2019 insgesamt 7.926 vollstationäre Fälle behandelt.

Randomisierung und Rekrutierung

Die Studienteilnehmer wurden mittels einer computergenerierten Block-Randomisierung (20er-Blöcke) bei Entlassung aus dem Krankenhaus gleichverteilt der Interventionsgruppe oder der Kontrollgruppe zugeordnet.

Patient:innen der Interventionsgruppe wurde durchschnittlich ca. sieben Tage nach dem stationären Aufenthalt zusätzlich zum herkömmlichen ärztlichen Entlassungsbrief ein leicht verständlicher Patientenbrief und ca. zwei Tage später ein Fragebogen postalisch zugesandt. Pa-

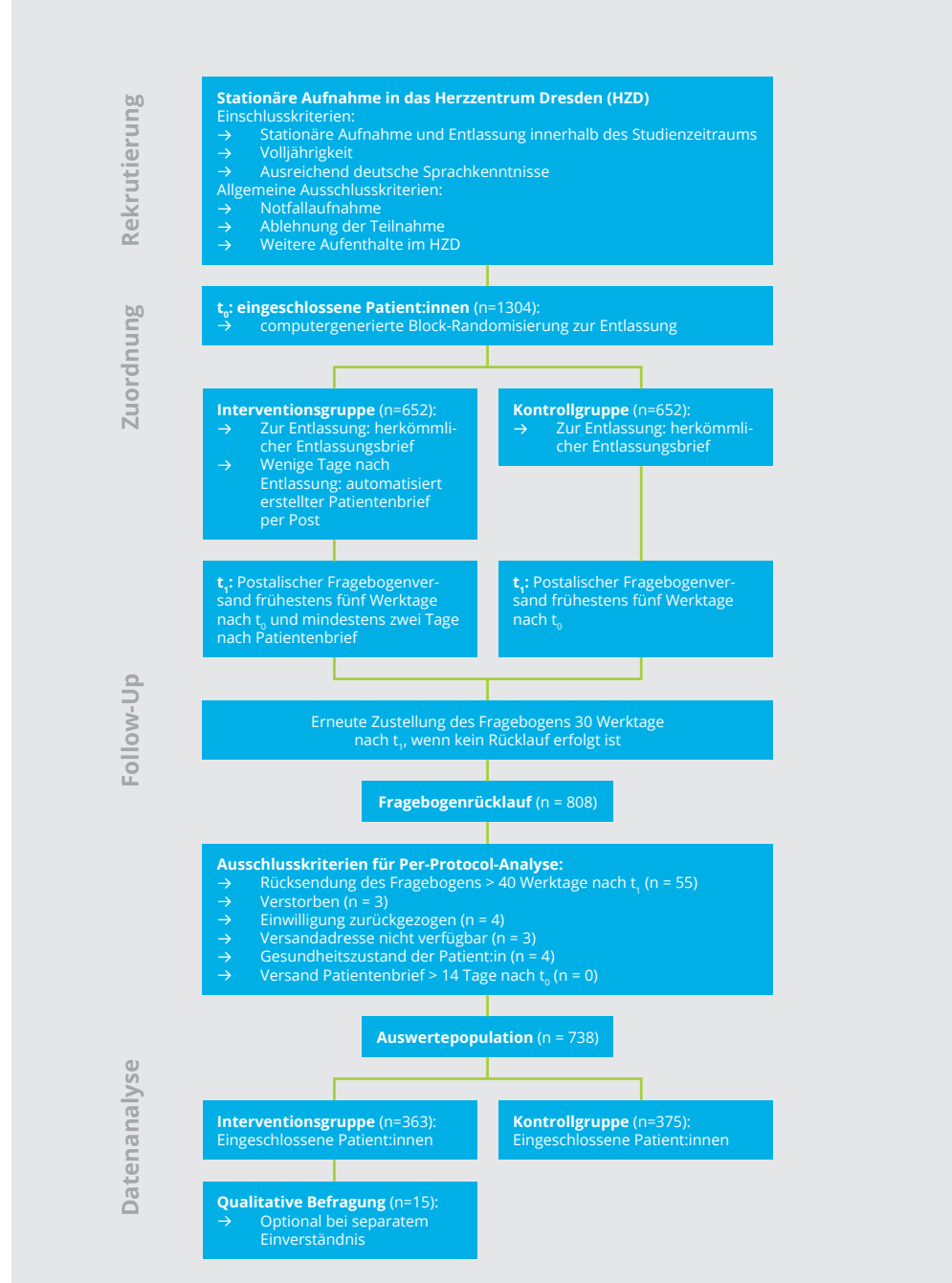
tient:innen der Kontrollgruppe bekamen in der Klinik bei Entlassung nur den herkömmlichen Entlassungsbrief und erhielten fünf Tage nach Entlassung den Fragebogen per Post. Falls 30 Tage nach Fragebogenversand kein Rücklauf des Fragebogens zu verzeichnen war, erfolgte zur Erinnerung die erneute Versendung des Fragebogens.

Rekrutiert wurden Patient:innen des Herzzentrums Dresden, welche sich im Studienzeitraum in stationäre Behandlung begaben. Die Rekrutierung der Studienteilnehmer:innen erfolgte bei der Aufnahme in die Klinik durch geschultes Aufnahmepersonal anhand der Ein- bzw. Ausschlusskriterien. Parallel zu den Aufnahmeunterlagen erhielten die interessierten Patient:innen eine schriftliche Einladung zur Studienteilnahme, eine schriftliche Studieninformation und eine Einverständniserklärung.

Zusätzlich wurden mit Studienteilnehmer:innen der Interventionsgruppe qualitative leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Die Rekrutierung erfolgte über eine im Fragebogen enthaltene Einladung zur Teilnahme am Interview.

Ein- und Ausschlusskriterien

In die Studie (RCT) wurden volljährige Patient:innen eingeschlossen, welche einen geplanten stationären Aufenthalt (definiert nach gesonderten Abrechnungsdaten) am Herzzentrum Dresden im Zeitraum von Anfang Juni 2019 bis Ende Juni 2020 hatten, in die Studienteil-



nahme einwilligten und ausreichende Sprachkenntnisse hatten, um die Studienunterlagen ohne Dolmetscher:in zu verstehen.

Patient:innen wurden aus der Studie ausgeschlossen, wenn

- es sich um eine Notfallaufnahme handelte,
- sie im Erhebungszeitraum bereits einmal an der Studie teilgenommen hatten,
- sie ihre Studieneinwilligung zurückgezogen hatten,
- sie während der Datenerhebung verstorben waren,
- sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert hatte und daher die Fragebogenrückmeldung nicht möglich war,
- sie unter der dem Krankenhaus bekannten Adresse postalisch nicht erreichbar waren,
- sie den Fragebogen außerhalb der Frist zurücksandten (> 40 Tage nach Entlassung) oder
- der Patientenbrief zu spät erstellt und versandt wurde (> 14 Tage nach Entlassung).

Flussdiagramm nach CONSORT zum Studienablauf

79449211 Allgemeine Fragen ID:

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:
 Männlich
 Weiblich
 Divers

Bitte geben Sie Ihr Alter an:

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

Welchen höchsten Bildungsbereich haben Sie?
 Keinen Schulabschluss
 Grund-/Hauptschule
 Realschule, POS, mittlere Reife
 Gymnasium, EOS, Abitur
 Abschlusslose Berufsausbildung
 Fachhochschulabschluss
 Hochschulabschluss
 Hochschulabschluss, Bachelor, Master, Diplom, Magister
 Promotion

Arbeiten Sie in einem Gesundheitsberuf?
 Ja
 Nein

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

Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?
 Sehr gut
 Gut
 Mäßig/mäßig
 Schlecht
 Sehr schlecht

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

SEITE 1 von 6

013549211 Fragen zum Krankenhaus/Aufenthalt im Herzzentrum
 Bitte geben Sie die Antwort, die am ehesten zutrifft.

Waren Sie direkt nach dem Aufenthalt im Herzzentrum in einer Rehabilitation zur Anschluss-Heilbehandlung?
 Ja
 Nein

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

Ich weiß, warum ich im Krankenhaus war.
 Trifft voll und ganz zu
 Trifft eher zu
 Trifft eher nicht zu
 Trifft überhaupt nicht zu

Ich weiß, welche Untersuchungen und Behandlungen mit mir im Krankenhaus durchgeführt wurden.
 Trifft voll und ganz zu
 Trifft eher zu
 Trifft eher nicht zu
 Trifft überhaupt nicht zu

Wie bei der Entlassung im Krankenhaus ein ärztliches Entlassungs-Gespräch mit Ihnen geführt?
 Ja, es gab ein ausführliches Gespräch
 Ja, es gab ein kurzes Gespräch
 Nein, es hat kein Gespräch stattgefunden
 Weiß nicht

Wenn ein Entlassungs-Gespräch mit Ihnen geführt wurde: Wie verständlich waren die Informationen in diesem Gespräch für Sie?
 Sehr leicht verständlich
 Leicht verständlich
 Schwer verständlich
 Sehr schwer verständlich
 Weiß nicht

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

Hatten Sie während Ihres Krankenhaus-Aufenthalts Vertrauen Ihre behandelnden Ärzte?
 Ja, immer
 Ja, manchmal
 Nein

Fühlten Sie sich ausreichend in Entscheidungsprozesse über Ihre Behandlung einbezogen?
 Ja, so wie ich wollte
 Eingeschränkt
 Nein
 Wollte ich nicht

Würden Ihnen die Ergebnisse von Untersuchungen verständlich erklärt?
 Eingeschränkt
 Nein
 Ich brauche keine Erklärung
 Weiß nicht

Beim zurückliegenden Krankenhaus-Aufenthalt denke ich an ...
 ... Gerberei
 Trifft voll und ganz zu
 Trifft eher zu
 Trifft eher nicht zu
 Trifft überhaupt nicht zu

... Angst
 Trifft voll und ganz zu
 Trifft eher zu
 Trifft eher nicht zu
 Trifft überhaupt nicht zu

... respektvollen Umgang
 Trifft voll und ganz zu
 Trifft eher zu
 Trifft eher nicht zu
 Trifft überhaupt nicht zu

... unangenehm sein
 Trifft voll und ganz zu
 Trifft eher zu
 Trifft eher nicht zu
 Trifft überhaupt nicht zu

SEITE 2 von 6

42949211

Wurde Ihnen/Ihrer Familie verständlich erklärt, ob nach der Entlassung weitere Untersuchungen/Behandlungen nötig sind?
 Ja
 Ja, nur nicht
 Nein
 War nicht nötig
 Weiß nicht

Wurde Ihnen verständlich erklärt, wie Sie die Medikamente einnehmen haben (z.B. Häufigkeit, Dosis, Abhängigkeit von Mahlzeiten)?
 Ja, voll und ganz
 Eingeschränkt
 Nein
 Ich brauche keine Erklärung
 Ich muss keine Medikamente einnehmen
 Ich brauche keine Unterstützung

Hat sich die Hauptbescheide, die zu Ihrem Krankenhaus-Aufenthalt geführt hat, gebessert?
 Ja, gebessert
 Nein, gleich geblieben
 Nein, sogar verschlechtert
 Habe diese Bescheide nicht mehr
 Noch nicht beurteilbar

Traten nach Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus Komplikationen auf?
 Ja
 Ja, aber keine ärztliche Behandlung nötig
 Ja, Behandlung beim Haus-/Facharzt nötig
 Ja, Wiederweisung ins Krankenhaus nötig

Wie beurteilen Sie den Erfolg der medizinischen Behandlung?
 Ausgesprochen
 Sehr gut
 Gut
 Mäßig/mäßig
 Schlecht
 Noch offen nicht abschließbar

Wurde Ihnen/Ihrer Familie verständlich erklärt, welchen Zweck die Medikamente haben, die Sie zu Hause einnehmen sollen?
 Ja, voll und ganz
 Eingeschränkt
 Nein
 Ich brauche keine Erklärung
 Ich muss keine Medikamente einnehmen
 Weiß nicht

Fühlten Sie sich bei der Entlassung insgesamt gut durch das Krankenhaus unterstützt? (z.B. durch Taxifahrer oder Nachsorgeplan)
 Ja, voll und ganz
 Eingeschränkt
 Nein
 Ich brauche keine Unterstützung

Wie beurteilen Sie insgesamt die Behandlung und Betreuung, die Sie erhalten haben?
 Ausgerechnet
 Sehr gut
 Gut
 Mäßig/mäßig
 Schlecht

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

Wurde Sie dieses Krankenhaus bei Bedarf Ihrer Familie oder Ihren Freunden weiterempfehlen?
 Ja, ganz sicher
 Sehr gut
 Gut
 Mäßig/mäßig
 Schlecht
 Nein

SEITE 3 von 6

41249211 Verhaltensweisen und Aktivitäten rund ums Thema Gesundheit

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

SEITE 4 von 6

557549211 Fragen zu Ihrem Gesundheitsverhalten

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

Haben Sie den Patientenbrief gelesen?
 Ja, ausführlich gelesen
 Ja, kurz überflogen
 Nein

Hat - außer Ihnen - jemand den Patientenbrief gelesen?
 Nein, niemand
 Ja, eine weitere Person
 Ja, zwei weitere Personen
 Ja, drei oder mehr weitere Personen
 Weiß nicht

Wenn Sie diesen Patientenbrief mit einer oder mehreren dieser Personen über den Patientenbrief gesprochen?
 Ja
 Nein

Der Patientenbrief war ...
 hilfreich
 Trifft voll und ganz zu
 Trifft eher zu
 Trifft eher nicht zu
 Trifft überhaupt nicht zu

... verständlich
 Trifft voll und ganz zu
 Trifft eher zu
 Trifft eher nicht zu
 Trifft überhaupt nicht zu

... informativ
 Trifft voll und ganz zu
 Trifft eher zu
 Trifft eher nicht zu
 Trifft überhaupt nicht zu

Ich weiß, wie ich meine Medikamente einnehmen muss.
 Trifft voll und ganz zu
 Trifft eher zu
 Trifft eher nicht zu
 Trifft überhaupt nicht zu

Ich weiß, wie ich tun muss, falls bei meinen Medikamenten Nebenwirkungen auftreten.
 Trifft voll und ganz zu
 Trifft eher zu
 Trifft eher nicht zu
 Trifft überhaupt nicht zu

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

SEITE 5 von 6

374549211

Der Patientenbrief hat meine Erwartungen ...
 Übererfüllt
 Erfüllt
 Teilweise erfüllt
 Nicht erfüllt
 Ich hatte keine Erwartungen
 Weiß nicht

Umfang: Die Information im Patientenbrief fand ich ...
 Viel zu ausführlich
 Etwas zu ausführlich
 Etwas zu kurz
 Viel zu kurz

Die Beschreibung der durchgeführten Untersuchung im Patientenbrief fand ich ...
 Sehr hilfreich
 Hilfreich
 Eher hilfreich
 Eher nicht hilfreich
 Überhaupt nicht hilfreich
 Nicht wichtig
 Sehr wichtig
 Wichtig

Was hat Ihnen gut am Patientenbrief gefallen?

Was hat Ihnen nicht am Patientenbrief gefallen?

Die Beschreibung meiner Erkrankungen im Patientenbrief fand ich ...
 Sehr hilfreich
 Hilfreich
 Eher hilfreich
 Eher nicht hilfreich
 Überhaupt nicht hilfreich
 Nicht wichtig
 Sehr wichtig
 Wichtig

Eine verständliche, schriftliche Befund-Erklärung nach jedem Krankheits-Aufenthalt mit nach Hause nehmen zu können finde ich ...
 Wichtig
 Eher wichtig
 Eher nicht wichtig
 Nicht wichtig
 Sehr wichtig
 Wichtig

Eine verständliche, schriftliche Befund-Erklärung nach jedem Arzt-Besuch mit nach Hause nehmen zu können finde ich ...
 Wichtig
 Eher wichtig
 Eher nicht wichtig
 Nicht wichtig
 Sehr wichtig
 Wichtig

SEITE 6 von 6

Fragebogen (Interventionsgruppe)

Ausschlusskriterien für die Teilnahme am Interview waren zudem teilstationäre Behandlung sowie ein Zeitraum von mehr als 40 Tagen zwischen Entlassung und Fragebogenrückversand. Der Zeitraum zwischen Entlassung und Interview lag im Durchschnitt bei 40 Tagen. Insgesamt wurde mit 15 Patienten ein face-to-face-Interview von etwa 30 Minuten durchgeführt. Diese Anzahl ergab sich im Erhebungsprozess: Es wurden so lange Interviews durchgeführt, bis eine theoretische Sättigung eintrat. Die Inhaltsanalyse erfolgte parallel zur Erhebung, um zeitnah Aussagen zur theoretischen Sättigung und Entscheidungen für die Stichprobengröße treffen zu können.

Bei der Auswahl der Interviewpartner wurde zudem darauf geachtet, dass eine Heterogenität der Stichprobe bezüglich Geschlecht, Alter und Krankheitsdauer sowie zusätzlich der Stadt-Land-Verteilung gewährleistet wurde.

Fallzahlberechnung und Drop-Outs

Die Fallzahl wurde basierend auf den Ergebnissen der Studie zu manuell erstellten Patientenbriefen („Was hab' ich?“ gGmbH 2019) errechnet. In dieser ergab die deskriptive Analyse (n = 386) von Einzelaspekten der Gesundheitskompetenz bei drei

Items positive Mittelwertunterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (MW-Diff. 0,13 - 0,15 bei einer Skala von 1 - 4) mit geringen Effekten (Cohens $d \geq 0,20$).

Die Fallzahl für die aktuelle Studie wurde mit Hilfe der Software G*Power berechnet. Bei einem zweiseitigen T-Test, einem Konfidenzintervall von 95 %, einer Power von 0,8 sowie einer geschätzten Effektstärke von $d = 0,21$ ergab sich eine Mindestfallzahl von 357 Teilnehmer:innen pro Gruppe. Die Lost-to-follow-up-Quote wurde auf 75 % basierend auf der oben genannten Studie geschätzt, sodass pro Gruppe 1.428 und insgesamt 2.856 Patient:innen in die Studie eingeschlossen werden müssten, um 357 Studienteilnehmer:innen pro Gruppe zu erhalten. Aufgrund der hohen Rücklaufquote mussten letztlich aber nur 1.304 Patient:innen eingeschlossen werden, um die kalkulierte Fallzahl zu erreichen.

Die vollständige Datenerhebung ist im Flussdiagramm zum Studienablauf dargestellt. Darin findet sich die Zuordnung aller tatsächlich eingeschlossenen Patient:innen in die Untersuchungsgruppen, die Drop-Outs aufgrund von Ausschlusskriterien und fehlenden Fragebogenrücklaufs und zuletzt die Definition der Auswertepopulation.

Messinstrumente

Für die quantitative Datenerhebung wurden etablierte, weit verbreitet eingesetzte und auf Validität und Reliabilität geprüfte standardisierte Fragebögen mit eigenen, für das Pro-

jekt entwickelten bzw. zum Teil in einem vorherigen Projekt („Was hab' ich?“ gGmbH 2019) eingesetzten Fragen kombiniert.

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

- 8 allgemeine Fragen zu Soziodemografie und Einschätzung des Gesundheitszustands;
- 16 Fragen zur Gesundheitskompetenz (Kurzform des standardisierten europäischen Health Literacy Survey – HLS-EU-Q16) (Röthlin et al. 2013);
- 6 selbstentwickelte Fragen zu Gesundheitsverhalten, -wissen und -einstellungen;
- 13 Fragen des standardisierten Picker-Fragebogens „Stationäre Versorgung“ (Stahl et al. 2012);
- 9 selbstentwickelte Fragen zur Wahrnehmung des Krankenhausaufenthalts;
- 12 selbstentwickelte Fragen zur Bewertung des Patientenbriefs (nur Interventionsgruppe) sowie 2 Fragen zur Wichtigkeit verständlicher Befund-Erläuterungen (alle);
- 2 Freitextangaben: „Was hat Ihnen besonders gut am Patientenbrief gefallen?“ und „Was würden Sie verändern?“ (nur Interventionsgruppe).

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

Weitere Fragestellungen zur Wahrnehmung des Krankenhausaufenthalts und der Entlassung, zur medizinischen Informationsbeschaffung und Kommunikation sowie zur Wirkung des Patientenbriefes

wurden mit einer zusätzlichen qualitativen Datenerhebung (leitfadengestützte Interviews) untersucht. Der Interviewleitfaden wurde durch den Evaluator entwickelt und nach einem Probeinterview überarbeitet.

Die Interviews wurden mit Erlaubnis der Teilnehmer nach Aufklärung über die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen aufgenommen und anschließend transkribiert.

Auswertung

Die quantitativen und qualitativen Daten wurden ausgewertet und anschließend in einem Mixed-Methods-Ansatz gemeinsam dargestellt und interpretiert.

In Vorbereitung auf die statistische Auswertung der quantitativen Daten wurde der Datensatz auf Plausibilität geprüft. Dabei wurden Extremwerte mit den Originalfragebögen verglichen und bei Bedarf korrigiert oder gelöscht.

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

Angelehnt an das konzeptuelle Modell der Gesundheitskompetenz nach Röthlin et al. (2013) wurde aus den Items des HLS-EU-Q16 der Gesundheitskompetenzscore als Summen-

score gebildet. Dafür wurden die Antwortkategorien der 16 Items dichotomisiert. Die Antwortkategorien „sehr einfach“ sowie „ziemlich einfach“ wurden dem Wert 1 und „sehr schwierig“ und „ziemlich schwierig“ dem Wert 0 zugeordnet.

Zur Berechnung des Summenscores wurden alle 16 Werte addiert, so dass folglich ein Wertebereich zwischen 0 und 16 Punkten vorlag. Der Wert 0 entspricht der schlechtestmöglichen Gesundheitskompetenz und 16 der bestmöglichen.

Analog zu Röthlin et al. (2013) wurden in die Analyse nur valide Werte (Ausschluss von fehlenden Angaben) aufgenommen. Damit der Summenscore berechnet werden konnte, mussten mindestens 14 der 16 Items des Instruments beantwortet werden. Bei mehr als zwei fehlenden Werten wurde kein Summenscore gebildet und somit der Gesundheitskompetenzscore als „missing“ gekennzeichnet.

Für den Summenscore wurden drei Gesundheitskompetenz-Level definiert (Röthlin et al. 2013):

- inadäquat (0-8 Punkte)
- problematisch (9-12 Punkte)
- ausreichend (13-16 Punkte)

Es folgte eine deskriptive und induktive Auswertung. Die Fragen zur Bewertung des Patientenbriefs wurden vorerst deskriptiv ausgewertet, da nur die Interventionsgruppe befragt wurde und daher kein Gruppenvergleich zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe möglich war. Eine induktive Auswertung zur Bewertung des Patientenbriefs erfolgte in einem weiteren Schritt als univariater Gruppenvergleich zwischen den Gesundheitskompetenz-Levels

inadäquate, problematische und ausreichende Gesundheitskompetenz.

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

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

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

Die transkribierten Interview-Datensätze wurden durch die Interviewer:innen sowie zwei weitere Reviewer:innen gesich-

tet. Es erfolgte eine grobe Sortierung der Datensätze (Selektion relevanter bzw. Streichen irrelevanter Inhalte) und Erstellung des Codebuchs basierend auf dem Interviewleitfaden und neu gewonnenen Ergebnissen aus den Interviews. Das Codebuch wurde während der beschriebenen Prozesse aktualisiert und angepasst.

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

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

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

In alle Arbeitsschritte waren zwei Wissenschaftler:innen involviert.

Projektergebnisse

Unsere Patientenbriefe konnten in der beteiligten Klinik automatisch erstellt werden, wurden von Patient:innen ausführlich gelesen, gut verstanden und als informativ und hilfreich empfunden. Die Briefe führten zu einer signifikanten Steigerung der Gesundheitskompetenz.

Daten von **738** Patient:innen konnten ausgewertet werden

80 %
der Studienteilnehmer:innen hatten eine chronische Erkrankung

Im Projekt konnte die grundsätzliche Machbarkeit des Konzepts „automatisiert erstellter Patientenbrief“ gezeigt werden: Zum Start der Intervention war die funktionsfähige Software mit ausreichenden qualitätsgesicherten Inhalten datenschutzkonform an die Klinik-IT angebunden. Anfängliche technische und organisatorische Probleme bei Druck und Versand konnten durch engere Absprachen und Einweisungen/Schulung des Klinikpersonals gelöst werden. Nach diesen koordinierenden Maßnahmen verliefen der automatische Druck am klinikinternen Drucker sowie der Versand der Briefe durch den Nachtdienst reibungslos und verursachten damit wie geplant nur minimale Aufwände in der Klinik.

Studienpopulation

Zwischen Juni 2019 und Juli 2020 wurden 1.304 Patient:innen in die Studie aufgenommen. Unter Berücksichtigung auftretender Ausschlusskriterien sowie des Fragebogenrücklaufs konnten letztlich Daten von 738 Teilnehmer:innen in die quantitative Analyse einfließen, davon 363 aus der Interventionsgruppe und 375 aus der Kontrollgruppe.

Die Studienteilnehmer:in-

nen waren zum überwiegenden Teil männlich (65 %) und über 65 Jahre alt (69 %) und entsprachen damit der generellen Alters- und Geschlechterverteilung bei Patient:innen des Herzzentrums Dresden sowie dem allgemeinen Risikoprofil für kardiologische Erkrankungen, welche häufiger bei Männern sowie im höheren Alter auftreten (Gößwald et al. 2013). Über 80 % der Teilnehmer:innen berichteten von einer chronischen, über 6 Monate andauernden Krankheit.

Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Migrationshintergrund, Arbeit in einem Gesundheitsberuf, Gesundheitszustand oder Anzahl der Tage im Krankenhaus. Auch hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens, des Wissens und der Einstellungen in Gesundheitsthemen konnten mithilfe des zugehörigen selbstentwickelten Fragebogens keine Unterschiede zwischen den Gruppen ermittelt werden.

Wahrnehmung des Klinikaufenthalts

Die Patientenzufriedenheit nach dem Klinikaufenthalt war sowohl in der Interventions- als

auch in der Kontrollgruppe insgesamt hoch; es gab keine wesentlichen signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Die erhaltene Behandlung und Betreuung wurde insgesamt positiv bewertet, nur 3 % der Patient:innen beurteilten sie als „mittelmäßig“ oder „schlecht“. 98 % aller Studienteilnehmer:innen würden das Krankenhaus ihren Familien oder ihren Freund:innen weiterempfehlen (71 % „Ja, ganz sicher.“).

→ Die Hypothese „Patient:innen, die nach einem stationären Aufenthalt einen leicht verständlichen Patientenbrief erhalten, nehmen diesen Aufenthalt positiver wahr als Patient:innen, die keinen Patientenbrief erhalten.“ bestätigte sich nicht.

Übermittlung von Gesundheitsinformationen während des Klinikaufenthalts

Nur 30 % der Patient:innen gaben an, ein ausführliches Entlassungsgespräch gehabt zu haben, 59 % erinnerten sich an ein kurzes Gespräch, 10 % an gar kein Entlassungsgespräch. Obwohl ein Großteil (86 %) der Patient:innen, die sich an das Entlassungsgespräch erinnerten, das Gespräch als (sehr) leicht verständlich einschätzten, hatte ein Viertel der Patient:innen (26 %) im Anschluss noch offene Fragen. Zudem berichteten nur etwas über die Hälfte aller Patient:innen (55 %), dass ihnen die Medikamenteneinnahme, und nur rund ein Drittel aller Patient:innen (36 %), dass ihnen der

Zweck der Medikamente voll und ganz verständlich erklärt wurde.

53 % fanden, dass ihnen die Ergebnisse von Untersuchungen voll und ganz verständlich erklärt wurden und 61 % gaben an, dass ihnen oder ihren Familien verständlich erklärt wurde, ob nach Entlassung weitere Untersuchungen bzw. Behandlungen nötig sind.

Es gab bei den genannten Punkten keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.

Wichtigkeit eines Patientenbriefs

Nahezu alle Studienteilnehmer:innen (99 %) hielten eine verständliche Befund-Erläuterung nach stationärem Aufenthalt für wichtig oder eher wichtig, unabhängig vom jeweiligen Gesundheitskompetenz-Level, Bildungsstand oder Zuteilung zur Interventions- oder Kontrollgruppe. Verständliche Befund-Erläuterungen nach ambulanten Arztbesuchen fanden 76 % der Teilnehmer:innen wichtig oder eher wichtig.

Die interviewten Patient:innen unterstrichen den Bedarf an verständlichen Informationen, um über die eigene Gesundheit zu kommunizieren, unbegründete Ängste abzubauen und sich gesundheitsförderlich zu verhalten. Sie wünschten sich eine laienverständliche, alltagsnahe Sprache in der Arzt-Patienten-Kommunikation und bemängelten unzureichende Aufklärung aufgrund begrenzter zeitlicher Ressourcen des Klinikpersonals. Patientengerechte Informationen wurden als Vor-

30 %

der Patient:innen erinnerten sich an ein ausführliches Entlassungsgespräch

26 %

hatten nach dem Entlassungsgespräch noch offene Fragen

36 %

wurde in der Klinik voll und ganz verständlich erklärt, welchen Zweck ihre Medikamente haben

aussetzung für eine aktive Beteiligung an Entscheidungen gesehen:

„Und das ist meine Schwierigkeit. Ich weiß nicht die richtige Frage, weil ich ja nicht weiß, was wirklich da drinnen los ist, deswegen kann ich nicht die richtige Frage stellen“

„Ich will das erklärt kriegen, ich will das verstanden haben, ich will damit einverstanden sein“

Zu beachten ist, dass in der Studie nur Patient:innen befragt wurden, die sich bei Aufnahme ins Krankenhaus für den Erhalt eines Patientenbriefs entschieden – daher ist bei der Beurteilung des Informationsbedarfs von einem Selektionsbias auszugehen.

Rezeption des Patientenbriefs

Den Patientenbrief haben 93 % der teilnehmenden Patient:innen ausführlich gelesen; die übrigen 7 % haben ihn kurz überflogen. Von den Studienteilnehmer:innen mit hohem Bildungsstand berichteten 100 %, den Brief ausführlich gelesen zu haben, bei den Teilnehmer:innen mit niedrigem Bildungsstand waren es 86 % ($p = 0,048$).

In den Interviews wurde überwiegend von einem positiven Ersteindruck beim Lesen des Briefs gesprochen. Die Verständlichkeit des Briefs wurde sowohl

im Fragebogen (95 % Antworten „Trifft voll und ganz zu“ und „Trifft eher zu“, siehe Tabelle) als auch in den Interviews positiv hervorgehoben: „Und es war einfach, einfach geschrieben. Also verständlich geschrieben und das fand ich gut. Nicht mit irgendwelchen Abkürzungen oder sowas, sondern es war alles beschrieben, was man bräuchte und das war gut so“.

Den Umfang der Patientenbriefe bewerteten 77 % der Patient:innen als genau richtig und 13 % als zu ausführlich bzw. 10 % als zu kurz. 75 % der Befragten gaben an, dass ihre Erwartungen an den Patientenbrief getroffen oder übertroffen wurden, bei 21 % der Patienten wurden die Erwartungen teilweise oder nicht getroffen (4 % gaben an, keine Erwartungen gehabt zu haben oder wählten die Antwort „weiß nicht“).

Den Patientenbrief hielt die überwiegende Mehrheit (93 %) der Studienteilnehmer:innen für informativ. Auch in den Interviews wurde ein Wissenszuwachs durch den Patientenbrief bestätigt: Die Patient:innen berichteten, dass sie konkrete Informationen zur Erkrankung, Untersuchung bzw. Behandlung sowie auch neue Informationen zu Nebenerkrankungen erhalten hatten. Als Vorteil wurde gesehen, dass diese Informationen zu jeder Zeit zur Verfügung stehen.

93 %

haben ihren Patientenbrief ausführlich gelesen

73 %

haben ihren Patientenbrief mindestens einer weiteren Person gezeigt

Bewertung des Patientenbriefs durch die Interventionsgruppe

Der Patientenbrief war ...	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
... hilfreich	60,0 %	33,3 %	5,8 %	0,9 %
... verständlich	67,0 %	28,4 %	4,3 %	0,3 %
... informativ	63,5 %	29,1 %	6,8 %	0,6 %

Einzelne Informationen wurden von manchen Interviewteilnehmer:innen vermisst, z. B. Details zu nicht codierten Nebendiagnosen – anderen Teilnehmer:innen wiederum erschienen die erwähnten Nebendiagnosen z. T. verwirrend. Als mögliche Ergänzungen wurden im Freitext-Teil der Fragebögen sowie in den Interviews unter anderem individuell angepasste Verhaltenshinweise, Erklärungen von Laborwerten und Abbildungen gewünscht.

Eine große Mehrheit (93 %) fand den Patientenbrief hilfreich. 89 % der Patient:innen empfanden die Beschreibung der Untersuchungen und 90 % die Beschreibung der Erkrankungen als sehr bzw. eher hilfreich. Aus den Interviews ging hervor, dass der Brief ermöglichte, gezielte Fragen zu stellen. Einige Studienteilnehmer:innen berichteten zudem, dass andere Personen durch den Patientenbrief ein besseres Verständnis der Erkrankung und des Klinikaufenthalts erhielten. Es wurde zudem berichtet, dass ein Patientenbrief die Kommunikation über die Erkrankung und den Krankenhausaufenthalt u. a. mit Familienangehörigen erleichterte.

73 % der Studienteilnehmer:innen berichteten, den Patientenbrief mindestens einer weiteren Person gezeigt oder mit ihr darüber gesprochen zu haben. Auch viele der interviewten Patient:innen gaben an, den Brief in ihrem sozialen Netzwerk weiteren Personen (Partner:innen, Verwandte, Bekannte) gezeigt zu haben. Zwei der Interviewten hatten den Brief außerdem ihrem Hausarzt bzw. ihrer Haus-

ärztin gezeigt und berichteten von positiven Reaktionen seitens der Ärzt:innen:

„Meine Hausärztin? [...] da war sie sehr interessiert dran [...] und da hat sie gesagt: ‚das ist aber gut‘. Sagte sie, ‚das müsste jeder so machen‘“

Dies unterstreicht die aus anderen Studien bekannte unterstützende Auswirkung auf die hausärztliche Weiterbetreuung („Was hab’ ich?“ gGmbH 2019) und somit auf den erfolgreichen Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Drei Interviewte äußerten Vorbehalte, mit den Hausärzt:innen über den Patientenbrief zu kommunizieren, z. B. wurde mangelndes Interesse der Weiterbehandler:innen vermutet.

Auch ein Beitrag der Informationen aus dem Patientenbrief zur Krankheitsakzeptanz und potentielle Auswirkungen auf das eigene Gesundheitsverhalten wurden erwähnt:

„[Ich war] sogar erschrocken, weil ich dachte: ‚oh, jetzt bist du plötzlich krank anhand dieses Briefes‘“
„Ich weiß jetzt genau, was mit meinem Herzen los ist, woher diese starke Atemnot kommt, ich weiß auch wie viel Schuld ich daran trage, mein Gewicht und [...] dieser Patientenbrief, der war wie eine Offenbarung für mich“

→ Die Hypothese „Patient:innen der Interventionsgruppe bewerten den leicht verständlichen Patientenbrief positiv und finden ihn verständlich, hilfreich und informativ.“ konnte vollständig bestätigt werden. Der Patientenbrief wurde insgesamt sehr positiv bewertet, wurde gut verstanden und traf die Erwartungen der Studienteilnehmer:innen.

93 %

fanden den
Patientenbrief hilfreich

Wirkung des Patientenbriefs auf die Gesundheitskompetenz

Als wesentliches Projektergebnis ist hervorzuheben, dass der Erhalt eines Patientenbriefs nach einem stationären Aufenthalt mit einer höheren Gesundheitskompetenz assoziiert war:

Der Anteil der Patient:innen mit ausreichender Gesundheitskompetenz war in der Interventionsgruppe signifikant höher als in der Kontrollgruppe (44 % IG vs. 32 % KG, $p = 0,002$). Gleichzeitig verfügten signifikant weniger Patient:innen der Interventionsgruppe über eine inadäquate Gesundheitskompetenz (20 % IG vs. 30 % KG, $p = 0,002$).

Patient:innen der Interventionsgruppe hatten eine um 67 % erhöhte Chance (Odds-Ratio 1,67) auf eine höhere Gesundheitskompetenz als Patient:innen der Kontrollgruppe. Dieses Chancenverhältnis war für einzelne Subgruppen numerisch höher (z. B. Odds-Ratio 1,93 für Frauen, Odds-Ratio 2,49 für Menschen mit niedrigem Bildungsstand), jedoch überlappeten sich die Konfidenzintervalle

beim Vergleich mit der jeweils komplementären Gruppe, sodass bei der gegebenen Fallzahl keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen (z. B. zwischen Männern und Frauen) nachweisbar waren. Innerhalb der meisten Subgruppen blieb der Interventionseffekt jedoch signifikant nachweisbar, sodass von einem robusten Effekt des Patientenbriefs auf die Gesundheitskompetenz unabhängig von Alter, Geschlecht oder Bildungsstand ausgegangen werden kann. Die Steigerung der Gesundheitskompetenz war explizit auch bei älteren und chronisch erkrankten Patient:innen sowie bei solchen mit niedrigem Bildungsstand nachweisbar – bei Gruppen also, welche hinsichtlich der Gesundheitskompetenz als vulnerabel gelten (Schaeffer et al. 2018).

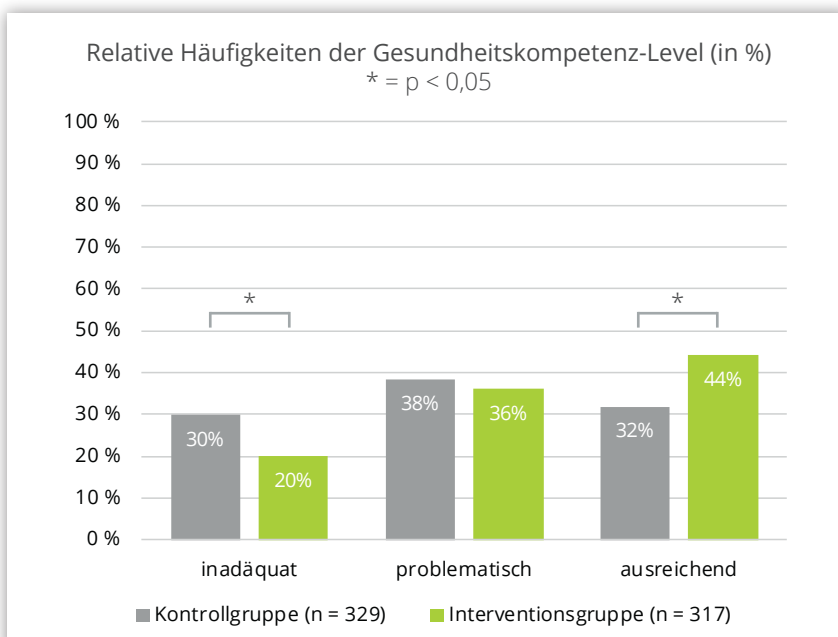
→ Die Hypothese „Patient:innen, die nach einem stationären Aufenthalt einen Patientenbrief erhalten, haben eine höhere Gesundheitskompetenz als Patient:innen, die keinen Patientenbrief erhalten.“ ließ sich somit bestätigen.

Patient:innen, die einen leicht verständlichen Patientenbrief erhielten, gaben signifikant weniger Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen an als Patient:innen, die nur übliche Entlassungsdokumente erhielten. Sie wurden durch den Patientenbrief befähigt, einfacher Informationen über Krankheitssymptome, Unterstützungsmöglichkeiten und Verhaltensweisen zu finden, die Anweisungen von Ärzt:innen oder Apotheker:innen zu verste-

Der Patientenbrief erhöht die Chance auf ein höheres Gesundheitskompetenz-Level um

67 %

Gesundheitskompetenz-Level im Gruppenvergleich (Item-Quelle: HLS-EU-Q16)



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

hen sowie gesundheitsbezogene Informationen aus den Medien besser anwenden zu können. (Bei den genannten Punkten handelt es sich um Einzelitems aus dem HLS-EU-Q16, bei welchen keine Überlappung der Konfidenzintervalle zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe vorlag.)

Auch der Aussage „Ich weiß, welche Untersuchungen und Behandlungen mit mir im Krankenhaus durchgeführt wurden“ stimmten signifikant mehr Patient:innen der Interventionsgruppe als Patient:innen der Kontrollgruppe zu (99,7 % IG vs. 97,5 % KG, $p = 0.008$).

Methodische Anmerkungen

Zu beachten ist, dass möglicherweise ein wechselseitiger Einfluss zwischen Gesundheitskompetenz und Patientenbrief besteht: Der Patientenbrief kann die Gesundheitskompetenz steigern, umgekehrt kann eine hohe Gesundheitskompetenz dazu führen, dass die Informationen aus dem Patientenbrief gut verstanden werden: Es gab eine signifikant höhere Zustimmung zu den Aussagen „Der Patientenbrief war verständlich/hilfreich/informativ“ bei Studienteilnehmer:innen mit ausreichender Gesundheitskompetenz als bei solchen mit inadäquater Gesundheitskompetenz (gemittelt ca. 97 % vs. ca. 90 %; p -Werte = 0,02).

Auch die detaillierteren Fragen dazu, als wie hilfreich die Beschreibung von Untersuchungen und Erkrankungen empfunden wurde, wurden bei höherem Gesundheitskompetenz-Level signifikant häufiger bejaht (93 % vs. 86 %, $p = 0,029$ bzw. 95 % vs. 85 %; $p = 0,007$). Die Nutzung (und damit die Chance auf Wirksamkeit) des Patientenbriefs zeigt sich zudem abhängig vom Bildungsstand, welcher wiederum mit der Gesundheitskompetenz korreliert: Patient:innen mit niedrigem Bildungsstand – und damit einer höheren Wahrscheinlichkeit einer geringeren

Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al. 2021) – lasen den Patientenbrief seltener ausführlich als Patient:innen mit hohem Bildungsstand. Genauere Erkenntnisse bezüglich möglicher Wechselwirkungen könnten perspektivisch mit einem Prä-Post-Design untersucht werden.

Die Hypothese, der Patientenbrief könne zu einer positiveren Wahrnehmung des Klinikaufenthalts führen, ließ sich in der vorliegenden Studie nicht bestätigen. Anzumerken ist, dass in einer zwischen 2015 und 2018 von der „Was hab' ich?“ gGmbH durchgeführten Studie der Erhalt eines manuell erstellten Patientenbriefs mit einer signifikant höheren Weiterempfehlungsrate verbunden war. Allerdings war in der genannten Studie die Weiterempfehlungsrate der beteiligten Klinik insgesamt deutlich geringer (85,6 % Interventionsgruppe vs. 75,3 % Kontrollgruppe, $p = 0,015$, in beiden Gruppen nur 35 % „Ja, ganz sicher.“) („Was hab' ich?“ gGmbH 2019). Die sehr positive Wahrnehmung des Aufenthalts am Herzzentrum Dresden (98 % Weiterempfehlung, 71 % „Ja, ganz sicher.“) trägt in der vorliegenden Studie möglicherweise dazu bei, dass hinsichtlich der Weiterempfehlungsrate kein Interventionseffekt sichtbar ist.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die nachgewiesene positive Wirkung und der geringe Aufwand stimmen uns zuversichtlich, dass automatisiert erstellte Patientenbriefe bald Teil des regulären Entlassmanagements werden können. Die technischen und inhaltlichen Voraussetzungen sind gegeben, auch Varianten und Erweiterungen sind möglich.

Patientenbriefe steigern die Gesundheitskompetenz

Der automatisiert erstellbare Patientenbrief als punktuelle interventionelle Maßnahme hat sich im Projekt in einer randomisierten, kontrollierten Interventionsstudie als wirksames und realisierbares Mittel zur Steigerung der Gesundheitskompetenz erwiesen. Die Studie unterstreicht den Bedarf sowie die Wirksamkeit schriftlicher, individueller und verständlicher Gesundheitsinformationen als Teil des Entlassmanagements. Sie zeigt exemplarisch, wie ein komplett automatisiert erstellter Patientenbrief in die Klinikabläufe integriert werden kann.

Der Patientenbrief hat das Potential, gesundheitliche Kompetenzen zu verbessern. Der nachgewiesene Interventionseffekt ist insbesondere im Licht der nationalen und internationalen gesundheitspolitischen Zielsetzung der systematischen Förderung von Gesundheitskompetenz als bedeutsam zu erachten (91. Gesundheitsministerkonferenz 2018, Schaeffer et al. 2018):

Der Patientenbrief kann einen Beitrag zur Förderung der systemischen und organisationalen Gesundheitskompetenz und zur Entwicklung eines gesundheitskompetenten Krankenhauses

leisten (Pelikan & Dietscher 2015, Brach et al. 2012).

Patientenbriefe erreichen auch vulnerable Gruppen

Die Intervention „Patientenbrief“ zeigte in der vorliegenden Studie insbesondere auch bei älteren und chronisch erkrankten Patient:innen eine Wirkung. Ein hohes Alter und chronische Erkrankungen sind generell mit niedriger Gesundheitskompetenz assoziiert (Schaeffer et al. 2021). Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz betont im ersten seiner fünf Umsetzungsprinzipien die Notwendigkeit, im Rahmen von Bemühungen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz schwierig erreichbaren benachteiligten Gruppen besondere Beachtung zu schenken (Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz 2019). Bisher gibt es wenig Studien, die zeigen, wie Gesundheitskompetenz in benachteiligten Gruppen gefördert werden kann (Albus 2019). Daher ist besonders hervorzuheben, dass die in diesem Projekt eingesetzten Patientenbriefe auch für ältere und chronisch erkrankte Menschen eine wirksame Intervention darstellen und von Patient:innen gut angenommen werden.

Patientenbriefe sind machbar

Aufgrund der deutlichen Evaluationsergebnisse und der hinsichtlich Alter, Vorerkrankungen und Bildungsstand breit gestreuten bzw. für die Klinik repräsentativen Studienpopulation ist davon auszugehen, dass dies auch über die gewählte Zielgruppe hinaus gilt. Der Patientenbrief wird von Patient:innen sehr gut angenommen und verursacht in der Klinik nur minimalen Aufwand. Eine Anbindung der Patientenbrief-Software an die jeweilige Klinik-IT ist für alle Klinikinformationssysteme über standardisierte Schnittstellen wie FHIR technisch gut umsetzbar.

Die Erstellung der Patientenbriefe erfolgt datenschutzkonform innerhalb der Klinik und erfordert keine externe Datenverarbeitung.

Im Herzzentrum Dresden erhalten Patient:innen aufgrund der guten Erfahrungen im Projekt auch über den Studienzeitraum hinaus Patientenbriefe. Die vorliegende Studie konnte keine Steigerung der ohnehin sehr hohen Patientenzufriedenheit nachweisen. Angesichts vorheriger Untersuchungen („Was hab’ ich?“ gGmbH 2019) ist jedoch grundsätzlich davon auszugehen, dass Patientenbriefe einen positiven Effekt auf die Patientenzufriedenheit haben können.

Patientenbriefe können mehr

Aufgrund der verpflichtenden Nutzung der ICD- und OPS-

Codes für die Abrechnung mit den Krankenkassen ist ein auf diesen Codes beruhender Patientenbrief prinzipiell in jedem Krankenhaus in Deutschland einsetzbar. Einschränkungen in der Übertragbarkeit der in der Studie gewonnenen Erkenntnisse auf andere Fachgebiete könnten sich unter Umständen durch die Abbildbarkeit der jeweiligen Diagnosen und Therapien innerhalb dieses Systems ergeben – je nach Komplexität etwa psychischer Krankheitsbilder kann die Aussagekraft der zugeordneten Codes begrenzt sein; hier besteht ggf. Forschungsbedarf.

Doch auch weitere strukturiert vorliegende Gesundheitsdaten wie Medikationspläne, Laborwerte oder sonstige Untersuchungsergebnisse können im Patientenbrief leicht verständlich aufbereitet werden und so dessen Informationsgehalt ausweiten. Die Integration von Medikationsplänen in Patientenbriefen wird durch die „Was hab’ ich?“ gGmbH aktuell mit dem Parkinson-Netzwerk Ostsachsen bereits erprobt (Loewenbrück et al. 2020). Mit Etablierung des ärztlichen Entlassungsbriefs als strukturiertes medizinisches Informationsobjekt (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021) können sich zahlreiche weitere Möglichkeiten für leicht verständliche Erklärungen wichtiger individueller Gesundheitsdaten ergeben.

Des Weiteren ist neben der im Projekt gewählten papierbasierten Form auch eine elektronische Bereitstellung des Patientenbriefs möglich, welche den ohnehin minimalen Aufwand



Im Parkinson-Netzwerk Ostsachsen erhält jeder Patient automatisiert erstellte Patientenbriefe mit verständlich aufbereiteten Medikationsplänen.



Das in Papierform evaluierte Konzept des Patientenbriefs lässt sich auch digital in Patientenportalen oder in der ePA umsetzen.

auf Seiten der Klinik weiter reduzieren kann, in Patientenportale oder die elektronische Patientenakte (ePA) integrierbar ist und darüber hinaus dynamische Anpassungen des Briefs ermöglicht.

Zudem können die Textbausteine in weitere Sprachen übersetzt oder für andere Anwendungsfälle parametrisiert werden, sodass je nach Szenario etwa ein fremdsprachlicher oder ein für Angehörige geschriebener Brief ausgegeben werden kann. Auf diese Weise wäre auch die Anpassung an unterschiedliche Literalität (z. B. durch Verwendung Leichter Sprache) oder Informationsbedürfnisse (z. B. durch weitergehende Hintergrundinformationen oder Hinweise zu möglichen Lebensstilinterventionen) möglich.

Patientenbriefe lohnen sich

Bei der Beurteilung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses sind laufende Kosten zu betrachten, die für die Pflege, Aktualisierung und ggf. Erweiterung der medizinischen Inhalte sowie der Software anfallen. Diese müssten über Lizenzgebühren abgedeckt werden; die Kosten pro Fall zeigen sich dabei abhängig vom Umfang der Etablierung des Angebots und werden bei großer Verbreitung im niedrigen Cent-Bereich liegen.

Den niedrigen Kosten steht der gesundheitliche und ökonomische Nutzen verbesserter Patienteninformation und gesteigerter Gesundheitskompetenz gegenüber. Denn eine eingeschränkte Gesundheits-

kompetenz ist bekanntermaßen mit einem schlechteren Gesundheitszustand, einer vermehrten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und damit höheren Ausgaben im Gesundheitssystem assoziiert (Jordan & Hoebel 2015). Der volkswirtschaftliche Schaden durch mangelnde Therapietreue wurde im Jahr 2007 auf 10 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt (Gräf 2007). Dies entsprach zum damaligen Zeitpunkt etwa 7% der Jahresausgaben der gesetzlichen Krankenkassen.

Patientenbriefe als Teil der Regelversorgung

In der Zusammenschau sprechen die Evaluationsergebnisse, die leichte Umsetzbarkeit sowie die zu erwartenden positiven ökonomischen Auswirkungen vollumfänglich dafür, die im Projekt erprobten Patientenbriefe als Teil des Entlassmanagements flächendeckend zu etablieren.

Dementsprechend wird empfohlen, dass Krankenhäuser nach § 11 Abs. 4 SGB V (Anspruch auf sektorenübergreifendes Versorgungsmanagement) in Verbindung mit § 39 Abs. 1 SGB V (Recht auf Unterstützung des Entlassmanagements) verpflichtet werden, allen Patient:innen einen laienverständlichen Entlassungsbericht auszuhändigen.

Die technischen und inhaltlichen Voraussetzungen sind mit der funktionsfähigen, universell anbindbaren Software und umfangreichen, laufend aktualisierten und erweiterten, qualitätsgesicherten Inhalten gegeben.

Resonanz

Zum Projektstart sowie vor und nach der Datenerhebung wurden Pressemitteilungen veröffentlicht, die von verschiedenen Fach- und Publikums-Medien aufgegriffen und positiv besprochen wurden, unter anderem berichteten das Deutsche Ärzteblatt, die Ärzte Zeitung und die Frankfurter Allgemeine Zeitung.

Wichtige Auszeichnungen verdeutlichen zudem die breite positive Resonanz in Öffentlichkeit und Gesundheitswesen: Im Juni 2019 wurde dem Projekt von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn der 1. Preis beim Berliner Gesundheitspreis überreicht. Spahn lobte das Projekt in seiner Laudatio und stellte es später in einem Interview mit der Public Health Panorama vor.

Im September 2020 wurden die Bestrebungen der „Was hab' ich?“ gGmbH zu laienverständlichen Patientenbriefen zudem beim MSD Gesundheitspreis mit dem 1. Platz sowie mit dem Publikumspreis ausgezeichnet. Im November 2020 wurde das Projekt für den Einsatz von Patientenbriefen im Entlassmanagement des Herzzentrums Dresden mit dem 2. Preis beim „Award Patientendialog“ geehrt.



BERLINER
GESUNDHEITSPREIS
2019



MSD Gesundheit
PARTNER | FORUM | PREIS



Award
Patientendialog

„Ein Dresdner Sozialunternehmen hat eine einfache und kostengünstige Lösung entwickelt: einen Brief, der auf Grundlage der Diagnose-Codes automatisch erstellt wird und den Patienten in verständlicher Sprache erklärt, was er hat und welche Untersuchungen und Behandlungen vorgenommen wurden. Eine Idee, die Aufmerksamkeit verdient – und finanzielle Unterstützung.“

– FRANKFURTER ALLGEMEINE ZEITUNG, 08.09.2020

„Der erste Arztbrief, den jeder Patient versteht“

– SÄCHSISCHE ZEITUNG, 21.08.2019

„[Der Patientenbrief] befähigt die Patienten, an der heute so häufig geforderten partizipativen Entscheidungsfindung auch tatsächlich teilhaben zu können.“

– BIRGIT DEMBSKI, JURY MSD GESUNDHEITSPREIS, 2020

„Nehmen wir nur die Preisträger in diesem Jahr, die Initiatoren von ‚Was hab' ich?‘. Sie haben einen laienverständlichen Patientenbrief für alle entwickelt, eine großartige Idee. Das klingt erst einmal teuer, ist es aber gar nicht, wenn man menschliches Knowhow und Software klug zusammenspielen lässt.“

– BUNDESGESUNDHEITSMINISTER JENS SPAHN,
PUBLIC HEALTH PANORAMA 2019



„Wir freuen uns sehr, dass die Patientenbriefe so gut angenommen werden und unsere Patienten so davon profitieren. Das macht sich vor allem im Rahmen von Kontrolluntersuchungen und Verlaufskontrollen bemerkbar. Die Patienten, die an dem Projekt teilnahmen, sind wesentlich besser zum eigenen Krankheitsbild informiert und auch insgesamt interessierter an der eigenen Gesundheit“

– PROF. DR. MED. HABIL. AXEL LINKE,
ÄRZTLICHER DIREKTOR HERZZENTRUM DRESDEN

Literaturverzeichnis

- 91. Gesundheitsministerkonferenz. „TOP 4.1 Patientenorientierung als Element einer zukunftsweisen- den Gesundheitspolitik, Beschluss 7.“ 2018.
- Albus, C. „Health literacy: Do we have effective interventions to enhance it in socially disadvantaged people?“ *European Journal of Preventive Cardiology*, 1. November 2019: 1760-1761.
- Apperath, M., und R. Messerle. „Entlassmanagement aus Sicht des SVR – Ein Ansatz zur Überwindung der Sektorengrenzen?“ In *Entlassmanagement. Konzepte, Methoden, Umsetzung.*, von S Eble, J Miede, K Naseer und Hrsg., 3-12. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2018.
- Bertelsmann Stiftung. „Gesundheitsinfos. Wer sucht, der findet – Patienten mit Dr. Google zufrieden.“ *Spotlight Gesundheit*, Januar 2018.
- Brach, C. et al. „Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations.“ *NAM Perspectives*, 2012.
- Bundesrat KOMPAKT. „978. Sitzung am 07.06.2019, TOP 16 Patienteninformation.“ 7. Juni 2019.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. „Basisinformation Klassifikationen, Terminologien, Standards.“ 2019.
- Elwyn, G., A. Coulter, S. Laitner, E. Walker, P. Watson, und R. Thomson. „Implementing shared decision making in the NHS.“ *British Medical Journal*, 2010.
- Gößwald, A., A. Schienkewitz, E. Nowossadeck, und M.A. Busch. „Prävalenz von Herzinfarkt und koronarer Herzkrankheit bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1).“ *Bundesgesundheitsblatt*, 27. Mai 2013: 650-655.
- Gräf, M. „Die volkswirtschaftlichen Kosten der Non-Compliance.“ *Schriften zur Gesundheitsökonomie*, 2007.
- IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. „Entlassmanagement. Zwischenbericht zur Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze.“ Berlin, 2019.
- Jordan, S., und J. Hoebel. „Health literacy of adults in Germany: Findings from the German Health Update (GEDA) study.“ *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, September 2015: 942-50.
- Jünger, Jana. „Kompetenzorientiert prüfen im Staatsexamen Medizin.“ *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 2018: 171-177.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. „Letter of Intent bekräftigt Zusammenarbeit zwischen KBV und DKG.“ 2021.
- Kessels, Roy P C. „Patients' memory for medical information.“ *Journal of the Royal Society of Medicine*, Mai 2003: 219-222.
- Klusen, N., A. Fließgarten, und T. (Hg.) Nebling. *Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient.* Baden-Baden: Nomos, 2009.
- Kristen, Nina Andrea. „Untersuchung des Einflusses eines Patientenbriefes auf Zufriedenheit, Informationsstand und Auswirkungen in der Patientennachsorge am Klinikum Großhadern.“ *Dissertation, Medizinische Fakultät, LMU München, München*, 2012.
- Kuckartz, U. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung.* Weinheim: Beltz, 2018.

- Loewenbrück, K. F. et al. „Parkinson Network Eastern Saxony (PANOS): Reaching Consensus for a Regional Intersectoral Integrated Care Concept for Patients with Parkinson’s Disease in the Region of Eastern Saxony, Germany.“ *Journal of Clinical Medicine*, 8. September 2020.
- Mayring, P. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Beltz, 2003.
- Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. *Umsetzungsprinzipien – Fünf wichtige Prämissen für die Umsetzung des Aktionsplans*. 2019. <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/aktionsplan/umsetzungsprinzipien/> (Zugriff am 14. Juni 2021).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. *NICE Guideline NG53. Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings*. London, 2016.
- Pelikan, JM, und C Dietscher. „Why should and how can hospitals improve their organizational health literacy?“ *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2015: 989-995.
- Public Health Panorama. „Panorama people – Interview with Jens Spahn, Federal Minister of Health, Germany.“ *Public Health Panorama*, 2019.
- Röthlin, F., J.M. Pelikan, und K. Ganahl. „Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV).“ Wien, 2013.
- Samerski, S., und H. Müller. „Digitale Gesundheitskompetenz in Deutschland – gefordert, aber nicht gefördert? Ergebnisse der empirischen Studie TK-DiSK.“ *Zeitschrift für Evidenz Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Juli 2019: 144-145.
- Schaeffer, D., D. Vogt, S. Gille, und E.-M. Berens. „Gesundheitskompetenz in vulnerablen Bevölkerungsgruppen.“ *Monitor Versorgungsforschung*, Juni 2018: 55-59.
- Schaeffer, D. et al. *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2*. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld, 2021.
- Schaeffer, D., K. Hurrelmann, U. Bauer, K. Kolpatzik, S. Gille, und D. Vogt. „Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz – Notwendigkeit, Ziele und Inhalt.“ *Das Gesundheitswesen*, 2018: 465-470.
- Sørensen, K, S. Van den Broucke, J. Fullam, G. Doyle, J. Pelikan, Z. Brand und H. Slonska. „Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models.“ *BMC Public Health*, 25. Jan 2012.
- Stahl, K., D. Lietz, M. Riechmann, und W. Günther. „Patientenerfahrungen in der Krankenhausversorgung: Revalidierung eines Erhebungsinstruments.“ *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 2012: 12-20.
- Vitt, Karl D., Christoph M. Erben, Stephan Kupsch, und Wolfgang Rütger. „Patientenbrief: Mittel zur Sicherung des Heilerfolgs.“ *Deutsches Ärzteblatt*, 2005.
- „Was hab’ ich?“ gGmbH. „Faktenblatt.“ Dresden, Juni 2021.
- „Was hab’ ich?“ gGmbH. „Patientenbriefe wirken.“ Dresden, 2019.
- „Was hab’ ich?“ gGmbH. „Regelwerk für das Erklären medizinischer Sachverhalte in einer leicht verständlichen Sprache.“ (unveröffentlicht), 2018.

Was hab' ich?



„Was hab' ich?“ gemeinnützige GmbH

VERANTWORTLICHKEITEN	Projektleitung, Projektkoordination Erstellung medizinischer Inhalte Software-Entwicklung
PROJEKTL EITUNG	Dipl.-Inf. Ansgar Jonietz, MPH

Technische Universität Dresden Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus Bereich Allgemeinmedizin

VERANTWORTLICHKEITEN	Planung und Durchführung der Evaluation
PROJEKTL EITUNG	Prof. Dr. med. Antje Bergmann Dr. Henna Riemenschneider MA, MPH



Herzzentrum Dresden GmbH Universitätsklinik an der Technischen Universität Dresden

VERANTWORTLICHKEITEN	Rekrutierung Patienten, Versand Patientenbriefe
PROJEKTL EITUNG	Philipp Stoltenhoff

Impressum

Herausgeber

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

TELEFON (03 51) 41 88 90-0
E-MAIL kontakt@washabich.de
WEB washabich.de
patientenbriefe.de

AUTOR:INNEN Rebekka Post, Ansgar Jonietz, Beatrice Brülke

FOTOS Amac Garbe, Christian Klant

FÖRDERUNG Gefördert durch



Förderkennzeichen 01NVF17017

Teile dieses Ergebnisberichts beruhen auf dem Evaluationsbericht, erstellt von Dr. Henna Riemenschneider MA, MPH, Henriette Hoffmann MPH, Ronny Zenker MPH, Dr. Dipl.-Soz. Karen Voigt MPH, Prof. Dr. med. Antje Bergmann, Bereich Allgemeinmedizin/Medizinische Klinik 3, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden.

Das Patientenbrief-Logo ist mit der Registernummer 30 2015 221 549 als Wort-/Bildmarke beim Deutschen Patent- und Markenamt eingetragen.



Was hab' ich?